

RATING SCALES
FOR AFFEKTIVE LIDELSER

K O M P E N D I U M

Bech P

Licht R W

Stage K B

Abildgaard W

Bech-Andersen G

Søndergaard S

Martiny K

Revideret udgave



Psykiatrisk Forskningsenhed
Psykiatrisk Sygehus Hillerød Frederiksborg Amt
2005



INDHOLDSFORTEGNELSE

1	Forord	7
2	Oversigt over rating scales	9
3	Hamiltons skalaer for depression og angst	13
3.1	Hamiltons Depressionsskala (HAM-D)	13
3.2	Hamiltons Angstskaala (HAM-A)	15
4	Bech-Rafaelsen-skalaerne for depression og mani	17
4.1	Melankoliskalaen (MES)	17
4.2	Maniskalaen (MAS)	18
5	Montgomery-Åsberg-skalaen for depression	19
6	Youngs skala for mani	20
7	Standardisering af rating scales	21
8	Globale rating scales	23
9	Anvendelsen af rating scales ved randomiserede kliniske undersøgelser	24
9.1	Respons-kurver og effect size	24
9.2	Respons-rate og remissions-rate	27
9.3	Inter-observatør-reliabilitet	28
9.4	Applicerbarhed	30
10	Anvendelse af rating scales i den daglige klinik	31
11	Interview-baserede rating scales versus selvvurderingsskemaer	33
12	Konklusion	36
13	Interviewbaserede skalaer:	
	HAM-D ₁₇	38
	HAM-D ₆	43
	HAM-A ₁₄	44
	HAM-A ₆	49
	MES	50
	MAS	54
	MADRS ₁₀	58

	MADRS ₆	62
	YRMS	64
	Global depressionsskala	67
	CGI-S	68
	GAF-S	69
	GAF- F	70
14	Spørgeskemaer	72
	SCL-92	78
	MDI	80
	Gotlandsskalaen	83
	WHO-5	84
15	Appendices	
	Appendiks 1: Vejledning til plejepersonale ved brug af HAM-D ₁₇	86
	Appendiks 2: Newcastle Diagnostisk Depressionsskala	87
	Appendiks 3: Omregningstabel mellem HAM-D ₆ , HAM-D ₁₇ og MES (kalibrering)	91
	Appendiks 4: GRID-HAM-D ₆	92
	Appendiks 5: SIGH-SAD Tillægsitems	95
	Appendiks 6: HAM-D ₁₇ : standardiseret udspørgningsversion	99
	Appendiks 7: WHO-behandlingstilfredshedsskema	101
	Appendiks 8: Antidepressant Compliance Questionnaire (ADCQ)	102
	Appendiks 9: UKU's bivirkningsskala for SSRI	105
	Appendiks 10: HAM-D ₆ spørgeskema	109
	Appendiks 11: GAD-10 Angstspørgeskema	111
16	Ordliste	113
17	Litteratur	115

1 Forord

Rating scales er kliniske måleredskaber. Det fagområde, der beskæftiger sig med de forskellige kliniske måleredskaber, kaldes i dag for klinimetri. Det er den amerikanske mediciner og epidemiolog Alvan R Feinstein (1925–2001), som anses for klinimetriens grundlægger. Hans banebrydende bog hed netop »Clinimetrics« og udkom i 1987. Heri anfører Feinstein i sin indledning, at patienterne benytter klinimetrisk målemetoder, rating scales, når de meddeler deres læger, at de har udtalte eller svære smerter, har tabt flere kilogram i vægt eller er blevet mere trætbare end normalt for dem.

Feinstein definerer i sin bog klinimetri som det fagområde, der benytter rating scales eller andre udtryk for måling af de symptomer patienter meddeler, de sygdomstegn som lægen eller behandleren finder ved sin undersøgelse af patienten, eller andre kliniske fænomener, som har betydning i den kliniske medicin.

De statistiske metoder, der anvendes til at vurdere reliabiliteten og validiteten af rating scales (med det sigte at placere dem på lige fod med mere »objektive« måleredskaber i medicinen såsom termometre, blodprøver, røntgenbilleder og andre scanningsmetoder) kaldes for psykometri. Herhjemme har udviklingen af psykiatriske rating scales været stærkt hjulpet af den psykometriske viden, som den danske professor i statistik Georg Rasch (1901–1980) fik grundlagt. I kompendiet vil Rasch-analysen blive omtalt og det samarbejde vi efterfølgende har haft med professor i statistik ved Dansk Pædagogisk Universitet, Peter Allerup.

Omkring 1980 blev de psykiatriske klassifikationssystemer påvirket af udviklingen inden for rating scales, dvs. af klinimetri. Feinstein deltog i det afgørende videnskabelige møde i 1977, hvor fremlæggelsen af det amerikanske diagnosesystem DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) i udkast forelå i sin tredje revision. Ved det møde udtalte Feinstein: »...Uanset hvad der sker med DSM-III, er anvendelsen af operationelle diagnosekriterier et vigtigt pionerarbejde med en helt unik fordel for nosologien (den kliniske sygdomslære). Selv om hele klassifikationsområdet nok er blevet for nedtonet, så fortjener de operationelle kriterier for de enkelte sygdomme stor opmærksomhed, megen støtte, mange taksigelser og vilde klapsalver...«

DSM-III blev ved sin officielle lancering i 1980 en hurtigt voksende succes og i 1992 måtte Verdenssundhedsorganisationen WHO i Genève revidere det internationale klassifikationssystem (ICD-10), så det svarede til DSM-III's, hvad angår operationelle kriterier.

I 1994 udkom DSM-IV, baseret på de mange erfaringer, man havde indhentet med DSM-III, men herhjemme var det ICD-10 og ikke DSM-IV som blev det officielle system. At der således findes to internationale diagnose-systemer, som nok i princippet ligner hinanden, men som dog i den daglige praksis er forskellige, kan især depressionssygdommen være et eksempel på: de medicinske præparater til behandling af depression (antidepressiva eller »depressionspiller«) er godkendt af Lægemiddelstyrelsen i henhold til

DSM-systemet. Ifølge dette må de antidepressive midler udskrives til patienter med »major depression« af let, moderat og svær grad.

Ifølge Sundhedsstyrelsen kan antidepressive midler udskrives til patienter, der opfylder ICD-10 diagnosen moderat til svær depression, men ikke til lette depressioner. Imidlertid opfylder halvdelen af patienterne med let ICD-10 depression også DSM-IV diagnosen »major depression af lettere grad« og bør således måske sættes i antidepressiv behandling.

I denne situation er rating scales til vurdering af depression særlig vigtige. Patienter, som opfylder en depressionsdiagnose og som scorer 18 eller mere på Hamiltons depressionsskala, har en sådan sværhedsgrad, at de opfylder de kriterier, som Lægemiddelstyrelsen anvender ved godkendelse af antidepressiva. Derfor er Hamiltons depressionsskala medtaget i Sundhedsstyrelsens vejledning til behandling af depression. Hamiltons depressionsskala er med andre ord en gangbar klinimetrisk målestok ved omregning fra ICD-10 til DSM-IV.

Dette kompendium er et forsøg på at føre læger, sygeplejersker, psykologer og andet sundhedspersonale ind i de rating scales, som anvendes ved de affektive lidelser, herunder også skalaer til vurdering af livskvalitet og behandlingstilfredshed.

Det er forskningsenheden ved Psykiatrisk Sygehus i Hillerød (hvor Per Bech har skrevet en disputats om rating scales for affektive lidelser og Klaus Martiny i sin ph.d.-afhandling undersøgte sensitiviteten af self-rating scales og interview-skalaer ved lysbehandling af depression), som har taget initiativet til kompendiet, men det er lavet i samarbejde med Forskningsenheden for Affektive Lidelser på Århus Universitetshospital i Risskov, (hvor

Rasmus Licht har skrevet sin ph.d.-afhandling om rating scales ved mani) og med Psykiatrisk Afdeling på Odense Universitets Hospital, (hvor Kurt B. Stage har skrevet sin ph.d.-afhandling om rating scales ved depression).

Det er vort håb, at dette kompendium vil få betydning for de sundhedsmedarbejdere, der ønsker at få vurderet virkningen af den behandling, som tilbydes patienter med affektive lidelser.

Vi retter en stor tak til Foghts Fond, som har givet finansiell støtte til udgivelsen af dette kompendium.

2 Oversigt over rating scales

Ved en rating scale forstås en praktisk standardiseret klinisk evaluering i skemaform af en samtale mellem terapeuten og patienten, hvorunder der på en ganske uhøjtidelig, men også systematisk måde fokuseres på de symptomer, som er fremtrædende i sygdomsbilledet. Man opnår herved en praktisk klinisk indsigt i patientens sygdom, men en større teoretisk indsigt opnås kun, såfremt man benytter en rating scale i en undersøgelse, hvor forskellige behandlingsformer sammenlignes.

På samme måde som med andre engelsk-amerikanske gloser såsom *weekend* eller *stresset*, er det vanskeligt at finde en god for-danskning af begrebet *rating scales*. Det er sjældent, at man bruger udtrykket rating-skalaer eller vurderingsskalaer (jf. det svenske skattningskalaer), og derfor anvendes her det engelske udtryk *rating scales*.

Symptom-rating scales kan inddeles i interview-baserede skalaer og selvvurderingsskalaer eller spørgeskemaer. Det er især de interview-baserede skalaer for affektive lidelser, der er medtaget i dette kompendium. Der henvises i øvrigt til afsnit 9, hvor dette område er nærmere belyst.

Et af de internationalt set mest benyttede selvvurderings-spørgeskemaer, Symptom Checklist (SCL) er, som navnet siger, en liste over symptomer (1). Når denne afkrydsning sker med flere svarmuligheder end blot til stede eller ej, som for SCLs vedkommende går fra *slet ikke, lidt, noget, en hel del til særdeles meget*, er der tale om en rating, altså mere end blot dette at checke, om et symptom har været til stede eller ej. SCL er derfor en rating scale

og ikke blot en checkliste. Netop SCL-spørgeskemaet har over sin 50 års historie steds-givet anledning til fokus på problemet om, hvorledes de affektive tilstande skal diagnosticeres (2). Oprindeligt blev SCL konstrueret som et mål for graden af psykologisk stress, den subjektive distress-oplevelse, beskrevet i symptom-sproget.

Det var SCL-forfatternes kliniske iagttagelse, at alle disse symptomer var udtryk for samme bagvedliggende lidelse, hvorfor det er meningsfuldt at angive den totale psykopatologi gennem summen af de enkelte symptomer. Med andre ord, jo flere af de oprindeligt 40 symptomer, der af patienterne bliver vurderet som belastende for dem, desto sværere er deres lidelse.

Det blev efterhånden SCL-forfatternes erfaring ved brug af spørgeskemaet, at de affektive tilstande er koblet sammen gennem sådanne psykiske reaktioner som fobi, social angst, tvangstanker, tvangshandlinger og depression eller lader sig gå over i kropslige reaktioner, som fører til somatisering. For at dække over disse reaktioner blev SCL udvidet til at omfatte omkring 90 spørgsmål (SCL-90). De affektive reaktioner som SCL-90 indeholder, kan genfindes i de gældende diagnosesystemer for de affektive tilstande, herunder f.eks. angst, depression, vrede, fobi eller somatisering.

Med hensyn til vurdering af den overordnede, »globale«, symptomgradering, mængden af affektiv distress, vil dette blive angivet ved egentlige globale skalaer, der skelner mellem symptom-mængde og indvirkning på den sociale funktion.

Det affektive hovedområde omfatter især depression, angst og mani. Hvad angår det udvalg af rating scales vi har foretaget, skal følgende anføres:

Depression

Der udkommer i disse år vejledninger (guidelines) med anbefalinger af de rating scales, der bør anvendes ved depression. Den seneste internationale vejledning ved behandling af depression (3) henviser til de depressionsskalaer, som er medtaget i dette kompendium (se Tabel 1). I den netop udkomne rapport for behandling af depression fra den Svenske Beredning for medicinsk Utvärdering (SBU) er disse skalaer anbefalet (4). I Danmark har Sundhedsstyrelsen (5) og Dansk Selskab for Almen Medicin (6) anbefalet Hamiltons Depressions-skala, som er den mest anvendte depressionsskala. I de danske vejledninger (5, 6) anbefaler man ligeledes at benytte den checkliste, som indgår i ICD-10 depressiondiagnosen i henhold til Verdenssundhedsorganisationen WHO (7).

Depressionsdiagnosen er ifølge WHO/ICD-10 baseret alene på tilstedeværelsen af en række symptomer og deres varighed. De rating scales, der vil blive omtalt i relation til de affektive lidelser i dette kompendium, er alle symptom-baserede, bortset fra Newcastle (1965)-skalaen for depression, der også har andre variable såsom personlighed og psykosociale belastninger. De symptom-baserede skalaer bør principielt først anvendes, når der foreligger en egentlig diagnose. På symptomplanet adskiller de sig fra ICD-10-diagnoserne ved i større grad at definere de enkelte symptomer, typisk på en skala fra *let, moderat, ud-talt* og til *ekstrem*. (Ifølge ICD-10 er de enkelte symptomer checklisteagtigt defineret som væ-

rende til stede eller ikke til stede). På den måde kan rating scales benyttes til at måle forskellen i sværhedsgrad af depression, mani eller angst fra uge til uge i et behandlingsforløb.

Man har tidligere udviklet rating scales specielt for sygeplejersker og dermed skelnet mellem sygeplejerske-administrerede og læge-administrerede rating scales ved affektive lidelser, men denne sondring er nu opgivet, i takt med at f.eks. Hamilton-skalaen bliver benyttet af mange forskellige faggrupper, herunder psykologer, socialrådgivere og sygeplejersker. I Appendiks 1 er vist nogle retningslinier ved brug af Hamilton-skalaen for plejepersonalet.

Der findes som nævnt rating scales, der er diagnostiske i dette ords egentlige betydning, dvs. de sammenfatter noget om sygdommens ætiologi eller årsag. Inden for depression har Newcastle (1965) Depressions-skalaen været mest benyttet. Den er interview-baseret og er vist i Appendiks 2. Den består af 10 items eller punkter, hvoraf 4 items vægter mod neurotisk eller stress-relateret depression (neurotisk personlighed, psykosociale belastninger, stress-relateret angst og vrede). Fire andre items vægter mod endogen depression (depressionens kvalitet, forekomst af tidligere depressive episoder, vægttab og nihilistiske vrangforestillinger). De to resterende items er mål for tilstandens sværhedsgrad (skyldfølelse og motorisk hæmning); de vægter mod endogen depression, som i den angelsaksiske litteratur ofte bliver betegnet som psykotisk depression. I DSM-IV og ICD-10 er der indført en markering for endogene (»somatiske«) træk ved depressiondiagnosen, men ikke så klart, som i den diagnostiske Newcastle-skala. Undersøgelser har vist, at patienter med endo-

gen depression ifølge Newcastle-skalaen har mindre effekt af placebo end af antidepressiv medicin og responderer mere sikkert på ECT end patienter med diagnosen reaktiv depression ifølge Newcastle-skalaen (8).

Angst

Der findes endnu ingen vejledning til de praktiserende læger, hvad angår behandlingen af angsttilstandene, selv om de i endnu højere grad end depressionstilstanden behandles i almen praksis. Det er internationalt set Hamiltons Angstsкала, der er enerådende blandt de interview-baserede rating scales for angsttilstande, specielt til generaliseret angst (9). Hamiltons Angstsкала er medtaget i dette kompendium. Som et eksempel på en selvvrderings-rating-scale er SCL-90 medtaget i kompendiet.

Mani

Den seneste internationale vejledning til behandlingen af maniske tilstande (10) anbefaler de to mani rating scales, som er medtaget i dette kompendium. Hamilton udviklede aldrig en maniskala, idet han fandt hyppigheden af maniske tilfælde meget beskedne, ikke mindst i det modtageområde, han selv befandt sig i som psykiatriprofessor i Leeds i England. Hamilton var imidlertid med på sidelinien, da Bech og Rafaelsen udviklede mani-skalaen (11). Brugen af maniskalaer er blevet mere hyppig, efter at man er blevet mere og mere opmærksom på de bipolære forløb. Der oprettes nu ambulatorier landet over til behandling af de bipolære patienter, hvilket er en speciallægeopgave.

Ved maniske tilstande er det ofte problematisk at benytte selvvrderings rating scales.

Vejledninger til mani er beregnet for hospitalspsykiateren, idet behandlingen af den akutte mani er en hospitalsopgave.

Psykometri

De statistiske metoder, der anvendes til den videnskabelige analyse af validitet og reliabilitet af rating scales, kaldes psykometriske metoder. Den danske professor i statistik ved Københavns Universitet, Georg Rasch (1901–1980), udviklede de psykometriske metoder, der i dag går under betegnelsen *item-response-teori*-modeller (ofte kaldt Rasch-modellerne). Rasch-analyser er særligt blevet anvendt på Danmarks Pædagogiske Institut (nu Danmarks Pædagogiske Universitet). Medens Rasch-modellerne er slået an i udlandet og benyttes mere og mere inden for psykiatrien, herunder ikke mindst ved analyser af livskvalitetsskalaerne, har de i Danmark efter Raschs død stort set kun været anvendt inden for psykiatrien ved de rating scales, der er omtalt i dette kompendium. Ved sin tiltrædelsesforelæsning som professor i statistik den 9. maj 2003 nævnte Peter Allerup med særlig henblik på Rasch-modellerne, at han vil gøre sit til, at psykiatrien i Danmark bevæger sig ind på den internationale scene. Han nævnte, at psykiatri på dansk gennem årene har fået en anden betydning end den statistiske, nemlig som betegnelse for paranormale fænomener såsom clairvoyance. På internetsøgeseiden Google, er der for 'psykiatri' 558 hits med overvejende sjæletydningssager, medens der for 'psychometrics' (den internationale, statistik-orienterede psykiatri) opnås 41.200 hits med mange referencer til Rasch. Det er uden for rammerne af dette kompendium at beskrive selve Rasch-modellerne. Det vil ske i et kommende kompendium om psykiatri.

Når udtrykket psykometri benyttes i dette kompendium, er det inden for den kliniske (1,12) beskrivelse af målelige fænomener, det, der internationalt går under betegnelsen *clinical metrics* som blev indført af den amerikanske professor i medicin Alvan Feinstein (1925-2001), som er den kliniske epidemiologis grundlægger.

Det gælder både for diagnosesystemet ICD-10 og for nogle af de skalaer, som er medtaget i dette kompendium, at den rækkefølge, i hvilken de inkluderede symptomer er opremset, er temmelig tilfældig. For de rating scales, der er særligt grundigt analyseret med det sigte at

angive den egentlige psykometriske dimension, f.eks. ved målingen af depression og mani, er rækkefølgen opstillet efter resultaterne af en statistisk strukturanalyse. Således angives her de symptomer, som er til stede selv ved lettere tilstande, foroven, medens de symptomer, der kun ses ved de sværere kliniske tilstande, angives forneden i scoringsarket.

Tabel 1 viser standardiseringen af de tre depressions-rating scales, således at man kan aflæse de scoringsintervaller, der svarer til depressionsgraderne *lettere*, *moderat*, *middelsvær* og *svær* depression.

TABEL 1 Standardisering af de tre forskellige depressionsskalaer Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D₁₇ og HAM-D₆), Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) og Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (MES)

	HAM-D ₁₇	MADRS	MES	HAM-D ₆
Teoretisk score- spændvidde	0–52	0–60	0–44	0–22
Remission (relativt nulpunkt)	7	11	6	4
DEPRESSIONSØGRADER (ICD-10)	HAM-D₁₇	MADRS	MES	HAM-D₆
Tvivlsom depression	8–12	12–17	7–10	5–6
Lettere depression	13–17	18–21	11–14	7–8
Moderat depression	18–24	22–29	15–24	9–11
Middelsvær til svær depression	25–52	30–60	25–44	12–22

Da dette kompendium henvender sig til en større tværfaglig kreds, er der sidst i bogen medtaget en lille ordliste. For de læsere, der gerne vil have en større indsigt i brugen af rating scales, henvises der til en håndbog om rating scales og til kapitlet om measurement i en netop udkommet lærebog i biologisk psykiatri (1,13).

3 Hamiltons skalaer for depression og angst

Begge Hamiltonskalaerne er vist med scoringsark og vejledning eller manual for de operationelle definitioner af de enkelte trinverdier for de forskellige symptomer. Selve målingen er summen af trinverdierne for de symptomer, der indgår i skalaerne. Det gælder for begge Hamiltonskalaerne, at der er udviklet subskalaer, der omfatter kernesymptomerne for henholdsvis depression og angst.

3.1 Hamiltons Depressionsskala (HAM-D)

Den første udgave af HAM-D er fra 1960 (14), men den, der almindeligvis bør henvises til, er den reviderede udgave fra 1967 (15), hvor symptomet *agitation* er defineret på en trin-skala fra 0 til 4, medens det i førsteudgaven kun blev defineret fra 0 til 2 (1).

Hamiltons Depressionsskala foreligger i mange forskellige udgaver. Den mest benyttede synes at være den amerikanske udgave (16), som medicinalindustrien ofte bruger (17), selv om Hamilton ikke selv anbefalede denne udgave (18), idet han fandt graderingen af de enkelte items for unuanceret. I disse forskellige versioner varierer tilmed antallet af symptomer ofte. Der er imidlertid nu opnået international konsensus om, at det er de første 17 symptomer, der skal anvendes, når man henviser til Hamiltons Depressionsskala. Dette angives som HAM-D₁₇.

Det er HAM-D₁₇, som er vist i scoringsarket, men her er også med en stjerne markeret, at seks af symptomerne udgør kernesympto-

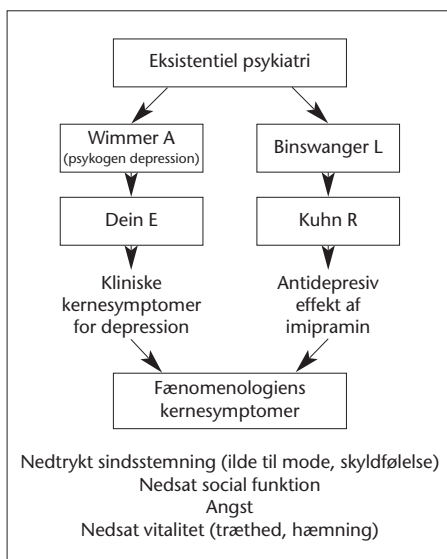
merne for depression eller den depressive faktor (HAM-D₆). Disse seks kernesymptomer ved depression blev for Hamiltonskalaen afgrænset ved den første danske undersøgelse (19), hvori der deltog psykiatere, som stadig arbejdede inden for den diagnoseramme, som Wimmer (der var professor i psykiatri på Rigshospitalet i 1930'erne og som var præget af Kierkegaards eksistentialisme (20)) havde grundlagt herhjemme med sondringen mellem psykogen og endogen depression (20). Det, der blev vurderet, var depressionens dybde, uafhængigt af diagnosen. Som vist i Figur 1 havde den schweiziske psykiater Ronald Kuhn påvist imipramins antidepressive effekt (21), som han beskrev med de samme kernesymptomer, der var fundet ved Hamiltonundersøgelsen (19). Kuhn arbejdede inden for den samme kliniske ramme som Wimmer, idet han var påvirket af den eksistentielle psykiater Biswanger, der var psykiater i Schweiz i 1930'erne og som ligeledes var præget af Kierkegaards eksistentialisme. Kuhn mente, at han ikke havde været i stand til at påvise den antidepressive virkning af imipramin, hvis han ikke havde været trænet i at sondre mellem diagnose og depressionsdybde. Da Kuhn i 1950'erne arbejdede med imipramin, troede man, at imipramin virkede mod skizofreni og mani på samme måde som klorpromazin. Men Kuhn påviste, at imipramin ingen virkning havde på de psykotiske symptomer ved skizofreni eller mani, men at det derimod virkede antidepressivt. Udtrykket antidepressiv blev indført med henvisning til imipramins virkning, medens udtrykket antipsykotisk blev

indført af den canadiske psykiater Heinz Lehman med henvisning til klorpromazin-effekten.

Det har til stadighed undret, at kun én enkelt (22) af de mange undersøgelser med faktoranalyse på de forskellige udgaver af Hamiltons Depressionsskala har været i stand til at identificere en egentlig depressionsfaktor. Blandt de øvrige er der to undersøgelser med rimelig heterogene patientgrupper, som har identificeret en depressionsfaktor. I den første fandt man (23), at faktor 2 indeholdt kernesymptomerne ved depression, og faktor 1 rummede angst og somatisering. De seks keredepressionssymptomer som blev afgrænset i faktor 2, var nedsat stemningsleje, skyldfølelse, selvmordsadfærd, arbejde og interesse, hæmning og depersonalisering. (Sidstnævnte symptom indgår i en udvidet version af Hamiltons skala.) I den anden har man ved brug af andre metoder end faktoranalyse, men uden at have en egentlig hypotese at teste, afgrænset seks symptomer bestående af nedsat stemningsleje, skyldfølelse, arbejde og interesse, hæmning, agitation og psykisk angst (24). Imidlertid er agitation et symptom som ofte medtager somatisk angst, ligesom det er klinisk vanskeligt at forestille sig en skala, hvor udtalt psykomotorisk hæmning og psykomotorisk agitation kan foreligge samtidigt. Dvs. at den teoretiske score ikke har en veldefineret maksimumværdi. Ved en egentlig Rasch-analyse er der problemer, fordi den »lokale« afhængighed af angstsymptomerne er stor. En patient med somatisk angst eller agitation vil altid score positivt på psykisk angst. Med andre ord er psykisk angst det mest centrale symptom, og ved en depressionsfaktor er det vigtigt, at angst indgår, men kun med et enkelt symptom.

FIGUR 1

Den historiske udvikling af depressionens kernesymptomer og påvisning af antidepressiv medicin.



Psykometriske undersøgelser med Rasch-modellen har vist, at de seks kernesymptomer (HAM-D₆) befinder sig på selve depressionsdimensionen og er det bedste udtryk for, om antidepressive midler har en central antidepressiv virkning og ikke blot en angstdæmpende eller søvndyssende virkning (25, 26). Denne HAM-D₆ subskala har vist sig at give lige så megen information som både HAM-D₁₇ og HAM-D₂₈ ved vurdering af den antidepressive virkning (27). I en projektopgave ved specialeuddannelsen i almen medicin ved Århus Universitet (28) har man gennem litteraturstudier bekræftet, at HAM-D₆ giver en tilstrækkelig klinisk information sammenlignet med HAM-D₁₇, hvilket har praktisk betydning for almenmedicinere, som er under tidspres i det daglige arbejde, og som ved brugen af HAM-D₆ kan udføre samtalen med den de-

pressive patient mere målrettet. I to nyligt publicerede oversigtsartikler over brugen af rating scales til vurdering af virkningen af anti-depressiv medicin er det blevet konkluderet, at HAM-D₆ har »outperformed HAM-D₁₇« (29, 30, 31).

Den vejledning til HAM-D₁₇, som er vist i dette kompendium, følger stort set den udgave, som Hamilton selv accepterede (32). Den version, som er benyttet i dette kompendium, er en yderligere modernisering, der er foretaget med henblik på, at skalaen uden besvær kan benyttes af andre end de hospitalspsykiatere, den oprindeligt var udviklet til. I den HAM-D₁₇ udgave, som er medtaget i vejledningen fra Dansk selskab for almen medicin (6), er skalaen blevet overførenklet i sine item-definitioner. Netop til brug for den praktiserende læge er i kompendiet medtaget Hamilton 6-item versionen (HAM-D₆) med en forsvarelig forenkling af de enkelte item-definitioner, således at scoringsark og vejledning er kombineret til typografisk at omfatte en enkelt side.

I Appendiks 3 er vist en omregningstabel mellem HAM-D₆ og HAM-D₁₇.

Der har været en del kritik af HAM-D, idet de enkelte item-definitioner overvejende går på hvor intenst det pågældende symptom har været til stede gennem den sidste uge. Hvorledes, spørger disse kritikere, skal man måle en patient, som fortæller, at han eller hun har været udtalt trist en enkelt dag gennem den sidste uge, men ellers kun har været trist i ganske let grad. Disse kritikere mener, at de lejlighedsvis symptomer bør gives et mindre score, f.eks. 2, medens de mere konstante symptomer skal scores 3 eller måske 4. Dette har ført til, at en amerikansk gruppe omkring Williams (33) har lavet en GRID-HAM-D,

hvor hvert item scores i både intensitet og hyppighed. Da den danske udgave af GRID-HAM-D endnu ikke er endeligt validitetsundersøgt, hvad angår selve oversættelsen fra amerikansk-engelsk til dansk og tilbage igen, er kun GRID-HAM-D₆ medtaget i dette kompendium (se Appendiks 4).

Til patienter med atypisk depression i form af vinterdepression (Seasonal Affective Disorder) er der udviklet nogle ekstra HAM-D items, som findes i SIGH-SAD (34). Disse ekstra items kan ses i Appendiks 5.

3.2 Hamiltons Angstsкала (HAM-A)

Den første udgave af Hamiltons Angstsкала udkom i 1959 indeholdende 13 symptomer (35), mens den reviderede udgave med et ekstra symptom udkom i 1969 (36). Den endelige udgave af Hamiltons Angstsкала har således 14 symptomer, HAM-A₁₄.

De i scoringsarket med stjerne markerede symptomer udgør kernesymptomerne i angst, eller selve angstfaktoren (HAM-A₆). De opfylder psykometrisk set kriterierne for at tilhøre den angstdimension, som ligger til grund for differentieringen af lette, moderate og svære angsttilstande (37). De er ligeledes blevet identificeret som de items inden for HAM-A₁₄ som har opnået den største sensitivitet ved sammenligning af venlafaxin og placebo i behandlingen af generaliseret angst (38). På samme måde som HAM-D₆ fra Hamiltons Depressionsskala er HAM-A₆ blevet vist på et selvstændigt scoringsark, hvor de enkelte item-definitioner samtidigt er anført.

Traditionelt opdeles Hamiltons Angstsкала i to faktorer, den psykiske faktor for angst,

som omhandler de første seks symptomer i HAM-A plus det sidste symptom, og den somatiske faktor for angst, som indeholder de resterende syv symptomer. Disse faktorer er baseret på Hamiltons originale faktor-analyser (35, 36). Selv om disse to faktorer også kunne genfindes i en patientgruppe med panikangst (39), er der blevet stillet spørgsmålstegn ved den praktiske kliniske anvendelse af den somatiske faktor. Det er den psykiske faktor, der afspejler den egentlige anti-angstbehandling. Således virker beroligende medicin sådan som diazepam alene på den somatiske faktor i Hamiltons Angstskala (9), medens de anti-angst præparater, der er godkendt til både panisk angst og generaliseret angst (paroxetin og venlafaxin), virker på den psykiske angstfaktor (9).

Den vejledning til HAM-A₁₄, som er benyttet i dette kompendium, følger den opdaterede udgave, som Hamilton selv har accepteret (32).

4 Bech-Rafaelsen-skalaerne for depression og mani

Begge skalaer er vist med scoringsark og vejledning eller manual for de operationelle definitioner. Skalaerne er koblet sammen, fordi de er kalibreret til at måle depressive og maniske episoder efter samme pointskala. Således betyder en score på 15 på depressionsskalaen eller maniskalaen, at der foreligger en behandlingskrævende tilstand. Det er blevet anbefalet af Goodwin og Jamison (som har skrevet den hidtil mest autoritative bog om den mani-depressive sygdom) at benytte begge disse skalaer ved vurderingen af bipolare forløb (40).

4.1 Melankoliskalaen (MES)

På basis af depressionsfaktoren HAM-D₆ blev Bech-Rafaelsen Melankoliskalaen (MES) konstrueret (41). Baggrunden for denne skala var et forsøg på at videreudvikle HAM-D₆, idet mange følte, at seks symptomer var i underkanten, når man vil dække det depressive tilstandsbillede. Skalaen er på i alt elleve symptomer. De fem nye symptomer blev hentet fra Cronholm-Ottosson Depressionsskalaen, som var den første skala for depression, der blev udviklet som værende særlig følsom til at måle ændringer i det depressive tilstandsbillede under antidepressiv behandling (41, 42). Blandt de nye symptomer var f.eks. *intellektuelle forstyrrelser* (koncentrationsbesvær), som Hamilton mente mere hørte til angsttilstanden end depressionstilstanden. I ICD-10 er *intellektuelle eller kognitive forstyrrelser* nu placeret i både depression og i generaliseret angst.

I sin store monografi om stress og dets betydning i samfundet (43) har Hordern gennemgået de væsentligste symptomer i Hamiltons depressionsskala. Koncentrationsforstyrrelser, som er et vigtigt stress-symptom, placerede Hordern under HAM-D-symptomet *psykomotorisk hæmning*. I MES er det et selvstændigt item.

Et andet vigtigt stress-symptom, nemlig dette at undgå kontakt med andre, dvs. følelsesmæssig eller emotionel hæmning, måtte Hordern placere under HAM-D-symptomet *psykisk angst*. I MES har dette symptom fået et selvstændigt item.

Måske er søvnforstyrrelser det mest stress-specifikke symptom i form af den subjektive oplevelse af søvnlængden og søvndybden. I Hamiltons Depressionsskala er der medtaget 3 søvn-items, men i MES er der kun ét, som til gengæld netop omhandler den subjektive oplevelse af søvnens længde og dybde.

De elleve symptomer i MES opfylder de psykometriske kriterier for en unidimensional depressionsskala. Summen af dem er således et sufficent mål for det depressive tilstandsbillede (41).

I en undersøgelse med et sjældent stort antal patienter (omkring 1600) er MES blevet sammenlignet med HAM-D₁₇ med både Rasch-analyser og faktor-analyse (44). Resultatet viste, at MES og HAM-D₆, men ikke HAM-D₁₇ opfyldte kriterierne for unidimensionalitet.

I den udgave af MES, som indgår i dette kompendium, er de 11 items opstillet i rangfølge efter hyppigheden af symptomerne hos

de depressive patienter (41). De oprindelige seks Hamilton items (HAM-D₆) er vist på scoringsarket for MES.

standard-reference, når man skal validere andre maniskalaer (49).

4.2 Maniskalaen (MAS)

Som vist i scoringsarket, indeholder MAS ligesom MES i alt elleve symptomer. Skalaen er udviklet på baggrund af de få tilløb til en maniskala, som forelå i 1970-erne, da skalaen blev udarbejdet (45). Den har været anvendt ved vurderingen af den antimaniske virkning af f.eks. litium, antipsykotiske midler, antiepileptiske midler, elektrostimulationsbehandling (ECT) og transkraniel magnetisk stimulationsbehandling (TMS) (45).

Hamilton mente, at blandt de elleve MAS-items (11) var kontaktsymptomet et meget vigtigt klinisk tegn på mani. Især hos unge patienter kan det ved sygdommens start være vanskeligt at skelne mani fra skizofreni, men netop kontaktsymptomet er her af diagnostisk betydning. Det er den kliniske modsætning til depressionssymptomet *emotionel hæmning* i MES, som igen kan forveksles med den emotionelle tilbagetrækning ved skizofreni. Den frembrusende emotionelle kontakt, det opsnappende og arrangerende, stigende til det kommanderende, fandt Hamilton således nærmest patognomonisk for mani, dvs., at det er så typisk, at han mente, at man alene på det kan stille diagnosen.

Skalaens psykometriske egenskaber (herunder dens evne til at måle ændringer i det maniske tilstandsbillede, hvor den var signifikant bedre end både maniskalaen YMRS (46) og det globale kliniske indtryk (47)). MAS er stadig den mest gennemundersøgte maniskala psykometrisk set (48) og benyttes nu som

5 Montgomery-Åsberg-skalaen for depression (MADRS)

Denne skala blev udviklet ud fra en mere omfattende psykopatologisk skala med det sigte at finde de symptomer, der særligt ændrer sig gennem de første uger af behandlingen med tricykliske antidepressive midler (50). Sværhedsgraden af de behandlede patienters tilstande og selve scoringsresultatet, hvad angår både HAM-D og MADRS, som indgik i Montgomerys undersøgelse, fremgår ikke af publikationen (50).

Som vist i scoringsarket og i manualen indeholder MADRS i alt ti symptomer. I den oprindelige udgave blev hvert symptom scoret fra 0 til 3 (50), men for at gøre spændvidden større blev alle trin multipliceret med 2, altså fra 0 til 6. Men dette betød, at de operationelle kriterier for de forskellige trin kun dækker 0, 2, 4 og 6, medens 1, 3 og 5 er tomme. Dette medfører, at de forskellige brugere af skalaen overvejende scorer ud for det operationelle trin, altså 0, 2, 4 og 6 (51). Dette medfører igen, at det er vanskeligt at afgøre størrelsen af remissionsgraden på MADRS, da scoren kommer til at ligge relativt højt sammenlignet med de andre depressionsskalaer (Tabel 1). Med andre ord: graderne 1, 3 og 5 springes over af de fleste brugere af MADRS. For nylig er det relative nulpunkt på MADRS (dvs. svarende til remission) blevet sat til 11 (52), hvilket er betydeligt større end

det tilsvarende HAM-D₁₇ score på 7 (Tabel 1). På scoringsarket for MADRS₆ er dette forsøgt udbedret.

Psykometrisk set indeholder skalaen to faktorer (53) (dvs. den måler mere end én dimension), men en subskala (MADRS₆), som er udviklet analogt til HAM-D₆, har vist sig at være unidimensional (54). Der er imidlertid nogle problemer med det MADRS-item, som i den originale skala kaldes »lassitude«. På amerikansk-engelsk har man haft problemer med at oversætte det. Som diskuteret andetsteds synes dette item mere at rumme HAM-D-symptomet *arbejde og interesser* (54), men i så fald mangler MADRS kernesymptomet *træthed*.

De MADRS-scoringsintervaller, der er vist i Tabel 1, er baseret på den tilgængelige litteratur (55, 56), men der hersker nogen usikkerhed. Således fandt man i en af de første undersøgelser, at middelsvært til svært depression svarer til 35 på MADRS (57) og ikke som i Tabel 1 til 30, hvilket understøttes af en dansk undersøgelse, hvor 25 på MADRS (og ikke 22 som i Tabel 1) svarer til 18 på HAM-D₁₇ eller 15 på MES (58).

MADRS₆ er medtaget i dette kompendium som analog til HAM-D₆, sådan som den blev lanceret ved dens første psykometriske analyse (47).

6 Youngs skala for mani (YMRS)

Denne skala blev udgivet sidst i 1970-erne (59), dvs. i samme periode som MES, MAS og MADRS, hvilket igen vil sige før udgivelsen af DMS-III (60), som førte til checkliste-diagnoser, af hvilke ICD-10 er afledt.

Både MAS og Young-skalaen (YMRS) dækker imidlertid de fleste af diagnoseliste-symptomerne, hvor MAS er lidt mere dækkende (45). Den psykometriske analyse af YMRS har ikke været fyldestgørende, og der foreligger kun ganske få sammenlignende undersøgelser, hvor YMRS (45) er blevet sammenlig-

net med MAS (49). Dette er i modsætning til MADRS versus MES (41,58). Imidlertid bliver YMRS meget benyttet af den amerikanske medicinalindustri ved vurdering af både de nye antiepileptiske og de nye atypiske anti-psykotiske midlers eventuelle antimaniske effekt, hvor de sammenlignes med placebo. I Europa er det ikke tilladt etisk set at give placebo til moderat til svære mani-patienter, men placebo-kontrollerede undersøgelser inden for denne patientgruppe er stadig mulige i USA.

7 Standardisering af rating scales

En af årsagerne til at Hamiltons Depressions-skala har opnået så stor udbredelse, skal søges i det forhold, som ikke mindst Paykel (61) har påpeget, at man straks er klar over hvilken patientpopulation man står over for, når HAM-D₁₇ har vist et gennemsnit på 18. Så ved man, at der er tale om en moderat depression. Paykel (61) har vist, at intervalområdet på HAM-D₁₇ mellem 8 og 17 (lettere depression, Tabel 1) kan underinddeles i 8 til 12 og 13 til 17. I en kontrolleret klinisk undersøgelse, som han forestod, hvor amitriptylin (sammenlignet med placebo) blev givet til depressive patienter behandlet i almen praksis i London, viste Paykel (61), at placebo var lige så effektivt som amitriptylin hos patienter, der scorede mellem 8 og 12 på HAM-D₁₇, medens amitriptylin var signifikant bedre end placebo hos patienter, der scorede mellem 13 og 17. Her var amitriptylin lige så virkningsfuldt over for placebo som ved depressionstilstande fra 18 til 25 på HAM-D₁₇. Man savner imidlertid flere undersøgelser af denne art ved standardiseringen af HAM-D₁₇.

Tabel 1 viser således en standardisering af Hamiltons Depressionsskala og de øvrige depressionsskalaer. HAM-D₁₇ kan teoretisk set variere fra 0 (ingen depressionssymptomer) til 52 (maksimale depressionssymptomer). Ved *remission* forstås den relative ophævelse af depressionssymptomerne, som man stiler efter ved en behandling af en depressiv patient. Dette relative nulpunkt på 7 på HAM-D₁₇ blev første gang vist i en undersøgelse (19), hvor HAM-D₁₇-værdierne blev sammenlignet med

erfarne psykiateres vurdering på en skala fra 0 (symptomfrihed) til 10 (sværeste depressionsgrad). Denne globale depressionsskala havde en analog global maniskala (62). Anvendelsen af en HAM-D₁₇ remissionscore på 7 blev også benyttet i DUAG (Danish University Antidepressant Group) undersøgelser allerede fra forløberen (63) og i den første egentlige undersøgelse (64)

Montgomery (65) har i sin sammenligning mellem HAM-D₁₇ og MADRS standardiseringsmæssigt angivet, at remissionsgraden på 7 på HAM-D₁₇ svarer til 11 på MADRS. På samme måde er MES- og HAM-D₆-remissionsgraderne angivet (66, 67).

Den moderate depressionsgrad svarer til en patient, som netop opfylder kriterierne for major depression efter det amerikanske diagnosesystem DSM-III (68). Montgomery har anført (65), at dette svarer til en MADRS score på 22, som igen svarer til en HAM-D₁₇ score på 18 og en MES score på 15. I de forskellige DUAG-studier har man vedtaget, at en score på HAM-D₆ på 9 svarer til et HAM-D₁₇ score på 18 (64).

På dansk betyder *moderat* en depressionsgrad, der er noget mindre end middelsvær. Det engelske udtryk *marked* svarer til det danske *middelsvær*. På HAM-D₁₇ er en score på 25 blevet opfattet som »marked« eller middelsvær. Dette er især blevet anvendt til at vise, at placebovirkningen aftager, når man sammenligner *moderat depression* (HAM-D₁₇ mellem 18 og 24) med *middelsvær depression* (HAM-D₁₇ mellem 25 og 29). Netop denne middelsvære

til svære depressionsgrad (en score på HAM-D₆ på 12 eller mere) er den, hvor antidepressiv medicin er klart indiceret.

I en undersøgelse med patienter med middelsvær depression (HAM-D₁₇ gennemsnit score på omkring 27) fandt Montgomery og medarbejdere (69) en tilsvarende MADRS score på 35.

Den typiske HAM-D₁₇- eller MES-score for patienter, der må behandles med ECT (elektrostimulationsbehandling), er en score på henholdsvis 30 og 29 (70), hvilket igen svarer til en HAM-D₆ score på 15 eller mere.

8 Globale rating scales

Ved standardiseringen af de forskellige depressions-rating scales (Tabel 1) fremgår det, at depressionstilstanden »globalt« set kan inddeles i lettere, moderat og svær depression. Med denne kliniske gradering kan en global rating scale dannes (71), hvor en scoring fra 0 til 10 er indlagt. En score på 0 betyder således ingen depression, og en score på 1 betyder tvivlsom depression. Den lettere depression svarer til 2, 3, 4 og den moderate til middelsvære depression til 5, 6, 7. Endelig er svær depression underinddelt i 8, 9, 10. Denne globale depressionsskala er blevet benyttet ved den første danske standardisering af HAM-D₁₇ (19). Den tilsvarende globale maniskala blev benyttet ved udviklingen af MAS (62).

Den mest benyttede globale rating scale er Clinical Global Impression Scale (CGI), som går fra 1 til 7, hvor 7 betyder den mest alvorligt syge patient, man har set inden for den lidelse,

der skal bedømmes, f.eks. depression eller mani (16). Man skal være opmærksom på, at dette er CGI-sværhedsgrad, CGI-S. Imidlertid kan CGI også henvise til en forbedringsskala eller »improvement« version, CGI-I, der angiver graden af forbedring eller forværring under en behandling (1).

Med indførelsen af DSM-IV (72) blev der også introduceret en global skala med omvendt scoring, således at en lav scoring betyder sværere sygdomsgrad. Oprindeligt blev denne Global Assessment of Functioning (GAF) udviklet til for hvert skalatrin at indeholde både symptomfunktionsniveau og socialt funktionsniveau, men som diskuteret andetsteds (1), er det rimeligt at adskille disse. I skala-afsnittet vises således både GAF med fokus på symptomfunktionsniveauet og GAF med fokus på det sociale funktionsniveau.

9 Anvendelsen af rating scales ved randomiserede kliniske undersøgelser

På engelsk benytter man udtrykket »efficacy« (73), når man skal vurdere om en behandling (farmakologisk eller ikke-farmakologisk) er bedre end placebo (dvs. en behandling, der fuldstændig ligner den aktive udadtil, men mangler det aktive princip). Naturligt nok er det enklere at fremstille en farmakologisk placebo end en ikke-farmakologisk. Således har man svært ved at give placebo-psykoterapi. Undersøgelser med f.eks. akupunktur har vist, at placebo-akupunktur er lige så virksomt som aktiv akupunktur ved depression, begge er således bedre end ingen akupunktur (74).

Ved depression varer det placebo-kontrollerede kliniske forsøg typisk 6 uger. Ved »efficacy« forstår man således den virkningsstørrelse (effect size), hvormed aktiv behandling overgår placebo ved udgangen af de 6 uger.

»Effectiveness« er et bredere begreb. Herved forstås i den videnskabelige litteratur en vurdering af den aktive behandling i den daglige rutine, hvor også komplicerede tilfælde behandles, og hvor vægten på virkningen går ud over selve symptomreduktionen og medinddrager den sociale funktionsevne og livskvalitet.

Det er »efficacy«, som sundhedsmyndighederne benytter, når de skal vurdere om et nyt middel mod depression eller mani skal godkendes. Det er til denne »efficacy«-vurdering, at de symptombaserede rating scales anvendes. Det, man analyserer statistisk, er responskurver og effect size, respektive respons-rate og remissions-rate.

9.1 Respons-kurver og effect size

Figur 2 viser behandlingskurven i en typisk klinisk undersøgelse, hvor patienter med moderat depression ($HAM-D_{17} = 24$ før behandlingen) over seks behandlingsuger bliver randomiseret til enten at få aktiv antidepressiv medicin eller placebo (de to øverste kurver). Ved *randomisering* forstås, at valget af behandling sker ved et lodtrækningsprincip. Herved sikrer man sig imod en systematisk udvælgelse af patienter til den ene af de to behandlingsformer, dvs. den aktive medicin (»verum«) over for den inaktive (»placebo«). Netop fordi det teknisk er muligt at give den medicinske behandling (tabletter) samme udseende (form og farve) som »verum« og »placebo«, er det umiddelbart enkelt ved disse behandlingsformer at sammenknytte randomiseringsprincippet med blindingsprincippet, dvs. at hverken patienten eller lægen ved, hvilken behandling patienten får. Når det gælder andre behandlingsformer, f.eks. psykoterapi, er det meget mere kompliceret at finde et blindingsprincip.

Man har forsøgt at omgå randomiseringsprincippet ved at lade patienten selv vælge mellem »verum« og ingen behandling, men resultatet har vist, at de patienter, der foretrækker ingen behandling, adskiller sig fra dem, der gerne vil have behandling, ved at være mindre syge.

Siden 1960 har randomiseringsprincippet og blindingsprincippet været benyttet ved vurderingen af den medicinske behandling af depression, angst og mani. Især inden for de-

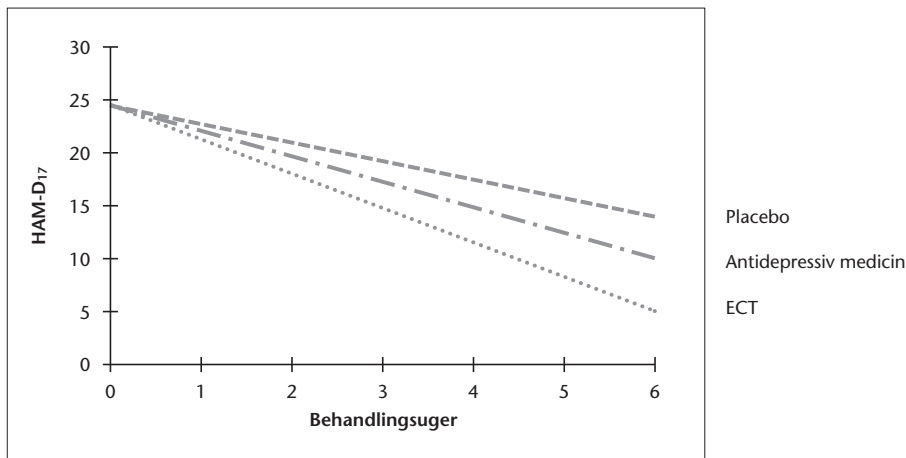
pression har der været foretaget mange randomiserede, dobbelt-blinde undersøgelser. Resultatet har vist, at det kun i meget få tilfælde

er fundet, at placebo var bedre end »verum«, men i 20–25 % har man ingen forskel kunnet demonstrere. (75).

FIGUR 2

Behandlingskurver angivet ved ugentlige gennemsnit af HAM-D₁₇.

Placebo-kontrollerede, randomiserede kliniske undersøgelser med antidepressiv medicin i den akutte behandling af patienter med moderat depression.



Typisk er placebo-behandlingen i stand til at reducere HAM-D₁₇-scoren fra et gennemsnitsscore på 24 før behandlingen til et gennemsnitsscore på 14 efter seks ugers behandling. Den aktive medicin er derimod i stand til at reducere HAM-D₁₇ fra 24 til 10. Forskellen mellem 14 og 10 på HAM-D₁₇ efter seks ugers behandling (altså 4 point) er at betragte som

klinisk signifikant (65). Det er imidlertid blevet moderne at angive dette behandlingsresultat ved udtrykket »effect size« (effektstørrelse). Benyttes foregående eksempel, hvor HAM-D₁₇ ved behandlingens start er 24, og hvor den antidepressive medicin efter 6 uger giver HAM-D₁₇ = 10, og placebo giver HAM-D₁₇ = 14, kan effect size angives på flg. måde:

$$\frac{\text{Verum (gennemsnit}_0 - \text{gennemsnit}_6) - \text{placebo (gennemsnit}_0 - \text{gennemsnit}_6)}{\text{Kombineret spredning verum og placebo}} =$$

$$\text{(Figur 2)} \quad \frac{(24-10) - (24-14)}{\text{spredning}} = \frac{14-10}{\text{spredning}} = \frac{4}{\text{spredning}}$$

Ved *spredning* på scores forstås her den fælles spredning for placebo og aktiv medicin. Sættes den til 8, bliver effect size i eksemplet derfor $\frac{4}{8}$ eller 0,50.

Montgomery (65) har i sin sammenligning mellem HAM-D₁₇ og MADRS netop angivet en difference på 4 efter 6 ugers behandling (såvel på HAM-D₁₇ og MADRS) mellem aktiv medicin og placebo med henvisning til en effect size på 0,50. Dette svarer igen til, at forskellen mellem den procentvise forbedring efter seks ugers behandling mellem aktiv medicin og placebo er 27–30%. Undersøgelser med de moderne non-tricykliske antidepressiva, f.eks. serotoningenoptagelses-hæmmerne (SSRI-erne), har vist en procentforskel, der snarere ligger på 15–20%, hvilket svarer til en effect size på 0,30 (76). Dette giver en numerisk forskel mellem aktiv medicin og placebo på 2,5 til 3 på HAM-D₁₇ efter seks ugers behandling. Denne forskel opfattes stadig som klinisk signifikant, hvilket naturligvis kan diskuteres. De tilsvarende forskelle på MADRS burde være en anelse større end på HAM-D₁₇, svarende til en større teoretisk spændvidde i total score (Tabel 1).

Effect size på HAM-D₆ for SSRI-erne (f.eks. fluoxetin) var 0,38, men kun 0,30 på HAM-D₁₇ i de placebo-kontrollerede undersøgelser (76). Omvendt var effect size lidt større på HAM-D₁₇ end HAM-D₆ i de placebo-kontrollerede undersøgelser med mirtazapin (77), hvilket viser, at dette præparat også virker på de ikke-depressionsspecifikke symptomer såsom søvn og appetit, formentlig via den antihistamine virkning.

Når man forsøger at sammenligne de forskellige antidepressive midlers virkning med hinanden, må man naturligvis forvente en effect size, som er mindre end den, man finder ved sammenligning over for et placebo-præparat. I den første egentlige meta-analyse hvor de specifikke serotonin-genoptagelses-hæmmere blev sammenlignet med de tricykliske antide-

pressiva ved brug af HAM-D₁₇ som effektmål, blev det vist, at de tricykliske antidepressiva var mere effektive, såfremt man accepterede en effect size på omkring 0,25 (78, 79). Ved en gennemgang af alle tilgængelige randomiserede undersøgelser med HAM-D₁₇ over 40 års klinisk forskning viste det sig, at amitriptylin systematisk var det mest effektive antidepressive middel med en effect size på omkring 0,25 i forhold til de øvrige antidepressive midler (80).

Dosis-respons-undersøgelser har både for de tricykliske antidepressiva og for de ikke-tricykliske midler vist sig at være meget fladt forløbende, dvs. det har været vanskeligt at angive en klar dosis-responskurve. I DUAG-undersøgelsen med det tricykliske præparat klomipramin viste HAM-D₆ sig at være bedre end HAM-D₁₇ til at angive dosis-respons (81), hvilket støtter den oprindelige iagttagelse, at jo større koncentration af klomipramin i blodet, desto større gennemsnitlig symptomreduktion på HAM-D₆, men ikke nødvendigvis på HAM-D₁₇ (82). Det gælder jo også for SSRI-erne, f.eks. for sertralin (83) og citalopram (54), at en dosis-respons ses på HAM-D₆, men ikke nødvendigvis på HAM-D₁₇. Netop gennem brug af effect size kunne det vises, at der ingen klinisk signifikant virkning indtrådte efter 2 ugers behandling, men efter seks ugers behandling var der en dosis-respons-kurve svarende til at 10 mg havde virkning, men 20 mg, og især 40 mg og 60 mg citalopram gav stigende effekt. I denne undersøgelse var HAM-D₆, men også den korresponderende MADRS₆, mest klare i dosis-effekt angivelserne.

Figur 2 (side 25) viser endelig den typiske behandlingskurve for ECT (elektrostimulations-

behandling), hvor HAM-D₁₇ efter seks ugers behandling kommer ned på omkring 5, dvs. med en betydelig afstand fra både placebo og antidepressiv medicinsk behandling (70,84). Således er der en rangordning klinisk set, med ECT som den mest effektive antidepressive behandling, herefter amitriptylin og herefter de resterende midler.

9.2 Respons-rate og remissions-rate

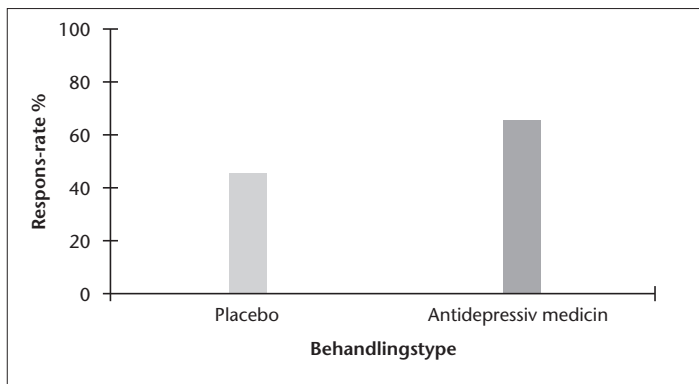
Figur 3 viser respons-raten på placebo og antidepressiv medicin, når denne rate defineres som en reduktion på mindst 50 % af den HAM-D₁₇-score, som patienten havde før behandlingsstart sammenlignet med scoren efter seks ugers behandling. Det viste resultat er fra den første meta-analyse med citalopram (77). I denne meta-analyse blev det vist, at 50 % reduktion på HAM-D₁₇ svarer til den globale kliniske vurdering af respons. Denne globale vurdering blev udført ved hjælp af Clinical Global Impression of Improvement (CGI-I), som er en skala, hvor grad 1 og 2 udtrykker mest ud-

talt og udtalt forbedring, medens grad 3 udtrykker uændret status, og grad 4 og 5 de tilsvarende grader af forværring (1,16). Resultatet i Figur 3, der viser, at placebo-respons-raten er 45 %, medens aktiv medicin er 65 %, svarer til det, der findes med andre antidepressiva. Med andre ord er forskellen 20 % mellem aktiv medicin og placebo-medicin, når der regnes i respons-rater. Til sammenligning kan nævnes, at respons-raten ved ECT er omkring 90 % (70), dvs. en forskel på 25 % mellem ECT og antidepressiv medicin.

Ved remissions-raten ved depression forstås den procent af patienterne, som når ned på 7 eller mindre på HAM-D₁₇ efter seks ugers behandling. Dette er naturligvis et betydeligt bedre udtryk for behandlingseffekten end respons-raten, men bliver sjældent vist.

De ovennævnte respons- og remissions-rater er angivet med henvisning til HAM-D₁₇, fordi der findes flest arbejder, der har valideret de anførte grænseværdier. Der findes meget få arbejder, der har belyst sammenhængen mellem HAM-D₁₇ og MADRS. I de fleste studier bliver HAM-D₁₇ betragtet som den pri-

FIGUR 3 Respons-rate. 50 % eller større reduktion af HAM-D₁₇ når før-behandlingsværdien sammenlignes med seks-ugers værdien (77).



mære skala, medens MADRS i nogle studier bliver betragtet som den primære skala.

Det er vist, at respons-raten på HAM-D₁₇ stort set svarer til respons-raten på MADRS (77). Hvad angår remissions-raten, er en score på 10 på MADRS blevet angivet som svarende til 7 på HAM-D i en nyere undersøgelse (85). Ved vurdering af tilbagefald i en profylaktisk antidepressiv behandling eller med et stemningsstabiliserende middel som litium, defineres den nye depressionsepisode ved en score på 15 på MES (67), på 18 (hos yngre) eller på 16 (hos ældre depressive patienter) på HAM-D₁₇ (86, 87), og på 22 på MADRS (88), selv om sidstnævnte burde være 25.

Tilbagefaldsprocenten på placebo, når en MES score på 15 eller mere blev benyttet (81), var 35%, mens tilbagefaldsprocenten på citalopram var 12%. Dette svarer til, hvad man har fundet i en meta-analyse af 31 placebo-kontrollerede undersøgelser, hvor placebo-tilbagefaldsprocenten var 41% og for den aktive antidepressive medicin 18% (89). Med andre ord, en større afstand mellem aktiv medicin og placebo end den man typisk finder i den akutte behandlingsfase.

Hvad angår manibehandlingen, svarer respons- og remissions-raterne på MAS til de i Tabel 1 viste scoringsværdier for MES. Ved bipolare forløb får man derfor en sikker måling ved at anvende MAS og MES simultant, sådan som det er vist i nogle undersøgelser over litioms stemningsstabiliserende virkning (45).

9.3 Inter-observatør reliabilitet

Grunden til at DSM-III (60) blev udviklet, og ligeledes WHO's diagnoseliste ICD-10, var den, at pålideligheden eller reliabiliteten af de fore-

gående internationale diagnoselister, specielt inden for de affektive lidelser, var meget lav for 1980. Når flere psykiatere var til stede for at stille diagnosen på en given patient, der blev interviewet af den ene psykiater, med mulighed for de øvrige at stille supplerende spørgsmål til patienten efter interviewets afslutning, var meningerne meget delte, især inden for de affektive lidelser. Derfor er DSM-III diagnoserne operationelle i den forstand, at der er tale om veldefinerede, symptom-baserede diagnoser. Selve diagnosen depression bliver stillet ved en algoritme og ikke ved den simple sum af de tilstedeværende symptomer. Algoritmen for den behandlingskrævende, moderate depression er, at 5 af de i alt 9 symptomer i DSM-III skal have været til stede inden for mindst to uger. Det var den amerikanske psykiater Mandel Cohen, som indførte algoritmen i DSM-III (90). Herved forbedredes den diagnostiske reliabilitet for de affektive lidelser. Det gælder også for ICD-10, at der findes sådanne algoritmer for de forskellige diagnoser.

Brugen af algoritmer har medført en bedre reliabilitet, især af de affektive diagnoser. Hvad angår rating scales, har den store udbredelse af HAM-D₁₇ været båret af skalaens rimelige reliabilitet, selv om der ofte i de store multicenterundersøgelser ikke gøres nok ud af at bevise reliabiliteten. Ofte er den reliabilitet, der beskrives, målt på de erfarne psykiatere, men det er måske ikke dem, der rent faktisk har vurderet patienterne med HAM-D₁₇ i selve undersøgelsen.

Det er værd at huske på, at HAM-D₁₇, som oprindeligt er en engelsk skala, blev udbredt i USA med FDAs (Food and Drug Administration – USAs lægemiddelstyrelse) blåstempling, fordi man i en stor undersøgelse i Austra-

lien havde vist, at amitriptylin var signifikant bedre end imipramin (respons-raten 81 % mod 54 %). I denne undersøgelse brugte man konsekvent to uafhængige, men erfarne HAM-D₁₇ interviewer for den enkelte patient (91, 92, 93). Også til DUAG-undersøgelserne (64, 94), blev der før og under de forskellige gennemprøvninger af nye antidepressiva foretaget reliabilitetstræning med opnåelse af en tilfredsstillende intraclass coefficient, som er det statistiske udtryk for grad af enighed (1), i dette tilfælde mellem de forskellige ratere. Dette at nedbringe den 'støj', som usikker anvendelse af rating scales kan medføre, giver en større sandsynlighed for at aflæse forskellen i effect size og respons- eller remissions-rater. En nøjagtig beskrivelse af de enkelte tringrader i de enkelte items af en rating scale er med til at fremme reliabiliteten.

Selve vurderingen af opnåelse af en tilfredsstillende inter-observatør reliabilitet angives som anført ved en statistisk koefficient (intraclass coefficient) (95). I træningsundersøgelser, hvor man vil sikre sig, at de behandlere, som skal indgå i en given undersøgelse, er tilstrækkeligt oplærte («har fået kørekort»), anvendes almindeligvis følgende to metoder. Den første kan kaldes for »mester-lære«-prøven. Her er det den mest erfarne rater, hvis scoring kaldes den sande, («facitlisten»), og såfremt man afviger mere end 20 % fra denne værdi, har man ikke bestået »køreprøven«. Denne metode er blevet anvendt ved rating scales for skizofreni (96). Ved skalaer til affektive lidelser bør den procentvise afvigelse nok sættes til mindre end 20 %.

Den anden »kørekort«-metode kan kaldes den »demokratiske« metode eller konsensus-metoden, og er den, man oftest anvender. Den svarer i princippet til »intraclass«-koefficien-

ten. Her er det gennemsnittet af den gruppe ratere, der indgår ved undersøgelsen, som kaldes den sande score eller facitlisten. Flertallet har ret. En afvigelse på 10–15 % kan så sættes som den acceptable zone for opnåelse af »kørekortet« til den pågældende skala. Statistisk set kan dette angives ved gennemsnit og spredning (97).

Dette at anvende unidimensionelle skalaer, som ikke har for mange items, er ligeledes med til at fremme reliabiliteten (1).

Endelig har man udviklet et struktureret interview for Hamiltons Depressionsskala, således at de spørgsmål, der dækker det enkelte item, er anført ud for dette (98). Det er spørgsmålsforslag, man som interviewer skal forsøge at holde sig til. Imidlertid har Hamilton ikke accepteret den amerikanske version, som dette standardiserede interview henviser til (18), selv om han accepterede selve ideen med et standardiseret Hamilton-interview. I Appendix 6 er vist den standardiserede udgave af Hamiltons Depressionsskala, som nu anvendes i DUAG-undersøgelserne. Det har øget reliabiliteten. Hvad angår MADRS, har skalaens arkitekter Montgomery og Åsberg ikke accepteret, at der laves et standardinterview til deres skala. Derimod er der nu lavet en self-rating version af MADRS (99). På samme måde er der lavet self-rating udgaver af både HAM-D₁₇ og MES. (100). Self-rating versionen for HAM-D₆ er vist i Appendix 10.

Medens angst og depression er præget af overvejende subjektive symptomer, der gør standardiserede interviews nyttige, er den maniske tilstand præget af mange objektive adfærdsmæssige symptomer, der gør et struktureret interview mindre nødvendigt. Der foreligger således ingen strukturerede udgaver af MAS eller Youngs maniskala.

9.4 Applicerbarhed

Herved forstås, hvor socialt accepteret eller hvor klinisk relevant en rating scale er i en given undersøgelse. En rating scales størrelse indgår naturligvis heri. Alt andet lige er en kort skala (dvs. en skala med mindre end 20 items, måske snarere mindre end 10 items) mest applicerbar. Således måtte Hordern (43), da han skulle implementere HAM-D i den kliniske stressforskning, reducere den fra de 17 items til 10 items, og han måtte tilmed omskrive nogle af de inkluderede items (som omtalt under MES) for at gøre skalaen mere applicerbar.

Ved vurdering af angst eller depression hos den medicinske patient kan indholdet af for mange somatiske symptomer i en rating scale gøre den mindre relevant, da sådanne symptomer (typisk appetit og søvn) kan være manifestationer af den grundlæggende medicinske sygdom og ikke af den eventuelle depressive tilstand. Indholdet af for mange depressionssymptomer, der afspejler den psykotiske eller selvmordstruede patient, er ligeledes af mindre relevans, når man vil screene for en let til moderat depressiv tilstand hos den medicinske patient.

Det er nyligt blevet vist, at HAM-D₆, men ikke HAM-D₁₇ kan benyttes ved måling af depression hos patienter med kroniske lunge sygdomme («ryger-lunger» eller KOL) (101).

I et udviklingsprojekt (102) om kvaliteten af den geriatriiske indsats i den kliniske hverdag i Hovedstadens Sygehusfællesskab er det således blevet vist omkring anvendelsen af Montgomery-Åsberg-skalaen (MADRS), at man blot kunne gennemføre at anvende skalaen ved indlæggelse og udskrivning ved 38% af de indlagte patienter, dvs. skalaen havde en

lav applicerbarhed, selv om den kun indeholder 10 items. Det blev konkluderet (102), at man bør finde et alternativt redskab til depressionsvurdering, idet MADRS var fundet for vanskelig og tidskrævende at udføre i forhold til de informationer, der kunne indhentes. Her tænkes nok på såvel indholdet af somatiske items med relativt høj vægning og af psykiske items med for svær symptomatologi.

10 Anvendelse af rating scales i den daglige klinik

På samme måde som »effectiveness« omhandler virkningen af en behandling i den daglige klinik som en vigtig forlængelse af »efficacy«, kan man tale om vigtigheden af at vurdere anvendelsen af rating scales i den daglige klinik, hvor der ofte er mindre tid til rådighed end ved det kontrollerede kliniske forsøg.

Det har været omtalt, at den praktiserende læge i de forskellige vejledninger ved behandling af depression bliver anbefalet at benytte HAM-D til evaluering af behandlingsforløbet (5,6).

Ved den daglige overvågning af indlagte patienter med misbrug på de psykiatriske afdelinger i Frederiksborg Amt benytter plejepersonalet Abstinens-skalaen til administration af antiabstinensbehandlingen med fenemal (103). Det er nu sket i 20 år og evalueringerne har været meget positive hvad angår kvaliteten af denne behandlingsform i den daglige klinik.

En af de maniskalaer, som var udgangspunktet for Bech-Rafaelsens Maniskala (MAS), blev udviklet til plejepersonalet, men der har ikke været nogen tradition for at benytte hverken MAS, MES eller HAM-D i den daglige pleje-observation af patienter med affektive lidelser. På Psykiatrisk Hospital i Århus har afdelings- og forskningssygeplejerske Winni Abildgaard imidlertid gennem de senere år benyttet især HAM-D ved evaluering af depressive patienters forløb. De benyttede målinger bliver diskuteret med plejepersonale og læger, med de pågældende patienter og med disses pårørende. Herved opnås en meget bedre forståelse af symptomprofilen og sygdomsforløb. Ikke alene hvad angår selve kernesymptomerne, men også ved de forskellige

angstsymptomer og de seksuelle forstyrrelser, som foreligger med nedsat funktion under depression, og med øget funktion under mani.

Erfaringerne fra Århus viser, at patienterne er glade for de tilbagemeldinger, de får om deres Hamilton-profil. Det drejer sig for eksempel om det fokus, der med HAM-D bliver lagt på depressionssymptomerne, den forståelse og respekt, de bliver mødt med, og endelig den lettelse, det er at få talt om de symptomer, der har invalideret dem. Selv om det er svært at tale om f.eks. skyld, kan HAM-D og spørgsmålet om skyld åbne for andre belastende tanker. Mange af patienterne har ikke før kunnet tale om skylden; de har enten bagatelliseret disse tanker eller ikke villet ulejlige andre. Ved et efterfølgende interview eller samtale giver mange patienter udtryk for lettelsen over, at de ved at skulle uddybe dette item har fået mindsket skyldfølelsen noget. Det samme gør sig gældende især for problemer vedrørende angst og seksualitet.

Patienterne og de pårørende beskriver HAM-D som god til både at skabe struktur og til at lære af. De giver udtryk for, at de får et større og mere klart indblik i sygdommen, og at dette giver dem lyst til at deltage i psykoeducation både for at minimere længden af depressionen og for at forebygge tilbagefald.

Winni Abildgaard har introduceret personalet i Risskov og andre steder i Danmark samt på Færøerne til anvendelse af HAM-D ved hjælp af undervisning, fællesratings og diskussioner. Flere var skeptiske i starten, men mange har hurtigt fået en sikker anvendelse af skalaen. Personalets tilbagemeldinger har

været, at skalaen har været meget brugbar i klinikken til løbende at vurdere depressionsdybden og til at hjælpe både patienterne og personalet med at strukturere interviews og samtaler om depressionen. Skalaen giver endvidere et indblik i blandt andet patientens sårbarhed og afmægtighed, og denne viden bliver så brugt i tilrettelæggelsen og udførelsen af den individuelle pleje, dels for at give patienten omsorg og dels for at give patienten en brugbar terapiform. Eksempelvis giver personalet ofte kognitiv terapi på forskellige niveauer til den depressive patient.

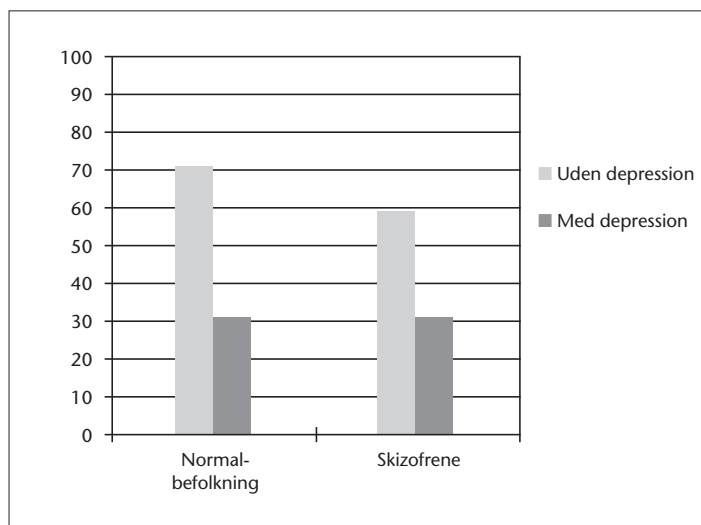
Sygeplejerske Vibeke Nørholm har i efteråret 2002 forsvaret sin ph.d.-afhandling ved Københavns Universitet om livskvalitet hos skizofrene patienter (104). Det kliniske arbejde blev foretaget på de voksenpsykiatriske afdelinger i Hillerød. Som måleredskab for depression blev anvendt Major Depression-spør-

geskemaet (MDI) og som mål for livskvalitet WHO's livskvalitetsskalaer (WHOQOL). Et af hovedresultaterne var, at der forelå en bagvedliggende depressiv tilstand såvel hos de skizofrene patienter som hos kontrolgruppen, når livskvaliteten fandtes nedsat (se Figur 4). Dette betyder, at netop plejepersonalet må være særlig opmærksom på forekomsten af depression hos skizofrene. Et højere score betyder bedre livskvalitet, og i Figur 4 ses det, at livskvaliteten er lige nedsat i normalbefolkningen og hos skizofrene, når kun de personer med depression i de to grupper, sammenlignes.

Brug af rating scales i den daglige klinik bør således overvejes både ved de affektive lidelser og ved skizofreni. HAM-D eller MES er anvendelige også ved skizofreni, men Calgary Depressionsskalaen er netop udviklet som en specifik skala ved vurderingen af depression ved skizofreni (105).

FIGUR 4 Livskvalitet hos normalbefolkning og hos skizofrene med og uden depression.

Højere score betyder bedre livskvalitet, idet 100 betyder bedst tænkelige livskvalitet og 0 værst tænkelige livskvalitet.



11 Interview-baserede rating scales versus selvvurderingsskemaer

Inden for de affektive lidelser har selvvurderingsskemaer (spørgeskemaer) været meget benyttet ved depressive tilstande og angsttilstande. Derimod har der været en almindelig enighed om, at sådanne patient-relaterede selvvurderinger af maniske tilstande eller af psykotisk depression er meget lidt anvendelige. Den maniske tilstand er alt for meget præget af »the manic game«, til at man kan opnå pålidelige resultater (106), og hos den psykotisk depressive patient er netop selvvurderingen og sygdomsindsigten alt for kompromitteret.

Inden for de lette til middelsvære depressionstilstande og inden for de forskellige former for angsttilstande har spørgeskemamethoden haft stor anvendelse (1). Det mest omfattende spørgeskema er Symptom Checklist (SCL-90), som rummer de fleste af angsttilstandene og depression (1). Det interessante ved SCL-90 er, at dette spørgeskema siden førsteudgaven i 1954 (1) er vokset fra 41 symptomer til nu 92 symptomer (107). Oprindeligt blev SCL-41 udviklet til at måle den negative, kroniske, subjektive stress-tilstand (distress), hvor angst og depression er hovedelementerne (108). I det originale arbejde fra 1954 (109) forsøgte forfatterne at ramme det sprog, som folk ude i samfundet benytter, når de taler med hinanden om hverdagslivets stress. Gennem årene er skemaet blevet videreudviklet, fordi patienterne har accepteret den måde, der spørges på. Det er blevet benyttet til at dække de forskellige nervøse og stress-relaterede tilstande. Selv den seneste danske udgave med 92 symptomer har kunnet benyttes til at få

normalt i en større befolkningsundersøgelse (110).

De dimensioner, som SCL-92 rummer, er fobi (herunder socialfobi), andre angsttilstande, tvangstilstande, somatisering og vrede. Ifølge WHO/ICD-10 diagnoselisten (7) indeholder dette systems »nervøse og stress-relaterede tilstande« tilsvarende diagnoser, d.v.s. fobi, herunder socialfobi, andre angsttilstande, tvangstilstande og somatiseringstilstande.

Forskellen mellem SCL-92 og WHO/ICD-10 er det kvantitative aspekt. Således er WHO-diagnoserne alene et spørgsmål om, hvorvidt diagnosen er til stede (så er man syg) eller ikke (så er man rask). Derimod er SCL-92 scoringerne et kvantitativt mål; en person kan være mere eller mindre fobisk, tvangspræget etc. Benyttet i et behandlingsforsøg kan SCL-92 angive graden af respons. Anvendelsen af de danske normer fra en befolkningsundersøgelse kan angive, om responsen på en given behandling har nået befolkningsgennemsnittet hvilket allerede i 1972 blev anbefalet af Rickels et al. (111)

Dette at splitte de forskellige lettere affektive lidelser op i flere diagnoseenheder, bliver ofte af patienterne opfattet som et fremskridt, og mange behandlere finder det hensigtsmæssigt og interessant. Men dette at noget er umiddelbart hensigtsmæssigt eller interessant, er ikke ensbetydende med, at det er sandt. Den psykofarmakologiske og kognitive behandling er principielt den samme ved disse affektive lidelser, hvorfor SCL-spørgeskemaet i mange tilfælde angives ved en total score og ikke ved en profil.

De selv vurderingsskemaer, der har været mest benyttet ved depression, er Becks Depression Inventory (112) eller Zungs Depressionsskala (113). De er blevet udviklet før DSM-III og ICD-10, i hvilke omkring ti symptomer er tilstrækkelige til at beskrive den egentlige depressionstilstand. Begge de anførte depressionsspørgeskemaer indeholder 20 symptomer, som tilmeld ikke dækker DSM-III eller ICD-10.

Anvendelsen af depressionssymptomerne i DSM-III og ICD-10 har været baggrunden for udviklingen af Major Depression Inventory (114). En anden indfaldsvinkel har været at konstruere spørgeskemaer ud fra HAM-D₁₇, MES og MADRS.

Major Depression Inventory (MDI) er medtaget i dette kompendium, fordi det kan danne udgangspunkt for et klinisk baseret interview. For at øge reliabiliteten af det kliniske interview, f.eks. med Hamiltons Depressionsskala, har man udviklet et struktureret interviewskema, som interviewerens slavisk skal følge ved udspørgningen af patienten (98). Et sådant interview får derfor karakter af at være et spørgeskema, som læses op for patienten. Depressionsspørgeskemaet MDI har netop en sådan karakter, at det kan benyttes som et struktureret interview. Mest naturligt er det dog nok, at lade patienten udfylde det og så gennemgå besvarelsen sammen, for at sikre at alle ti spørgsmål er forstået af patienten. Mange praktiserende læger benytter det på denne måde.

Depressionsspørgeskemaet MDI er interessant derved, at det har en 'dual' funktion, en dobbelt-funktion. Det kan således benyttes både som diagnoseredskab og som måleinstrument ved angivelsen af depressionens sværhedsgrad. Hvad angår diagnosen depres-

sion efter ICD-10 eller DSM-III (eller DSM-IV), har man fundet en helt acceptabel sensitivitet og specificitet (115). Hvad angår måling af depressionens sværhedsgrad, har man fundet en helt acceptabel korrelation med Hamiltons Depressionsskala (115).

Gotlandskalaen til vurdering af depression hos mænd er udviklet på baggrund af Gotlandundersøgelsen, som viste, at det var muligt at nedbringe selvmordshyppigheden for kvinder, men ikke for mænd, gennem en målrettet uddannelse af øens praktiserende læger i depressionsbehandlingen (116). Skalaen omfatter items om stress, vrede og misbrug, der opfattes som former for mandlig depression, svarende til den større forekomst af hjertesygdomme, trafikulykker og misbrug hos mænd. Skalaen indeholder således både en stressfaktor og en depressionsfaktor. Den første psykometriske undersøgelse af Gotlandskalaen viste, at total score er et rimeligt udtryk for sværhedsgraden. Den præliminære standardisering af dette spørgeskema (117), som teoretisk spænder fra 0 til 39 (højere score betyder sværere depression), er, at en score fra 0 til 13 = ingen depression, en score fra 14 til 26 = depression er mulig: specifik depressionsbehandling muligvis indiceret, en score fra 27 til 39 = klar depression: specifik depressionsbehandling er indiceret.

Gotlandsskalaen er et forsøg på at screene for depression ved lette depressionstilstande hos mænd, hvor vrede, stress og »alkohol-coping« kan være udtryk for en bagvedliggende depression. Solide undersøgelser fra Odense Universitets Hospital (118,119,120) har imidlertid vist, at for de moderate til sværere depressionsformer er depressions-sygdomsbilledet ikke forskelligt fra mand og kvinde.

Blandt de forskellige spørgeskemaer, der

bruges som screeningsinstrumenter til måling af angst og depression, er trivselsskemaet WHO-Fem blevet fundet mest patientvenligt (121). Det blev udviklet under analyser af en WHO-undersøgelse over livskvalitet hos patienter med diabetes i forskellige europæiske lande (122). Det indeholder, som navnet antyder, fem spørgsmål, der vurderer det psykologiske velbefindende. Det er blevet sammenlignet med spørgeskemaet SF-36 (Short-Form med 36 spørgsmål), hvori en delskala måler det psykiske helbred. WHO-Fem har i denne undersøgelse (123) vist sig mere sensitiv end SF-36. I en tysk undersøgelse (121) fandtes en sensitivitet på 93% og en specificitet på 65% over for DSM-IV major (moderat) depression. Den samme høje sensitivitet er blevet genfundet i to andre arbejder, hvor WHO-Fem blev fundet bedre i denne henseende end Hospital Anxiety Depression Scale (124,125).

Spørgeskemaet SF-36 indeholder andre delskalaer, hvoraf to omhandler den sociale funktion. Depression adskiller sig fra angst ved at ramme den sociale funktionstilstand mere direkte gennem depressionens emotionelle isolationsadfærd. Målet for antidepressiv medicin er at sikre, at også den sociale funktionsevne genoprettes. Netop fordi SF-36 er oversat fra engelsk til mange af de europæiske sprog, herunder dansk (126), har man gennem de senere år fået sikret sig nationale normtal for SF-36 (127). Hvorledes sociale funktionskalaer kan anvendes som mål for antidepressiv behandling er uden for rammerne af dette kompendium, men er beskrevet andetsteds (128).

Blandt spørgeskemaerne til vurdering af den sundhedsrelaterede livskvalitet findes en gruppe, der ikke som WHO-Fem måler det øjeblikkelige velbefindende, men derimod

måler tilfredsheden med den behandling, som gives. WHO har parallelt med udviklingen af WHO-Fem undersøgt et spørgeskema om tilfredshed med behandlingen, som omfatter seks items, WHO-Tilfredshed med Behandlingskala. Den har netop været psykometrisk analyseret i en europæisk undersøgelse på patienter med type-2 diabetes, hvor en ny medicin mod sukkersyge i tabletform blev sammenlignet med placebo (129). I denne undersøgelse indgik personer med en så beskedent type-2 diabetes, at deres livskvalitet på WHO-Fem ikke var meget forskellig fra normalbefolkningens. Resultatet viste, at det item, som måler fleksibilitet under behandlingen, var meget vigtigt for sukkersygepatienterne, og det var her, at den nye medicin var særlig tilfredsstillende. Der fandtes i øvrigt i undersøgelsen en sammenhæng mellem WHO-Fem og blodprøven Hb1AC (gennemsnitligt blodsukker niveau inden for de sidste 2–3 måneder).

I den udgave af WHO-Behandlingstilfredshedskalaen, som er vist i Appendiks 7, er der indført et ekstra spørgsmål i forhold til den originale version (117) til belysning af, hvor regelmæssigt patienter har indtaget den ordnede medicin. Det er et såkaldt »compliance« item, som omhandler, om patienten har overholdt behandlingsplanen. Der har i den internationale litteratur været en større diskussion om ordet »compliance«, som ret direkte betyder, om patienten adlyder behandleren. Ordet konkordans er nu blevet det foretrukne, idet det mere nuanceret afspejler, at der er tale om et mere ligeværdigt forhold mellem patient og behandler, noget som ikke mindst livskvalitetsområdet har bevirket.

At patienten tager sin medicin mere uregelmæssigt end det er fremgået af behandlingsplanen, er en af de vigtigste årsager til tilbage-

fald til sygdommen og dermed genindlæggelse på hospital.

I appendiks 8 er der medtaget et mere omfattende spørgeskema, Antidepressant Compliance Questionnaire (ADCQ), som er udviklet af Demyttenaere et al (130) og specifikt omhandler medicin compliance/concordance ved den antidepressive behandling.

I appendiks 9 er medtaget den del af UKUs bivirkningsskala (131), der dækker de serotonin-specifikke reuptake inhibitorer (SSRIerne).

Endelig er der en spørgeskemaudgave af HAM-D₆ vist i Appendiks 10. Denne udgave er dels baseret på en tidligere undersøgelse (100), dels på en oversættelsesprocedure til engelsk, idet de anerkendte myndigheder lægger mere og mere vægt på spørgeskemamethoden ved depressionsbehandlingen. I dette arbejde har Janet Williams været meget aktiv.

Hun har tidligere udgivet det strukturerede interview til HAM-D (98).

Når man vælger at bruge et spørgeskema, må man naturligvis gøre sig nogle overvejelser over, hvilke negative reaktioner et givent spørgeskema vil udløse hos patienten. De interviewbaserede rating scales, som er medtaget i dette kompendium, har det til fælles, at de er meget korte (har få items), således at interviewer, når han eller hun er fortrolig med skalaen, kan indhente oplysningerne ved en ganske uhøjtidelig samtale med patienten, som derved ikke føler sig testet eller eksamineret. Snarere har interviewmetoden med en rating scale i sig selv en terapeutisk virkning, idet patienten opdager, at de problemer, der før fandtes helt unikke for vedkommende, er noget, andre også tænker eller føler (132).

12 Konklusion

Den evidens-baserede medicin, som psykiatrien tilhører, har medført, at den psykiatriske diagnose er blevet meget mere symptomorienteret. Dette afspejler sig i de gældende diagnose-systemer WHO/ICD-10 og DSM-IV. De rating scales, som er medtaget i dette kompendium, er symptomskalaer, der måler sværhedsgraden af de symptomer, som typisk indgår i WHO/ICD-10 eller DSM-IV, hvad angår de affektive lidelser (depression, angst og mani). Der er lagt vægt på rating scales, som behandleren benytter til at måle effekten af behandlingsforløbet, men patientudfyldte skalaer er også medtaget, ikke mindst til selvurdering af livskvalitet og tilfredshed.

Patientens oplevelse af livskvalitet og tilfredshed er afgørende for et godt behandlingsforløb. I stigende grad lægger patienten eller måske snarere patientens familie eller omgangskreds vægt på, at behandleren er orienteret om de instrumenter, der skal bruges ved vurdering af selve interventionen og af behandlingsforløbet. Det er vanskeligt at få et samlet indtryk af de mange rating scales på det affektive område, der bliver benyttet ved den evidens-baserede dokumentation for såvel de farmakologiske som ikke-farmakologiske behandlinger. Dette kompendium har forsøgt at udfylde dette tomrum.

13 Interviewbaserede skalaer

Symptomskalaer

HAM-D₁₇

HAM-D₆

HAM-A₁₄

HAM-A₆

MES

MAS

MADRS₁₀

MADRS₆

YMRS

Globale skalaer

Global depressionsskala

CGI

GAF-S

GAF-F

Hamiltons Depressionsskala

(HAM-D₁₇)

Scoringsark

Nr.	Symptom	Score	
1*	Nedsat stemningsleje	0-4	
2*	Skyldfølelse og selvbekyndelser	0-4	
3	Suicidale impulser	0-4	
4	Indsovningsbesvær	0-2	
5	Afbrudt søvn	0-2	
6	Tidlig morgenvågning	0-2	
7*	Arbejde og interesser	0-4	
8*	Psykomotorisk hæmning	0-4	
9	Psykomotorisk agitation	0-4	
10*	Angst, psykiske komponenter	0-4	
11	Angst, somatiske komponenter	0-4	
12	Gastrointestinale symptomer	0-2	
13*	Somatiske symptomer, generelt	0-2	
14	Seksuelle forstyrrelser	0-2	
15	Hypokondri	0-4	
16	Manglende sygdomsindsigt	0-2	
17	Vægttab	0-2	
* Depressionsfaktor (HAM-D ₆)		Total score	0-52

Sum: HAM-D₁₇

Mellem 13 og 17 = let depression

Mellem 18 og 24 = moderat depression

Mellem 25 og 52 = svær depression

1. Nedsat stemningsleje

Dette item dækker såvel den verbale som den non-verbale tilkendegivelse af patientens oplevelse af tristhed, nedtrykthed, modløshed, hjælpeløshed og håbløshed.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let tendens til at være nedstemt, ilde til mode, i dårligt humør.
- 2 Klarere tegn til nedsat stemningsleje; virker moderat nedtrykt, men virker ikke håbløs.
- 3 Stemningslejet kraftigt nedsat, eventuelt ledsaget af nonverbale tegn (f.eks. gråd). Giver udtryk for håbløshed.
- 4 Stemningslejet meget svært nedsat, med klare tegn til håbløshed eller hjælpeløshed.

2. Skyldfølelse og selvbebrejdelser

Dette item dækker reduceret selvagtelse med skyldfølelse.

- 0 Ikke præget af nedsat selv vurdering, manglende selvtillid eller skyldfølelse.
- 1 Føler sig mindreværdig i forhold til familie, venner eller arbejdsfæller med henvisning til det forhold at han/hun har været til besvær under den aktuelle depressionstilstand.
- 2 Tegn til egentlig skyldfølelse, idet patienten er optaget af forhold fra tiden før den aktuelle depressionstilstand startede (mindre undladelser eller fejl).
- 3 Føler at den aktuelle depressionstilstand skyldes undladelser eller fejl i fortiden. Kan dog stadig forstandsmæssigt indse at det næppe er rigtigt.
- 4 Skyldfølelserne, med oplevelsen af at den

aktuelle depressionstilstand er en straf, kan end ikke forstandsmæssigt korrigeres (vrangforestilling).

3. Suicidale impulser

- 0 Ikke til stede.
- 1 Patienten føler, at livet ikke er værd at leve, men har intet dødsønske.
- 2 Patienten ønsker at dø (f.eks. ikke at vågne op næste morgen), men har ingen aktive planer om at berøve sig livet.
- 3 Har usikre, men aktive planer om at berøve sig livet.
- 4 Har sikre planer om at berøve sig livet.

4. Indsovningsbesvær

Der udspørges om de sidste 3 nætter uafhængigt af indtagelse af sovemedicin.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Har mindst én aften måttet ligge mere end 1/2 time vågen i sengen, fra det tidspunkt han/hun ønskede at falde i søvn og indtil søvnen indtraf.
- 2 Har hver aften måttet ligge over 1/2 time i sengen fra det tidspunkt han/hun ønskede at falde i søvn.

5. Afbrudt søvn

Patienten vågner op én eller flere gange mellem midnat og kl. 5 næste morgen. Der udspørges om de sidste 3 nætter uafhængigt af indtagelse af sovemedicin.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Er vågnet op én eller to gange inden for de sidste nætter.
- 2 Er vågnet op hver nat.

6. Søvnforstyrrelser, tidlig morgenopvågning

Patienten vågner op før planlagt. Der udspringes om de sidste 3 nætter uafhængigt af indtagelse af sovemedicin.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Er en enkelt gang vågnet op en time eller mere før planlagt.
- 2 Er konstant vågnet op en time eller mere før planlagt.

7. Arbejde og interesser

- 0 Ingen problemer.
- 1 Været mindre interesseret i de daglige aktiviteter eller følt sig lidt besværet.
- 2 Har følt sig noget insufficient i sine daglige aktiviteter.
- 3 Har haft svært ved at udføre selv de mere rutineprægede aktiviteter.
- 4 Har ikke været i stand til at udføre de rutineprægede aktiviteter uden hjælp.

8. Psykomotorisk hæmning

- 0 Ikke til stede.
- 1 Patientens almindelige motoriske tempo ganske let nedsat.
- 2 Klarere tegn til nedsat motorisk tempo, f.eks. moderat nedsat mimik og bevægelse, eller moderat nedsat taletrang.
- 3 Interviewet forlænget eller besværligt på grund af kortfattet besvarelse.
- 4 Interviewet meget vanskeligt at gennemføre pga. den verbale hæmning og/eller meget nedsatte bevægelsesaktivitet.

9. Psykomotorisk agitation

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let motorisk uro. F.eks. tendens til at sidde noget uroligt eller tendens til at klø sig i hovedet.
- 2 Klarere tegn til motorisk uro med hændervridning, moderat sidde-uro, kan dog forblive siddende.
- 3 Patienten må rejse sig op en enkelt gang under interviewet.
- 4 Patienten er så rastløs at han/hun må rejse sig og gå omkring flere gange under interviewet.

10. Angst, psykiske komponenter

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let tendens til at være bekymret og bange.
- 2 Klarere tegn til psykisk angst; virker moderat bekymret, utryg, eller bange, men dog i stand til at kontrollere utrygheden.
- 3 Den psykiske ængstelse og bekymring er så udtalt at patienten af og til har svært ved at kontrollere sin angst, f.eks. på kanten af panikangst. Påvirker således af og til patientens daglige adfærd.
- 4 Den psykiske angst meget udtalt. Påvirker mere konstant patientens daglige adfærd.

11. Angst, somatiske komponenter

Dette item omfatter de fysiologiske eller autonome angstfænomener. Den psykiske anspændthed skal vurderes i Item 10.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let tendens til somatisk angst, f.eks. uro i maven, sved, tremor.

- 2 Klarere tegn til somatisk anspændthed. F.eks. moderat udtalt uro i maven, hjerte-banken, sved eller tremor. Påvirker dog ikke patientens daglige adfærd.
- 3 Den somatiske angst så udtalt at patienten har svært ved at kontrollere denne. Påvirker således af og til patientens daglige adfærd.
- 4 Den somatiske angst meget udtalt; påvirker mere konstant patientens daglige adfærd.

12. Gastrointestinale symptomer

Symptomerne rammer hele mavetarmsystemet. Mundtørhed, nedsat appetit og træg afføring er blandt de mest hyppige symptomer. Den abdominale uro (»sommerfugle i maven«) opfattes som en autonom, somatisk angstmanifestation og skal vurderes i Item 11. Oplevelsen af at »maven forsvinder« er en nihilistisk, paranoid hypokondermanifestation, og skal vurderes i Item 15.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let nedsat appetit, eller normal fødeindtagelse, men maden smager ikke.
- 2 Moderat eller svær appetitnedsættelse. Patienten spiser dog stadig, fordi han/hun ved det er vigtigt.

13. Generelle somatiske symptomer.

Denne item omhandler følelsen af træthed, udmattelse, energiløshed, men også diffuse muskelsmerter, f.eks. i nakke eller skulderåg, ryg, eller lemmer.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let følelse af træthed, muskelsmerter, eller f.eks. hovedpine.
- 2 Moderat eller svær træthed eller muskelsmerter.

14. Seksuelle forstyrrelser

Dette item omfatter nedsat seksuel lyst eller interesse. Det er ofte vanskeligt at nærme sig emnet, specielt hos ældre patienter.

- 0 Ingen forstyrrelser.
- 1 Lette forstyrrelser.
- 2 Moderate til svære forstyrrelser.

15. Hypokondri (somatisering)

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let optagethed af kroppens funktioner.
- 2 Klarere tegn til bekymring over den somatiske tilstand. Virker moderat bange for at fejle noget legemligt, somatiserer depressionen, men på et »neurotisk« niveau.
- 3 Hypokondrien er mere udtalt. Patienten er således overbevist om at fejle noget legemligt (f.eks. cancerfrygt), men kan dog kortvarigt forstandsmæssigt bringes til at forstå at dette ikke er tilfældet.
- 4 Hypokondrien så udtalt at der er tale om en ikke korrigerbar, paranoid forestilling. Denne forestilling har ofte et nihilistisk præg: »rådner indvendigt«, »maven forsvinder«.

16. Sygdomsindsigt

Dette item er kun meningsfyldt at vurdere, hvis intervieweren selv mener, at patienten har en depressiv tilstand.

- 0 Patienten er enig i at han/hun har en depression eller lignende mental lidelse.
- 1 Patienten føler sig depressiv, men opfatter ikke dette som en sygdom.
- 2 Patienten føler sig hverken syg eller stresset.

Der bør i dette tilfælde udspørges om paranoid skyldfølelse (Item 2) eller om paranoid hypokondri (Item 15).

17. Vægttab

Her bør der så vidt muligt opnås information om legemsvægten målt i kg.

- 0 Intet vægttab.
- 1 Vægttab mindre end 2 kg.
- 2 Vægttab svarende til 2 kg eller mere.

Hamilton 6-item Depressionsskala

(HAM-D₆)

Scoringsark

	Score
1 Nedsat stemningsleje	
0 Ikke til stede	<input type="checkbox"/>
1 Let tendens til på være nedstemt, ilde til mode, i dårligt humør	<input type="checkbox"/>
2 Moderate tegn til at være nedstemt	<input type="checkbox"/>
3 Stemningslejet kraftigt nedsat, giver udtryk for nogen håbløshed	<input type="checkbox"/>
4 Stemningslejet meget svært nedsat, med klare tegn til håbløshed	<input type="checkbox"/>
2 Daglige aktiviteter og interesser	
0 Ingen problemer	<input type="checkbox"/>
1 Let besvær med eller let nedsat interesse i de daglige aktiviteter	<input type="checkbox"/>
2 Moderate tegn til besvær eller manglende interesse i de daglige aktiviteter	<input type="checkbox"/>
3 Har problemer med de mere rutinemæssige aktiviteter	<input type="checkbox"/>
4 Skal have hjælp til at udføre selv de mest rutinemæssige aktiviteter	<input type="checkbox"/>
3 Træthed og/eller smerter	
0 Ikke til stede	<input type="checkbox"/>
1 Let følelse af træthed eller smerter	<input type="checkbox"/>
2 Moderat til svær træthed eller smerter	<input type="checkbox"/>
4 Psykisk angst	
0 Ikke til stede	<input type="checkbox"/>
1 Let tendens til at være anspændt, bekymret, bange	<input type="checkbox"/>
2 Virker moderat bekymret, angst eller anspændt	<input type="checkbox"/>
3 Angiver at have svært ved at kontrollere angsten, kan have tilløb til panik	<input type="checkbox"/>
4 Angsten svært udtalt	<input type="checkbox"/>
5 Skyldfølelse	
0 Ikke præget af nedsat selv vurdering, lav selv tillid eller skyldfølelse	<input type="checkbox"/>
1 Har været lidt mere selvkritisk eller haft tendens til at føle sig mindreværdig	<input type="checkbox"/>
2 Har ruget over tidligere fejl	<input type="checkbox"/>
3 Har været plaget af svær skyldfølelse	<input type="checkbox"/>
4 Føler, at den aktuelle depressionstilstand er en fortjent straf	<input type="checkbox"/>
6 Psykomotorisk hæmning (adfærd under interviewet)	
0 Almindelig motorisk adfærd	<input type="checkbox"/>
1 Det motoriske tempo ganske let nedsat	<input type="checkbox"/>
2 Klare tegn til nedsat tempo, f.eks. moderat nedsat mimik eller mindre taletrang	<input type="checkbox"/>
3 Interviewet præget af kortfattede svar og/eller flere pauser	<input type="checkbox"/>
4 Interviewet vanskeligt at gennemfører pga. hæmningen	<input type="checkbox"/>

Sum: HAM-D₆

Total score _____

Ingen depression: 0–4

Moderat depression: 9–11

Tvilsom depression: 5–6

Middelsvær til alvorlig depression: 12–22

Lettere depression: 7–8

Hamilton Angstsкала

(HAM-A₁₄)

Scoringsark

Nr.	Symptom	Score	
1*	Angst	0–4	
2*	Anspændthed	0–4	
3*	Fobisk angst	0–4	
4	Søvnforstyrrelser	0–4	
5*	Koncentrationsforstyrrelser	0–4	
6	Nedsat stemningsleje	0–4	
7*	Generelle somatiske klager (motoriske)	0–4	
8	Generelle somatiske klager (sensoriske)	0–4	
9	Kardiovaskulære klager	0–4	
10	Respiratoriske klager	0–4	
11	Gastrointestinale klager	0–4	
12	Urogenitale klager	0–4	
13	Øvrige autonome klager	0–4	
14*	Generelle kliniske fund ved interviewet	0–4	
<i>*Angstfaktor</i>	Total score	0–56	

Sum: HAM-A₁₄

Ingen angsttilstand: 0–7

Tvivlsom angsttilstand: 8–14

Lettere angsttilstand: 15–19

Moderat angsttilstand: 20–29

Svær angsttilstand: 30–56

1. Angst

Omfatter irritabilitet, bekymring, utryghed, frygt, stigende til panik. Det kan ofte være vanskeligt at skelne mellem den af patienten oplevede angst (de psykiske eller centrale angstfænomener) og de fysiologiske (»perifere«) objektivt iagttagende angstmanifestationsformer, f.eks. hånderrysten og øget svedtendens. Der lægges imidlertid som anført vægt på patientens rapport om bekymring, utryghed, usikkerhed, frygt- og panikoplevelser, d.v.s. den psykiske eller mentale (»centrale«) angstoplevelse.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let tendens til at være bekymret og bange.
- 2 Klarere tegn til psykisk angst; virker moderat bekymret, utryg, eller bange, men dog i stand til at kontrollere utrygheden.
- 3 Den psykiske ængstelse og bekymring er så udtalt at patienten af og til har svært ved at kontrollere sin angst, f.eks. på kanten af panikangst. Påvirker således af og til patientens daglige adfærd.
- 4 Den psykiske angst meget udtalt. Påvirker mere konstant patientens daglige adfærd.

2. Anspændthed

Omfatter manglende evne til at slappe af, nervøs uro, spændinger i kroppen, rysten og skælven, hvileløs træthed.

- 0 Når patienten hverken er mere eller mindre anspændt end vanligt.
- 1 Når patienten angiver at være noget mere nervøs og anspændt end vanligt.
- 2 Når patienten klart fremhæver at befinde sig i en tilstand præget af manglende evne

til at slappe af, indre uro, som han har svært ved at bekæmpe.

- 3 Når anspændtheden er svær at kontrollere; interfererer delvist med de daglige aktiviteter.
- 4 Anspændtheden er så udpræget, at den klart interfererer med de daglige aktiviteter.

3. Fobisk angst

Herved forstås angst, som opstår, når patienten befinder sig i særlige situationer. Disse situationer kan være åbne eller lukkede rum, det at stå i kø, at køre i bus eller med tog. Patienten skal opleve lindring ved at undgå at komme i sådanne situationer. Det er vigtigt at bemærke sig, at der ved vurderingen lægges vægt på, om der i forbindelse med den aktuelle episode har været tale om en mere fobisk angst end vanligt, idet det er ændringen fra habitualtilstanden, som vurderes.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Tvivlsomt til stede.
- 2 Når patienten har haft oplevelsen af fobisk angst, men var i stand til at bekæmpe den.
- 3 Når patienten har haft svært ved at bekæmpe sin fobiske angst, som derved delvist har forstyrret patientens dagligdag.
- 4 Når den fobiske angst i udpræget grad har grebet forstyrrende ind i patientens dagligdag.

4. Søvnforstyrrelser

Dette item omfatter alene patientens subjektive oplevelse af søvnlængde (antal timer pr. døgn) og søvndybde (let eller afbrudt søvn versus dyb eller fast søvn). Til grund for bedømmelsen lægges forløbet af de foregående 3 døgn, uanset igangværende behandling med hypnotika eller sedativa.

- 0 Vanlig søvnlængde og søvndybde.
- 1 Ved let nedsat søvnlængde eller let afbrudt søvn, f.eks. indsovningsbesvær, men uden ændring i søvndybden.
- 2 Når søvndybden yderligere er blevet mere overfladisk; sønnen klart afbrudt, men søvnlængden stadig over halvdelen af den vanlige.
- 3 Når såvel søvnlængden som søvndybden er betydeligt ændret, således at patientens rykvis søvn sammenlagt kun udgør nogle få timer pr. døgn.
- 4 Når det er vanskeligt at tale om søvnlængden, fordi patientens søvndybde angives at være så overfladisk, at der mere er tale om minutters indslumring eller blunden end om egentlig søvn.

5. Koncentrationsforstyrrelser

Dette item omfatter den nedsatte psykiske og mentale aktivitet.

- 0 Vanlig intellektuel aktivitet.
- 1 Må anstrenge sig mere end sædvanligt for at samle tankerne om sit arbejde.
- 2 Selv ved anstrengelse er det svært for patienten at koncentrere sig. Er mindre initiativrig end sædvanligt. Bliver hurtigere »hjernetræt«.
- 3 Har yderligere koncentrationsbesvær. Er

ubeslutsom, uden initiativ. Har svært ved at følge med i TV eller læse avis. Der lægges vægt på patientens subjektive oplevelse af koncentrationsbesvær, men der scores 3, hvis der ikke er overbevisende objektive tegn herpå under interviewet.

- 4 Har vanskeligt ved at følge med i en almindelig samtale, hvilket der er klare tegn på under interviewet.

6. Nedsat stemningsleje

Omfatter såvel den verbale som den nonverbale tilkendegivelse af patientens oplevelse af tristhed, nedtrykthed, modløshed, håbløshed og hjælpeløshed.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let tendens til at være nedstemt, ilde til mode, i dårligt humør.
- 2 Klarere tegn til nedsat stemningsleje, virker moderat nedtrykt, men virker ikke håbløs.
- 3 Stemningslejet kraftigt nedsat, eventuelt ledsaget af nonverbale tegn (f.eks. gråd). Giver udtryk for håbløshed.
- 4 Stemningslejet meget svært nedsat, med klare tegn til håbløshed eller hjælpeløshed.

7. Generelle somatiske klager (motoriske)

Omfatter mæthed, stivhed, ømhed gående over i egentlig smerter, som mere eller mindre diffust er lokaliseret til muskelapparatet, f.eks. smerter i nakke- og skulderåb, muskulær hovedpine.

- 0 Når patienten er hverken mere eller mindre stiv eller øm i sine muskler end vanligt.

- 1 Når patienten angiver at være noget mere stiv eller øm i sine muskler end vanligt.
- 2 Når klagerne får karakter af smerter.
- 3 Når muskelsmerterne delvist interfererer med patientens daglige aktiviteter.
- 4 Når muskelsmerterne er så udtalte, at de i udpræget grad interfererer med patientens daglige aktiviteter.

8. Generelle somatiske klager (sensoriske)

Omfatter øget træthæd og svagbed gående over i egentlige funktionsforstyrrelser af sanseapparatet. F.eks. øresusen, synsforstyrrelser, varme- eller kuldefornemmelser eller prikkende fornemmelser i huden.

- 0 Er ikke til stede.
- 1 Når det er tvivlsomt, om patientens angivelse af at være generet af trykkende eller prikkende fornemmelser (f.eks. i øre, øjne eller hud) er mere udtalt end vanligt.
- 2 Når de trykkende fornemmelser i øret får karakter af øresusen, i øjet som synsforstyrrelser, i huden som generende, prikkende fornemmelser eller paræstiesier.
- 3 Når de generelle sensoriske klager interfererer med patientens dagligdag.
- 4 Når de generelle sensoriske klager er så udtalte, at de i udpræget grad interfererer med patientens daglige aktiviteter.

9. Kardiovaskulære klager

Omfatter takykardi, palpitationer, trykken for brystet, brystmerter, dunkende fornemmelser i blodårerne, besvimelsestendens.

- 0 Er ikke til stede.
- 1 Tvivlsomt til stede.
- 2 Når de beskrevne kardiovaskulære symptomer er til stede, men patienten er i stand til at bekæmpe dem.
- 3 Når patienten ind imellem har vanskeligt ved at bekæmpe de kardiovaskulære symptomer, således at de delvist interfererer med de daglige aktiviteter.
- 4 Når de kardiovaskulære symptomer er så udtalte, at de klart interfererer med de daglige aktiviteter.

10. Respiratoriske klager

Omfatter pressen eller sammensnøringsfornemmelser i hals eller bryst, dyspnø gående over i kvælningfornemmelser.

- 0 Ikke til stede.
- 1 Tvivlsomt til stede.
- 2 Når de respiratoriske symptomer er til stede, men patienten kan kontrollere symptomerne.
- 3 Når patienten ind imellem har vanskeligt ved at bekæmpe de respiratoriske symptomer, således at de delvist interfererer med de daglige aktiviteter.
- 4 Når de respiratoriske symptomer er så udtalte, at de klart interfererer med de daglige aktiviteter.

11. Gastrointestinale klager

Omfatter *synkebesvær, sugende fornemmelse i maven (halsbrand eller brændende fornemmelse i maven, mavesmerter i forbindelse med måltiderne, oppustethed, kvalme, opkastninger), borborygmi (maverumlen), diarré eller obstipation.*

- 0 Ingen gastrointestinale klager.
- 1 Når det er tvivlsomt, om patientens klager adskiller sig fra det for patienten vanlige.
- 2 Når én eller flere af de ovennævnte gastrointestinale klager er til stede, men ikke interfererer med de daglige aktiviteter.
- 3 Når de gastrointestinale klager delvist interfererer med de daglige aktiviteter. F.eks. tendens til at have besvær med at kontrollere afføringen.
- 4 Når de gastrointestinale klager er så udtalte, at de klart interfererer med de daglige aktiviteter.

12. Urogenitale klager

Omfatter *hyppige eller mere imperative miktionser, menstruationsforstyrrelser, nedsat seksuel interesse eller evne.*

- 0 Ingen urogenitale klager.
- 1 Når det er tvivlsomt, om patientens klager adskiller sig fra det for patienten vanlige.
- 2 Når der er lette urogenitale klager.
- 3 Når de urogenitale klager indimellem er meget udtalte. F.eks. tendens til at have besvær med at kontrollere vandladningen.
- 4 Når de urogenitale klager er udtalte og konstante. F.eks. besvær med at kontrollere vandladningen.

13. Øvrige autonome klager

Omfatter *mundtørhed, rødmen eller blegthed, øget svedtendens, svimmelhed.*

- 0 Ikke til stede.
- 1 Tvivlsomt til stede.
- 2 Til stede i let grad.
- 3 Når de ovennævnte autonome klager delvist interfererer med de daglige aktiviteter.
- 4 Når de ovennævnte autonome klager er så udtalte og konstante, at de klart interfererer med de daglige aktiviteter.

14. Generelle kliniske fund ved interviewet

Man observerer, om patienten ved interviewet har virket spændt, nervøs, urolig, pillende, rastløs, tremulerende, bleg, hyperventilerende eller svedende. På baggrund af sådanne observationer vurderer man globalt efter følgende skala:

- 0 Virker ikke angstpræget.
- 1 Det er tvivlsomt, om patienten er angstpræget.
- 2 Patienten har virket let angstpræget.
- 3 Patienten har virket middelsvært angstpræget.
- 4 Patienten har virket udtalt angstpræget.

Hamilton 6-item Angstskala

(HAM-A₆)

Scoringsark

	Score
1. Psykisk angst	
0 Ikke til stede	<input type="checkbox"/>
1 Let tendens til at være anspændt, bekymret, bange	<input type="checkbox"/>
2 Virker moderat bekymret, angst eller anspændt	<input type="checkbox"/>
3 Angiver at have svært ved at kontrollere angsten, kan have tilløb til panik	<input type="checkbox"/>
4 Angsten svært udtalt	<input type="checkbox"/>
2. Anspændthed	
0 Ikke til stede	<input type="checkbox"/>
1 Let tendens til at være nervøs og anspændt	<input type="checkbox"/>
2 Virker moderat anspændt, har svært ved at slappe af	<input type="checkbox"/>
3 Når anspændtheden er svær at kontrollere (interfererer delvist med de daglige aktiviteter)	<input type="checkbox"/>
4 Når anspændtheden er så udpræget, at den klart interfererer med de daglige aktiviteter ...	<input type="checkbox"/>
3. Fobisk angst	
0 Ikke til stede	<input type="checkbox"/>
1 Let tendens til at opleve fobisk angst	<input type="checkbox"/>
2 Har haft klare fobiske oplevelser, men været i stand til at bekæmpe dem	<input type="checkbox"/>
3 Når den fobiske angst har været vanskelig at bekæmpe (interfererer delvist med de daglige aktiviteter)	<input type="checkbox"/>
4 Når den fobiske angst er så udpræget, at den klart interfererer med de daglige aktiviteter ..	<input type="checkbox"/>
4. Koncentrationsbesvær	
0 Ikke til stede	<input type="checkbox"/>
1 Må anstrenge sig for at samle tankerne om de daglige aktiviteter	<input type="checkbox"/>
2 Selv med anstrengelse svært ved at samle tankerne om de daglige aktiviteter	<input type="checkbox"/>
3 Har så store koncentrationsforstyrrelser, at det er svært at læse avis og se TV	<input type="checkbox"/>
4 Viser klare tegn til koncentrationsforstyrrelser under interviewet	<input type="checkbox"/>
5. Muskelstivhed og smerter	
0 Ikke til stede	<input type="checkbox"/>
1 Let følelse af ømhed eller stivhed i musklerne	<input type="checkbox"/>
2 Musklerne føles så ømme og stive, at det har karakter af smerter	<input type="checkbox"/>
3 Muskelsmerterne interfererer delvist med de daglige aktiviteter	<input type="checkbox"/>
4 Muskelsmerterne er så udtalte, at de i udpræget grad interfererer med de daglige aktiviteter ..	<input type="checkbox"/>
6. Generel angstpræget adfærd under interviewet	
0 Virker ikke angstpræget	<input type="checkbox"/>
1 Det er tvivlsomt, om patienten er angstpræget	<input type="checkbox"/>
2 Patienten er klart angstpræget, men i let grad	<input type="checkbox"/>
3 Patienten er klart angstpræget i middelsvær grad	<input type="checkbox"/>
4 Patienten virker udtalt angstpræget	<input type="checkbox"/>

Sum: HAM-A₆ – Angsttilstand

Total sum

Ingen: 0–4, tvivlsom: 5–6, lettere: 7–8, moderat: 9–14, svær: 15–24

Bech-Rafaelsen Melankoli skala

(MES)

Scoringsark

Nr.	Symptom	Score	
1*	Nedsat stemningsleje	0–4	
2*	Legemstræthed	0–4	
3*	Arbejde og interesser	0–4	
4	Intellektuel hæmning	0–4	
5	Søvnforstyrrelser	0–4	
6*	Angst, psykisk	0–4	
7	Emotionel hæmning	0–4	
8*	Selvbeprejdelser og skyldfølelser	0–4	
9	Suicidale impulser	0–4	
10	Nedsat verbal aktivitet	0–4	
11*	Nedsat motorisk aktivitet	0–4	
* svarer til HAM-D ₆		Total score	0–44

Sum: MES

Ingen depression: 0–6

Tvivlsom depression: 7–10

Lettere depression: 11–14

Moderat depression: 15–24

Svær depression: 25–44

1. Nedsat stemningsleje

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let tendens til at være nedstemt, ilde til mode, i dårligt humør.
- 2 Mere tydelige tegn til at være nedstemt, men uden håbløshed.
- 3 Stemningslejet klart nedsat, giver udtryk for nogen håbløshed eller viser non-verbale tegn på nedsat stemningsleje f.eks. gennem direkte gråd, bleg og ufrisk ansigtsfarve, usikker stemmeføring.
- 4 Stemningslejet meget svært nedsat, med klart udtryk for håbløshed og hjælpeløshed.

2. Legemstræthed

- 0 Når patienten hverken er mere eller mindre træt end vanligt.
- 1 Let øget legemstræthed.
- 2 Når legemstrætheden er mere udtalt, men interfererer ikke med de daglige aktiviteter.
- 3 Når legemstrætheden periodevis er så udtalt, at den delvist interfererer med de daglige aktiviteter.
- 4 Når legemstrætheden er så udtalt, at den klart interfererer med de daglige aktiviteter.

3. Arbejde og interesser

- 0 Ingen problemer.
- 1 Let besvær med de sædvanlige dag-til-dag aktiviteter (i eller uden for hjemmet).
- 2 Klarere tegn til insufficiens, men stadig af moderat grad.
- 3 Har problemer selv med de mest rutine-

prægede aktiviteter, som tilmed udføres med stor anstrengelse.

- 4 Ikke i stand til at udføre rutineprægede aktiviteter uden hjælp.

4. Intellektuel hæmning

- 0 Ikke til stede.
- 1 Må anstrenge sig for at samle tankerne om de daglige aktiviteter.
- 2 Selv ved anstrengelse svært ved at samle tankerne om de daglige aktiviteter.
- 3 Har så store koncentrationsforstyrrelser, at det er vanskeligt at læse andet end overskrifterne i avisen eller følge med i længe-revarende tv-udsendelser.
- 4 Viser tegn til koncentrationsforstyrrelse under interviewet.

5. Søvnforstyrrelser

Dette item omfatter alene patientens subjektive oplevelse af søvnlængde (antal timers søvn per døgn) og søvndybde (let eller afbrudt søvn versus dyb eller fast søvn). Til grund for bedømmelsen lægges forløbet af de foregående døgn, uanset igangværende behandling med hypnotika eller sedativa.

- 0 Vanlig søvnlængde og søvndybde.
- 1 Ved let nedsat søvnlængde eller let afbrudt søvn, f.eks. indsovningsbesvær, men uden ændring i søvndybden.
- 2 Når søvndybden yderligere er blevet mere overfladisk; søvnen klart afbrudt, men søvnlængden stadig over halvdelen af den vanlige.
- 3 Når såvel søvnlængden som søvndybden er betydeligt ændret, således at patientens

rykvise søvn sammenlagt kun udgør nogle få timer per døgn.

- 4 Når det er vanskeligt at tale om søvnlængde, fordi patientens søvndybde angives at være så overfladisk, at der mere er tale om minutters indslumring eller blunden end om egentlig søvn.

6. Angst, psykisk

- 0 Ikke til stede.
- 1 Let tendens til at være bekymret og bange.
- 2 Klarere tegn til psykisk angst; virker moderat bekymret, utryg, eller bange, men dog i stand til at kontrollere utrygheden.
- 3 Den psykiske ængstelse og bekymring er så udtalt at patienten af og til har svært ved at kontrollere sin angst, f.eks. på kanten af panikangst. Påvirker således af og til patientens daglige adfærd.
- 4 Den psykiske angst meget udtalt. Påvirker mere konstant patientens daglige adfærd.

7. Emotionel hæmning

Dette item omfatter den nedsatte følelsesmæssige kontakt med andre mennesker. Den nedsatte lyst eller evne til at delagtiggøre i sine egne meninger eller følelser eller tage del i andre menneskers glæde eller sorger opleves almindeligvis af patienten som fremmedartet og ubehageligt.

- 0 Vanlig følelsesmæssig kontakt med andre mennesker.
- 1 Har mindre lyst eller evne end sædvanligt til at være sammen med mennesker, patienten ikke kender særlig godt.
- 2 Har ikke lyst eller evne til at etablere dybere kontakt med de mennesker, patienten

nødvendigvis må omgås uden for hjemmet (arbejdskammerater, medpatienter, personale og lignende).

Ønsker således at isolere sig.

- 3 Er emotionelt indifferent selv over for sine nærmeste venner eller familie.
- 4 Isolerer sig fuldstændig. Er følelsesmæssigt næsten lammet i kontakten med andre mennesker.

8. Selvbebrejdelser og skyldfølelse

- 0 Ikke præget af nedsat selv vurdering, manglende selvtillid eller skyldfølelse.
- 1 Føler sig mindreværdig i forhold til familie, venner eller arbejdsfæller med henvisning til det forhold at han/hun har været til besvær under den aktuelle depressionstilstand.
- 2 Tegn til egentlig skyldfølelse, idet patienten er optaget af forhold fra tiden før den aktuelle depressionstilstand startede (mindre undladelser eller fejl).
- 3 Føler at den aktuelle depressionstilstand skyldes undladelser eller fejl i fortiden. Kan dog stadig forstandsmæssigt indse at det næppe er rigtigt.
- 4 Skyldfølelserne, med oplevelsen af at den aktuelle depressionstilstand er en straf, kan end ikke forstandsmæssigt korrigeres (vrangforestilling).

9. Suicidale impulser

- 0 Ikke til stede.
- 1 Patienten føler, at livet ikke er værd at leve, men har intet dødsønske.

- 2 Patienten ønsker at dø (f.eks. ikke at vågne op næste morgen), men har ingen aktive planer om at berøve sig livet.
- 3 Har usikre, men aktive planer om at berøve sig livet.
- 4 Har sikre planer om at berøve sig livet.

10. Nedsat verbal aktivitet

Dette item omfatter ændringer i talens tempo, evnen til at verbalisere tanker og følelser.

- 0 Normal verbal aktivitet.
- 1 Let nedsat taletrang eller træghed i replik.
- 2 Mere tydelig træghed i replik og taletrang, dvs. tendens til længerevarende pauser i samtalen.
- 3 Når interviewet er væsentligt forlænget pga. den lange latenstid og de kortfattede besvarelser.
- 4 Når det er næsten umuligt at gennemføre interviewet.

11. Nedsat motorisk aktivitet

Dette item omfatter ændringer i det motoriske tempo.

- 0 Normal motorisk aktivitet.
- 1 Let nedsat motorisk aktivitet, mimikken let stivnet.
- 2 Ved mere tydelig hæmning af motorik (f.eks. nedsat gestikulationsaktivitet, gangen langsom).
- 3 Ved meget langsomme bevægelseshastigheder medinddragende alle bevægelser
- 4 Når den motoriske hæmning grænser til eller omfatter stupor.

Bech-Rafaelsen ManiSkala

(MAS)

Scoringsark

Nr.	Symptom	Score	
1	Øget stemningsleje	0–4	
2	Øget verbal aktivitet	0–4	
3	Øget kontakt	0–4	
4	Øget motorisk aktivitet	0–4	
5	Søvn	0–4	
6	Arbejde eller øvrige daglige aktiviteter distraction	0–4	
7	Utålmodighed, vrede, irritabilitet	0–4	
8	Øget seksuel interesse	0–4	
9	Øget selv vurdering	0–4	
10	Tankeflugt	0–4	
11	Øget stemme/støjniveau	0–4	
Total score		0–44	

Sum: MAS

Ingen mani: 0–6

Tvivlsom mani: 7–10

Lettere mani (hypomani): 11–14

Moderat mani: 15–24

Svær mani: 25–44

1. Øget stemningsleje

- 0 Neutralt stemningsleje.
- 1 Let løftet stemningsleje, optimistisk, men tilpasset situationen.
- 2 Moderat løftet stemningsleje, lystig og gækkende.
- 3 Udtalt løftet stemningsleje, overstrømmende munter og spøgefuldt både i tale og færden.
- 4 Stemningslejet maksimalt løftet, helt situationsuafhængigt.

2. Øget verbal aktivitet

- 0 Normal verbal aktivitet.
- 1 Noget snakkesalig.
- 2 Meget snakkesalig, næsten ingen spontane pauser.
- 3 Vanskelig at afbryde pga. det voldsomme talepres.
- 4 Umulig at afbryde, styrer samtalen fuldstændigt.

3. Øget kontakt

- 0 Normal kontakt.
- 1 Let opsnappende, giver sit besyv med.
- 2 Moderat opsnappende og diskussionslysten.
- 3 Vil bestemme, give ordrer, eller arrangere, men stadig i forbindelse og samspil med omgivelserne.
- 4 Arrangerende og kommanderende i udtalt grad, helt uden forbindelse med omgivelserne.

4. Øget motorisk aktivitet

- 0 Normal motorisk aktivitet, adækvat mimik.
- 1 Let øget motorisk aktivitet, mimikken livlig.
- 2 Noget overdreven motorisk aktivitet, gestikulerer meget.
- 3 Meget overdreven motorisk aktivitet, næsten hele tiden i bevægelse. Rejser sig op en eller flere gange under interviewet.
- 4 Uafbrudt i aktivitet, rastløs, omkringfærende. Kan ikke overtales til at være i ro.

5. Søvn

- 0 Vanlig søvnlængde.
- 1 Søvnlængden nedsat med 25 %.
- 2 Søvnlængden nedsat med 50 %.
- 3 Søvnlængden nedsat med 75 %.
- 4 Ingen søvn.

6. Arbejde eller øvrige daglige aktiviteter (distraction)**A. Ved første vurdering af patienten**

- 0 Vanlig arbejdsaktivitet.
- 1 Let øget arbejdslyst, men det udførte arbejde noget forringet, fordi arbejdsmotivationen er hurtigt skiftende; noget afledelig.
- 2 Øget arbejdslyst, men denne er klart for hurtigt skiftende; bliver lettere distraheret. Patienten har svært ved at kontrollere kvaliteten af det udførte arbejde, som kvalitativt er forringet. Rager evt. uklar med arbejdspladsen.

- 3 Arbejdsevnen klart forringet, bliver meget let distraheret, og patienten mister periodevis kontrollen. Er derfor sygemeldt. Hvis patienten er hospitalsindlagt, kan han tilbringe nogle timer om dagen med tilbudte aktiviteter.
- 4 Patienten hospitalsindlagt og stort set ubeskæftiget i afdelingen trods tilbudte aktiviteter.

B. Ved gentagne vurderinger

- 0 a) Patienten er i arbejde i sædvanlig aktivitet.
- 0 b) Kan uden besvær genoptage sine daglige aktiviteter.
- 1 a) Patienten er i arbejde, men indsatsen noget forringet pga. noget skiftende motivation og distraherbarhed.
- 1 b) Kan kun med nogen betænkelighed genoptage sine daglige aktiviteter i fuldt omgang pga. den for let afledelige motivation.
- 2 a) Patienten forsøger stadig at udføre sine daglige aktiviteter, men med indskrænkninger pga. den lette distraherbarhed.
- 2 b) Patienten er stadig sygemeldt eller indlagt og er kun i stand til at påbegyn-
de sine sædvanlige daglige aktiviteter, hvis der er etableret særlige kontrolforanstaltninger, herunder nedsat tid.
- 3 Er stadig sygemeldt eller indlagt og ikke i stand til at udføre de sædvanlige aktiviteter, men tilbringer nogle timer om dagen med tilbudte aktiviteter.
- 4 Er stadig hospitalsindlagt og stort set ube-

skæftiget i afdelingen trods tilbudte aktiviteter.

7. Utålmodighed, irritabilitet og vrede

- 0 Ikke utålmodig eller irritabel.
- 1 Noget utålmodig eller pirrelig, men kan relativt nemt beherske sig.
- 2 Meget utålmodig, irritabel eller vred. Tåler kun dårligt at blive provokeret.
- 3 Er selv provokerende, fremsætter trusler, men kan dæmpes ned.
- 4 Forvolder fysisk skade, slås eller ødelægger ting.

8. Øget seksuel interesse

- 0 Vanlig seksuel interesse.
- 1 Let øget optagethed af seksuelle emner.
- 2 Moderat øget optagethed af seksuelle emner.
- 3 Overdreven optagethed af seksuelle emner i tale og færden.
- 4 Helt ukritisk optaget af seksuelle emner; kraftigt øget seksuel interesse.

9. Øget selvvurdering

- 0 Normal selvfølelse.
- 1 Let øget selvvurdering, småpralende.
- 2 Moderat øget selvvurdering, pralende, bruger mange superlativer.
- 3 Storpralende, urealistiske forestillinger.
- 4 Ukorrigerbare storhedsforestillinger.

10. Tankeflugt

- 0 Talen sammenhængende, ingen tankeflugt.
- 1 Ret livligt beskrivende, forklarende og uddybende uden dog at miste forbindelsen med samtaleemnet. Talen således stadig sammenhængende.
- 2 Har enkelte gange svært ved at holde sig til emnet, idet patienten lader sig aflede af tilfældige associationer (oftest rim, klange, ordspil, verslinier eller musikstykker).
- 3 Når tankegangen mere konstant er præget af afledende associationer.
- 4 Når det er vanskeligt til umuligt at følge tankegangen, fordi patienten næsten uafbrudt springer fra det ene emne til det andet.

11. Øget stemme/støjniveau

- 0 Naturligt stemmeleje.
- 1 Taler højt, men ikke støjende.
- 2 Kan høres på afstand, og er noget støjende.
- 3 Højroset, synger, kan høres på lang afstand, er støjende.
- 4 Råber, skriger, eller støjer på anden måde (f.eks. hamrer og slår i bordet), fordi stemmen er blevet for hæs af tale.

Montgomery-Åsberg Depressionsskala (MADRS)

Scoringsark

Nr.	Symptom	Score	
1	Forsænket stemningsleje (observeret)	0-6	
2	Forsænket stemningsleje (rapporteret)	0-6	
3	Indre spænding og angst	0-6	
4	Søvnbesvær	0-6	
5	Nedsat appetit	0-6	
6	Koncentrationsbesvær	0-6	
7	Initiativløshed	0-6	
8	Svækket følelsesmæssigt engagement	0-6	
9	Depressivt tankeindhold	0-6	
10	Selvordstanker	0-6	
Total score		0-66	

Sum: MADRS

Ingen depression: 0-11

Tvivlsom depression: 12-17

Lettere depression: 18-21

Moderat depression: 22-29

Svær depression: 30-60

1. Forsænket stemningsleje (observeret)

Omhandler håbløshed, tungsindighed og fortvivelse (mere end bare almindeligt dårligt humør) som giver sig udtryk i tale, ansigtsudtryk og kropsholdning.

Til grund for bedømmelsen lægges grad af afledelighed. Løftet stemningsleje markeres med under dette punkt.

- 0 Neutralt stemningsleje.
- 1
- 2 Ser forstemt ud, men kan dog klare op imellem.
- 3
- 4 Virker nedslået og ulykkelig hele tiden uanset samtaleemne.
- 5
- 6 Ekstremt og vedvarende tungsind og fortvivelse

2. Forsænket stemningsleje (rapporteret)

Omhandler påvirkningen af stemningslejet, hvad enten det giver sig udtryk udadtil eller ikke. Omfatter følelsen af hjælpeløshed og håbløshed. Bedømmelsen baseres på intensitet, varighed samt den grad, i hvilken stemningslejet påvirkes af ydre omstændigheder. Opstemthed markeres med 0.

- 0 Neutralt stemningsleje. Kan alt efter omstændighederne af og til være nedtrykt.
- 1
- 2 Overvejende følelse af nedtrykthed, men kan have lysere øjeblikke.
- 3
- 4 Helt præget af følelsen af nedtrykthed og

tungsindighed. Humøret påvirkes kun lidt af ydre omstændigheder.

- 5
- 6 Vedvarende fornemmelse af ulykke eller ekstrem fortvivelse.

3. Indre spænding og angst

Omhandler følelser af vagt ubehag, følelse af psykisk spænding, angst stigende til panik og rædsel. Bedømmelsen baseres på intensitet, hyppighed, varighed og graden af behovet for hjælp. Skal skelnes fra forsænket stemningsleje.

- 0 Rolig, men kan dog af og til føle lidt indre ubehag.
- 1
- 2 Lejlighedsvis fornemmelser af anspændthed og psykisk ubehag.
- 3
- 4 Vedvarende fornemmelse af indre spænding eller lejlighedsvis panikfornemmelse, som patienten kun med et vist besvær kan beherske.

- 5
- 6 Vedholdende fornemmelse af skræk og rædsel. Overvældende panikanfald, som ikke kan beherskes ved egen hjælp.

4. Søvnbesvær

Omhandler en fornemmelse af nedsat varighed eller dybde af nattesøvnen i forhold til det normale søvnmønster. Vurderingen foretages uden hensyntagen til om patienten får sovemedicin.

- 0 Sover som sædvanligt.

MADRS

- 1
- 2 Lette indsovningsvanskeligheder eller fornemmelsen af afbrudt eller let søvn.
- 3
- 4 Søvnlængden nedsat med eller afbrudt i mindst to eller tre timer.
- 5
- 6 Mindre end to eller tre timers sammenlagt søvn.

5. Nedsat appetit

Omhandler følelsen af appetitnedsættelse sammenlignet med den normale appetit.

- 0 Normal eller forøget appetit.
- 1
- 2 Let nedsat appetit.
- 3
- 4 Ingen appetit, maden smager ikke. Må tvinge sig selv til at spise.
- 5
- 6 Må presses til at spise. Spisevægring.

6. Koncentrationsbesvær

Omhandler vanskeligheder med at samle tanker. Bedømmelsen baseres på intensitet, hyppighed samt den grad i hvilken dagligdagen besværliggøres.

- 0 Ingen koncentrationsbesvær.
- 1
- 2 Af og til besvær med at samle tanker.
- 3
- 4 Åbenbare koncentrationsbesværligheder, som besværliggør læsning eller konversation.
- 5
- 6 Invaliderende koncentrationsbesvær.

7. Initiativløshed

Omhandler besvær med at komme i gang, langsommelighed i igangsættelse og udførelse af daglige aktiviteter.

- 0 Ingen problemer.
- 1
- 2 Noget vanskeligt ved at omsætte beslutninger til handling.
- 3
- 4 Vanskeligheder med at komme i gang med selv enkle rutineaktiviteter, som udføres med stort besvær.
- 5
- 6 Komplet initiativløshed. Ude af stand til at starte nogen som helst aktivitet uden hjælp.

8. Svækket følelsesmæssigt engagement

Omhandler oplevelsen af nedsat interesse for omgivelserne eller sådanne aktiviteter som normalt bereder glæde. Evnen til at reagere med adækvate følelser på mennesker og omgivelser er nedsat. Skal adskilles fra initiativløshed.

- 0 Normal interesse for andre mennesker og for omgivelserne.
- 1
- 2 Nedsat evne til at gå op i de sædvanlige interesser. Nedsat evne til at føle vrede.
- 3
- 4 Tabt interessen for omgivelserne. Mangel på følelser for venner og bekendte.
- 5
- 6 Oplevelsen af at være totalt følelsesmæssigt blokeret. Helt mistet evnen til at føle adækvat vrede eller sorg, samt en eventuel

pinagtig oplevelse af totalt at have mistet evnen til at føle, selv for nære venner og slægtingen.

9. Depressivt tankeindhold

Omhandler skyldfølelse, mindreværdsfølelser, selvføringelser og selvbekendelser og forestillinger om synd og økonomisk ruin.

- 0 Intet depressivt tankeindhold.
- 1
- 2 Flygtige ideer om nederlag; selvbekendelser og selvføringelser.
- 3
- 4 Vedvarende selvbekendelser eller klare, men stadig ikke urealistiske forestillinger om skyld og synd. Udtalt pessimisme vedrørende fremtiden.
- 5
- 6 Vrangforestillinger om økonomisk ruin eller utilgivelige synder. Absurde selvføringelser og selvbekendelser.

10. Selvmordstanker

Omhandler følelsen af at livet ikke er værd at leve, at en naturlig død ville være velkommen. Inkluderer også suicidal tanker og forberedelse til selvmord. Suicidalforsøg i sig selv påvirker ikke bedømmelsen.

- 0 Almindelig livslyst. Tager livet som det kommer.
- 1
- 2 Livslede. Ingen eller kun flygtige suicidal tanker.
- 3
- 4 Selvmordstanker forekommer, og selv-

mord anses som en mulig udvej, men endnu ingen konkrete planer.

- 5
- 6 Klare og udtalte planer om at begå selvmord, når lejlighed bydes. Aktive forberedelser til selvmord.

Montgomery-Åsberg (6 items)

(MADRS₆)

Scoringsark og manual

Item 1 Forsænket stemningsleje (observeret) Score

0	Neutralt stemningsleje	0
		1
2	Ser forstemt ud, men kan dog klare op ind imellem	2
		3
4	Virker nedslået og ulykkelig hele tiden uanset samtaleemne	4
		5
6	Ekstremt vedvarende tungsind og fortvivelse	6

Item 2 Forsænket stemningsleje (rapporteret)

0	Neutralt stemningsleje. Kan alt efter omstændighederne af og til være nedtrykt	0
		1
2	Overvejende følelse af nedtrykthed, men kan have lysere øjeblikke	2
		3
4	Helt præget af følelsen af nedtrykthed og tungsindighed. Humøret påvirkes kun lidt af ydre omstændigheder	4
		5
6	Vedvarende fornemmelse af ulykke eller ekstrem fortvivelse	6

Item 3 Indre spænding og angst

0	Rolig, men kan dog af og til føle lidt ubehag	0
		1
2	Lejlighedsvis fornemmelser af anspændthed og psykisk ubehag	2
		3
4	Vedvarende fornemmelse af indre spænding eller lejlighedsvis panikfornemmelse, som patienten kun med et vist besvær kan beherske	4
		5
6	Vedholdende fornemmelse af skræk og rædsel. Overvældende panikanfald, som ikke kan beherskes ved egen hjælp	6

(forts. næste side)

Item 4 Initiativløshed	Score
0 Ingen besvær med at omsætte beslutninger til handling. Ingen træthed	<input type="text" value="0"/>
	<input type="text" value="1"/>
2 Noget vanskeligt ved at omsætte beslutninger til handling	<input type="text" value="2"/>
	<input type="text" value="3"/>
4 Vanskeligheder med at komme i gang med selv enkle rutineaktiviteter, som udføres med stort besvær	<input type="text" value="4"/>
	<input type="text" value="5"/>
6 Komplet initiativløshed. Ude af stand til at starte nogen som helst aktivitet uden hjælp	<input type="text" value="6"/>

Item 5 Svækket følelsesmæssigt engagement

0 Normal interesse for andre mennesker og for omgivelserne	<input type="text" value="0"/>
	<input type="text" value="1"/>
2 Nedsat evne til at gå op i de sædvanlige interesser. Nedsat evne til at føle vrede	<input type="text" value="2"/>
	<input type="text" value="3"/>
4 Tabt interesse for omgivelserne. Mangel på følelser for venner og bekendte	<input type="text" value="4"/>
	<input type="text" value="5"/>
6 Oplevelsen af at være totalt følelsesmæssigt blokeret. Helt mistet evnen til at føle adækvat vrede eller sorg samt en eventuel pinagtig oplevelse af at have mistet evnen til at føle, selv for nære venner og slægtninge	<input type="text" value="6"/>

Item 6 Depressivt tankeindhold

0 Intet depressivt tankeindhold	<input type="text" value="0"/>
	<input type="text" value="1"/>
2 Flygtige ideer om nederlag, selvbeprejdelse og selvforringelse	<input type="text" value="2"/>
	<input type="text" value="3"/>
4 Vedvarende selvbeprejdelse eller klare, men stadig ikke realistiske forestillinger om synd og økonomisk ruin	<input type="text" value="4"/>
	<input type="text" value="5"/>
6 Vrangforestillinger om økonomisk ruin eller utilgivelige synder. Absurde selvforringelse og selvbeprejdelse	<input type="text" value="6"/>

Total score **Sum: MADRS₆ – Depression**

Ingen: 0–7, tvivlsom: 8–11, lettere: 12–15, moderat: 16–19, middelsvært til svært: 20–36

Youngs Maniskala

Young Mania Rating Scale (YMRS)

Scoringsark

Nr.	Symptom	Score	
1	Løftet stemningsleje	0-4	
2	Øget motorisk aktivitet	0-4	
3	Seksuel interesse	0-4	
4	Søvn	0-4	
5	Irritabilitet	0-8	
6	Tale (hastighed og mængde)	0-8	
7	Sprog-/tankeforstyrrelser	0-4	
8	Tankeindhold	0-8	
9	Destruktiv-aggressiv adfærd	0-8	
10	Udseende	0-4	
11	Sygdomsindsigt	0-4	
Total score		0-60	

Bemærk, at item 5,6,8 og 9 scores fra 0 til 8, medens de øvrige items scores fra 0 til 4.
Se i øvrigt manualen.

Sum: YMRS

Mellem 16 og 22 = let mani

Mellem 23 og 31 = middelsvær mani

Mellem 32 og 60 = svær mani

1. Løftet stemningsleje

- 0 Ikke til stede
- 1 Let eller muligvis løftet, når der spørges derom
- 2 Klar subjektivt løftet stemning; optimistisk, selvsikker; glad; svarende til situationen
- 3 Løftet stemning, ikke svarende til situationen; lystig
- 4 Euforisk, upassende latter, synger

2. Øget motorisk aktivitet

- 0 Ikke til stede
- 1 Subjektivt øget
- 2 Animeret; gestikulerer mere
- 3 Overskud af energi; til tider hyperaktiv; rastløs (kan dæmpes ned)
- 4 Motorisk agitation; uafbrudt hyperaktivitet (kan ikke dæmpes ned)

3. Seksuel interesse

- 0 Normal; ikke øget
- 1 Let eller muligvis øget
- 2 Klar subjektivt øgning ved udspørgen
- 3 Spontant seksuelt taleindhold; taler detaljeret om seksuelle ting; efter egne oplysninger seksuelt hyperaktiv
- 4 Åbenlyse seksuelle handlinger (over for patienter, personale eller rater)

4. Søvn

- 0 Rapporterer ingen nedsat søvn
- 1 Søvn reduceret med op til en time i forhold til det sædvanlige
- 2 Søvn reduceret mere end en time i forhold til det sædvanlige

- 3 Rapporterer nedsat søvnbehov
- 4 Nægter at have brug for søvn

5. Irritabilitet

- 0 Ikke til stede
- 2 Subjektivt øget
- 4 Til tider irriteret under interviewet; nylige episoder af vrede eller irritabilitet i afdelingen
- 6 Hyppig irritabilitet i løbet af interviewet; gennemgående kort for hovedet; studs
- 8 Fjendtlig; ikke samarbejdsvillig; interviewet er umuligt

6. Tale (hastighed og mængde)

- 0 Ikke til stede
- 2 Føler sig snakkesalig
- 4 Til tider øget mængde eller hastighed; til tider meget ordrig
- 6 Taletrang; vedvarende øget talemængde og -hastighed; vanskelig at afbryde
- 8 Talepres; kan ikke afbrydes; uafbrudt tale

7. Sprog-/Tankeforstyrrelser

- 0 Ikke til stede
- 1 Omstændelig; afledelig i mindre grad; hurtige tanker
- 2 Letafledelig; kommer bort fra emnet; skifter hyppigt emne; tankerne kører hurtigt
- 3 Tankeflugt; associationstrang; svær at følge; rimer, ekkolali
- 4 Usammenhængende; kommunikation umulig

8. Tankeindhold

- 0 Normalt
- 2 Tvivlsomme fremtidsplaner, nye interesser
- 4 Særlige projekter; overdreven religiøs interesse
- 6 Storladne eller paranoide ideer; selvhenførende forestillinger
- 8 Vrangforestillinger; hallucinationer

9. Destruktiv-aggressiv adfærd

- 0 Ikke til stede; samarbejdsvillig
- 2 Sarkastisk; til tider højroestet; på vagt
- 4 Krævende; trusler i afdelingen
- 6 Truer interviewer; råber; interviewet er vanskeligt
- 8 Aggressiv; destruktiv; interview umuligt

10. Udseende

- 0 Passende påklædt og velplejet
- 1 Antydningvis uplejet
- 2 Uplejet; hår og tøj delvist i uorden; upassende påklædning
- 3 Usoigneret; kun delvist påklædt; overdreven stærk make-up
- 4 Fuldstændig usoigneret; udmajet; bizar påklædning

11. Sygdomsindsigt

- 0 Til stede; erkender at være syg; er enig, at der er behov for behandling
- 1 Muligvis syg
- 2 Erkender adfærdsændring, men nægter at være syg
- 3 Vedgår en mulig adfærdsændring, men nægter at være syg
- 4 Benægter adfærdsændring

Global depressionsskala

(Sværhedsgrad af depression)

<i>Score</i>	<i>Depressionsgradering</i>
0	Ingen depression
1	Tvivlsom depression
2	Let depression
3	
4	
5	Middelsvær depression
6	
7	
8	Svær depression
9	
10	

Clinical Global Impression Scale

(CGI-S)

(Sværhedsgradsgrads-version)

Score	Clinical Global Impression (sygdomsgrad)
1	Ingen tegn på psykisk sygdom
2	Tvivlsomt, om der foreligger en psykisk sygdom
3	Let sygdomsgrad
4	Moderat sygdomsgrad
5	Svær sygdomsgrad
6	Meget udtalt sygdomsgrad
7	Blandt de mest alvorligt syge patienter inden for den psykiatriske diagnose, patienten tilhører

Global Assessment of Functioning

(GAF-S)

(Symptomer)

<i>Score</i>	<i>Symptomniveau</i>
91-99	Ingen symptomer
81-90	Tvivlsomme symptomer
71-80	Ganske forbigående symptomer, som kan forklares som forventet reaktion på hverdagslivets bekymringer
61-70	Lette symptomer
51-60	Moderate symptomer
41-50	Svære, men ikke psykosenede symptomer
31-40	Alvorlige, psykosenede symptomer
21-30	Klart psykotisk adfærd
11-20	Til fare for sig selv og andre
1-10	Maksimal grad, må have fast vagt

Global Assessment of Functioning

(GAF-F)

(Socialt funktionsniveau)

<i>Score</i>	<i>Symptomniveau</i>
91–99	Strålende funktionsniveau inden for en lang række områder, mister aldrig overblikket over problemer, opsøges af andre på grund af mange positive kvaliteter.
81–90	Godt funktionsniveau på alle områder, interesseret og i gang med et stort spektrum af aktiviteter, socialt velfungerende, generelt tilfreds med tilværelsen, kun hverdagsproblemer og bekymringer (f.eks. et lejlighedsvist skænderi med én i familien).
71–80	Ubetydelig, midlertidig og situationsbestemt nedsat social, arbejdsmæssig eller uddannelsesmæssig funktion (f.eks. ganske midlertidigt bagud med skolearbejdet).
61–70	Nogle vanskeligheder med sociale, arbejdsmæssige eller uddannelsesmæssige funktioner (f.eks. lejlighedsvis skulken eller rapseri i hjemmet).
51–60	Moderate vanskeligheder med sociale, arbejdsmæssige eller uddannelsesmæssige funktioner (meget få venner, problemer med dem der skal samarbejdes med).
41–50	Alvorlig forstyrrelse af sociale, arbejdsmæssige eller uddannelsesmæssige funktioner (f.eks. ingen venner, ude af stand til at bevare et job, hyppige butikstyperier).
31–40	Større funktionssvigt på adskillige områder så som arbejde, skole eller familieforhold (f.eks. undgår kontakt med venner, forsømmer familien og kan ikke passe sit arbejde).
21–30	Manglende evne til at fungere inden for næsten alle områder (ligger i sengen hele dagen, har ikke job, bolig eller venner).
11–20	Personen er lejlighedsvis ikke i stand til at opretholde minimal personlig hygiejne (f.eks. smører afføring ud).
1–10	Permanent ophævet evne til at opretholde minimal personlig hygiejne.

14 Spørgeskemaer

SCL-92

MDI

Gotlandsskalaen

WHO-Fem

Symptom Checkliste med 92 spørgsmål

(SCL-92)

Nedenfor er anført en række problemer og gener, som man undertiden kan have. Læs venligst hver enkelt grundigt. Når du har gjort det, bedes du sætte kryds i den boks, der bedst beskriver, i hvor høj grad det pågældende problem har voldt dig ubehag i løbet af den sidste

uge inklusive i dag. Afkryds kun én boks for hvert problem. Hvis du skifter mening, bedes du slette din første markering tydeligt.

Det er af stor betydning, at du besvarer alle spørgsmålene.

I hvilken grad har du været plaget af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
1 Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Nervøsitet eller indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Gentagne ubehagelige tanker, du ikke kan få ud af hovedet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Svimmelhed eller tilløb til at besvime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Manglende interesse for eller glæde ved seksualitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 At føle dig kritisk over for andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Den forestilling, at andre kan kontrollere dine tanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 En følelse af, andre er skyld i de fleste af dine problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Besvær med at huske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Bekymringer over sjuskeri eller ligegyldighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 En følelse af, at du let bliver ærgerlig eller irriteret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Smerter i hjerte eller bryst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 At du føler dig bange på åbne pladser eller på gaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I hvilken grad har du været plaget af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
14 En følelse af manglende energi eller af at være langsom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Tanker om at gøre en ende på dit liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 At høre stemmer, som andre ikke kan høre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Rysten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 En følelse af, at de fleste andre mennesker ikke er til at stole på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Manglende appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 At du let kommer til at græde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 At føle dig genert eller usikker over for det modsatte køn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 En følelse af at være fanget i en fælde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 At du pludselig bliver bange uden grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Vredesudbrud, som du ikke kan kontrollere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 At føle dig bange for at forlade dit hjem alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Selvbeprejdelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Lavtsiddende rygmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 En følelse af ikke at kunne overkomme noget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 At føle dig ensom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 At føle dig nedtrykt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCL-92

I hvilken grad har du været plaget af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
31 At bekymre dig for meget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 At du ikke føler dig interesseret i noget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 At føle dig ængstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 At du let bliver såret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 At andre mennesker kender dine inderste tanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 En følelse af, at andre ikke forstår dig eller er ufølsomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 En følelse af, at folk er uvenlige eller ikke kan lide dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 At være nødt til at gøre alting meget langsomt for at sikre, at det bliver gjort rigtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Hjerterebanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Kvalme eller uro i maven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 En følelse af mindreværd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Muskelsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 En følelse af, at andre iagttager dig eller taler om dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Besvær med at falde i søvn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 At være nødt til at kontrollere alt, hvad du gør, igen og igen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 At du har svært ved at træffe beslutninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I hvilken grad har du været plaget af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
47 Frygt for at køre med bus eller tog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 At du har svært ved at få vejret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 Anfald af varme- eller kulde- fornemmelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 At være nødt til at undgå visse ting, steder eller aktiviteter, fordi de skræmmer dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 At du bliver helt tom i hovedet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 Følelseløshed eller en snurrende fornemmelse i kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 En klump i halsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 At føle dig uden håb for fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55 At du har svært ved at koncentrere dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 At du føler dig svag i kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57 At du føler dig anspændt eller opkørt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58 At dine arme eller ben føles tunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59 Tanker om døden eller om at dø	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 At du spiser for meget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61 At du føler dig usikker, når folk iagttag dig eller taler om dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62 Tanker, som ikke er dine egne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCL-92

I hvilken grad har du været plaget af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
63 Trang til at slå, såre eller skade nogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64 At vågne tidligt om morgenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65 At du er nødt til at gentage de samme handlinger, f.eks. vaske dig eller tælle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66 Hvilleløs eller urolig søvn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67 Trang til at ødelægge eller slå ting i stykker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68 At have tanker eller overbevisninger, som andre ikke deler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69 At være meget genert over for andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70 At føle ubehag blandt mange mennesker, f.eks. i butikker eller i biografen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71 En følelse af, at alting er anstrengende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72 Anfald af rædsel eller panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73 En følelse af ubehag ved at spise eller drikke i andres påsyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74 At du ofte kommer i skænderi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75 At føle dig nervøs, når du er overladt til dig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76 At andre ikke værdsætter dig efter fortjeneste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77 At du føler dig ensom, selv når du er sammen med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78 At du føler dig rastløs, at du ikke kan sidde stille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I hvilken grad har du været plaget af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Særdeles meget
79 En følelse af at være ingenting værd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80 En følelse af, at der vil ske dig noget slemt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81 At du råber eller smider med ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82 At du er bange for at besvime i andres påsyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83 En følelse af, at folk vil udnytte dig, hvis du giver dem mulighed for det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84 At have seksuelle tanker, som generer dig meget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85 Den forestilling, at du burde straffes for dine synder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86 Skræmmende tanker og forestillinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87 Den forestilling, at der er noget alvorligt i vejen med din krop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88 Aldrig at føle dig tæt knyttet til et andet menneske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89 Skyldfølelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90 Den forestilling, at der er noget i vejen med din forstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91 En følelse af, at velkendte ting er fremmede eller uvirkelige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92 At du føler dig presset til at få tingene gjort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptom Checklist (SCL): Scoringsinstruktioner

Skemaet består af de 92 symptomer, som er opstået ved at den danske SCL-gruppe (107) har villet sikre, at man både kan benytte den klassiske SCL-90 (1) og den reviderede udgave SCL-90-R (133).

Forskellen mellem disse to skaler ligger i delskalaen for angst, hvor to items er blevet erstattet af to nytillførte.

Traditionelt benyttes følgende delskalaer:
(tallene angiver itemnumrene i SCL)

- 1 SCL – somatisering: 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58.
- 2 SCL – angst (90-R eller 92): 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 91, 92.
- 2 SCL – angst (90): 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86)
- 3 SCL – interpersonel sensibilitet: 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73.
- 4 SCL – fobi: 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82.
- 5 SCL – tvangstanker eller tvangshandlinger: 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65.
- 6 SCL – depression: 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79.
- 7 SCL – vrede: 11, 24, 63, 67, 74, 81.
- 8 SCL – mistroiskhed: 8, 18, 43, 68, 76, 83.
- 9 SCL – psykoticisme: 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90.

(SCL - rest-items: 9, 44, 59, 60, 66, 89)

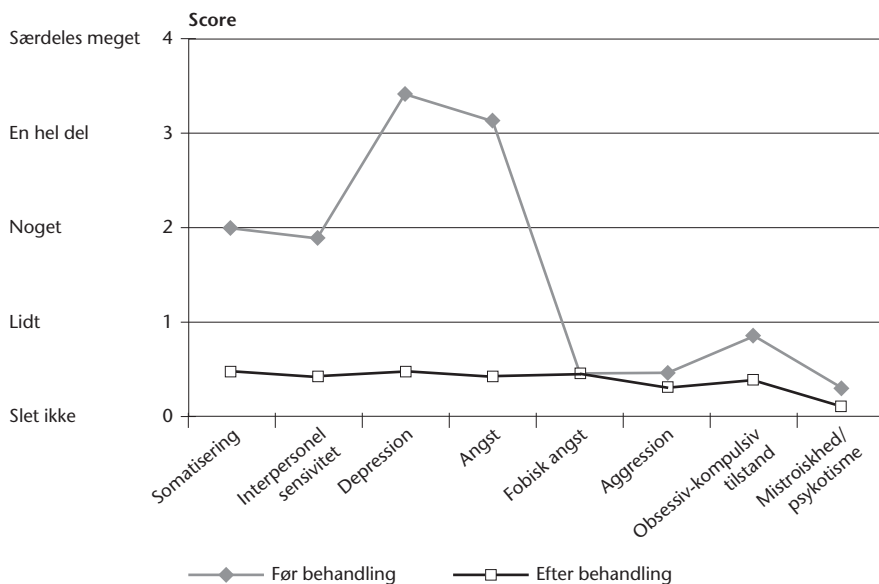
Ud fra disse SCL-subskalaer kan man vise profilen af en patient eller en gruppe af patienter.

Danske normtal

Delskala	Kvinder (N=818)	Mænd (N=535)	Alle (N=1153)
1. Somatisering	0.56(0.58)	0.42(0.46)	0.49(0.53)
2. Angst (alle)	0.48(0.54)	0.39(0.47)	0.44(0.51)
3. Interpersonel sensibilitet	0.60(0.59)	0.48(0.52)	0.54(0.56)
4. Fobi	0.15(0.35)	0.12(0.31)	0.13(0.34)
5. Tvangstanker eller tvangshandlinger	0.66(0.63)	0.60(0.58)	0.63(0.61)
6. Depression	0.67(0.67)	0.51(0.58)	0.59(0.63)
7. Vrede	0.36(0.43)	0.31(0.39)	0.34(0.41)
8. Mistroiskhed	0.46(0.60)	0.47(0.57)	0.46(0.59)
9. Psykoticisme	0.23(0.34)	0.21(0.30)	0.22(0.32)
Alle items (GSI)	0.49(0.46)	0.41(0.40)	0.45(0.43)

SCL-92

Profil på de enkelte delskalaer for en patient før og efter antidepressiv behandling. Ordinaten angiver gennemsnitlig item-score (fra 0 til 4).



Oprindeligt blev SCL udviklet til at være en enkelt dimension for psykosomatisk stress og de første 6 sub-skalaer (omhandlende 63 af de 92 items) danner en unidimensionel skala ifølge Rasch- og Mokken-analyser (2).

Imidlertid benyttes i den internationale litteratur også total-score eller Global Severity Index (GSI), som er total item-score for SCL-90 eller SCL-90-R divideret med 90, dvs. det gennemsnitlige item-score af alle items.

Dette benyttes især, såfremt man for en given patient vil angive, om han eller hun er et »psykiatrisk tilfælde« (a psychiatric case). Hertil benyttes en GSI-værdi fra et nationalt norm-studie (f.eks. en dansk befolkningsundersøgelse).

Den danske SCL-90 norm (GSI) omsættes

til en standardiseret T-score og har den pågældende person scoret sig til et GSI over 63 på T-værdien, bør vedkommende undersøges for en evt. psykiatrisk diagnose.

Dette viser SCL-spørgeskemaets screeningsværdi.

I en ny norsk undersøgelse med SCL-90-R har skalaen vist sig at være særlig værdifuld som screeningskala (133).

Man kan naturligvis også benytte GSI som et kvantitativt mål for psykosomatisk stress (eller måske bedre SCL-63, som dækker de 6 første SCL-delskalaer). Som eksempel herpå kan nævnes en undersøgelse på patienter med somatisering, hvor kognitiv psykoterapi og paroxetin begge var bedre end ingen behandling (134).

Depressionsspørgeskemaet (MDI) Major Depression Inventory

Nedenstående spørgsmål handler om hvordan du har haft det gennem de sidste 2 uger.

Du bedes sætte kryds i det felt som bedst svarer til hvordan du har haft det.

Hvor stor en del af tiden ...	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1 Har du følt dig trist til mode, ked af det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Har du følt, at du manglede energi og kræfter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Har du haft mindre selvtillid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Har du følt at livet ikke var værd at leve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a Har du følt dig rastløs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b Har du følt dig stille eller fåmælt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Har du haft besvær med at sove om natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10a Har du haft nedsat appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10b Har du haft øget appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Depressionsskemaet MDI: Scoringsnøgle

Øverst er den diagnostiske demarkationslinje angivet, og nederst anføres total-score for de 10 items.

Hvor meget af tiden ...		Den diagnostiske demarkationslinje						
		Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt	
Kerne-symptomer	1	Har du følt dig trist til mode, ked af det?	5	4	3	2	1	0
	2	Har du manglet interesse for dine daglige gøremål?	5	4	3	2	1	0
	3	Har du følt at du manglede energi og kræfter?	5	4	3	2	1	0
Ledsage-symptomer	4	Har du haft mindre selvtillid?	5	4	3	2	1	0
	5	Har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?	5	4	3	2	1	0
	6	Har du følt at livet ikke var værd at leve?	5	4	3	2	1	0
	7	Har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?	5	4	3	2	1	0
Højeste score	8a	Har du følt dig rastløs?	5	4	3	2	1	0
	8b	Har du følt dig stille eller fåmælt?	5	4	3	2	1	0
Højeste score	9	Har du haft besvær med at sove om natten?	5	4	3	2	1	0
	10a	Har du haft nedsat appetit?	5	4	3	2	1	0
	10b	Har du haft øget appetit?	5	4	3	2	1	0

Diagnose: ICD-10 _____

DSM-IV _____ Total score (item 1–10)

Major Depression Inventory (MDI): Et depressionsskema med dual funktion

Depressionsspørgeskemaet MDI: Scoringsinstruktion

Skemaet består af de ti symptomer, som indgår i Verdenssundhedsorganisationen WHO's afgrænsning af depression. WHO benytter de sidste to uger som det tidsrum, hvorunder det skal vurderes, hvorvidt de enkelte symptomer har været til stede i over halvdelen af tiden. Da disse symptomer helt overvejende er subjektive oplevelser, er det naturligt at bede patienten om at udfylde skemaet, således at patienten nemt kan sætte et kryds ud for hvert af symp-

tomerne. Jo højere talværdi mellem 0 og 5 der afkrydses, jo mere konstant har det pågældende symptom været til stede. Husk at få navn og dato påført skemaet.

Patientens udfyldte skema aflæses af scoringsnøglen. MDI, som står for Major Depression Inventory, har en dobbeltfunktion, idet det både kan scores (A) som et sværhedsgradsinstrument på samme måde som Hamiltons Depressionsskala, og (B) som et diagnose-redskab.

- (A) Benyttes MDI som en *rating scale* på samme måde som Hamiltonskalaerne, er det summen af de 10 spørgsmål der angiver graden af depression. For item 8 og 10, hvor der er to svar-kategorier (a) og (b), vælger man det, der har højeste score. Den teoretiske sumscore går derfor fra 0 (ingen depression) til 50 (maksimal depression).

Let depression: MDI total score fra 21 til 25

Moderat depression: MDI total score fra 26 til 30

Svær depression: MDI total score på 31 eller mere

- (B) Benyttes MDI som et *diagnoseinstrument*, benytter man den lodrette linie som er angivet på scoringsnøglen (den diagnostiske demarkationslinie). For de tre øverste items, som afspejler kernesymptomerne på WHO/ICD-10 depressionsdiagnosen, forlanges der, at de gennem de sidste to uger skal have været til stede det meste af tiden. For ledsagesymptomerne, som findes i de resterende syv MDI-items, forlanges det, at de skal have været til stede gennem de sidste to uger i over halvdelen af tiden.

ICD-10 algoritmen bruges herefter:

Let depression: 2 kernesymptomer og 2 ledsagesymptomer

Moderat depression: 2 kernesymptomer og 4 ledsagesymptomer

Svær depression: 3 kernesymptomer og 5 ledsagesymptomer.

MDI kan også anvendes til DSM-IV major depression-diagnosen. Ifølge DSM-IV opereres der kun med ni symptomer, idet item 4 i DSM-IV er inkluderet i item 5. Derfor benytter man det af de to items der har den højeste score.

Algoritmen for DSM-IV er at:

5 af de 9 symptomer skal være til stede. Heraf ét af de to første items, som ifølge DSM-IV er kernesymptomer.

Gotlandskalaen til vurdering af depression hos mænd

Gotlandsskalaen

Har du selv eller har andre i løbet af den sidste måned bemærket,
at du opfører dig anderledes, end du plejer, og i givet fald på hvilken måde?

	Slet ikke	Til en vis grad	Passer meget godt	I høj grad
1. Lavere stresstærskel/ mere stresset end du plejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mere aggressiv, udadreagerende, besvær med selvkontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Følelse af udbrændthed og tomhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Konstant, uforklarlig træthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mere irriteret, rastløs og frustreret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Besvær med at træffe almindelige beslutninger i hverdagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Søvnforstyrrelser: Sover for meget/for lidt/uroeligt, besvær med at falde i søvn/vågner tidligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Især om morgenen at have en følelse af uro/ængstelse/ubehag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Overforbrug af alkohol og piller for at opnå en beroligende og afslappende virkning. At du er overaktiv eller at du afreagerer ved at arbejde hårdt og rastløst, jogge eller dyrke anden form for idræt, spise for meget eller for lidt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Føler du, at din opførsel er ændret på en sådan måde, at hverken du selv eller andre kan genkende dig, og at du er svær at have med at gøre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har du følt dig eller har andre opfattet dig som dystre, negativ eller præget af håbløshed hvor alt ser sort ud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Har du selv eller andre bemærket, at du har større tendens til selvmedlidenhed, til at være klagende eller til at virke »ynkelig«?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Er der i din biologiske familie tendens til misbrug, depression/nedtrykthed, forsøg på selvmord eller tilbøjelighed til en adfærd der indebærer fare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Points:	Slet ikke = 0	Til en vis grad = 1	Passer meget godt = 2	I høj grad = 3
0–13:	Ingen tegn på depression			
14–26:	Depression mulig. Specifik behandling, herunder psykofarmakologisk, muligvis indiceret.			
27–39:	Tydelige tegn på depression. Specifik behandling, herunder psykofarmakologisk, klart indiceret.			

WHO-Fem Trivselsindeks

(WHO-5)

Sæt venligst ved hvert af de 5 udsagn et kryds i det felt, der kommer tættest på, hvordan du har følt dig i de seneste to uger. Bemærk at et højere tal står for bedre trivsel.

Eksempel: Hvis du har følt dig glad og i godt humør i lidt mere end halvdelen af tiden i de sidste to uger, så sæt krydset i feltet med 3-tallet i udsagn nr. 1.

	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end end halvdelen af tiden	Lidt mindre end halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
I de sidste 2 uger ...						
1 ... har jeg været glad og i godt humør	5	4	3	2	1	0
2 ... har jeg følt mig rolig og afslappet	5	4	3	2	1	0
3 ... har jeg følt mig aktiv og energisk	5	4	3	2	1	0
4 ... er jeg vågnet frisk og udhvilet	5	4	3	2	1	0
5 ... har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig	5	4	3	2	1	0

(1999-version)

Pointberegning

For at beregne dit pointtal skal du lægge tallene i de afkrydsede felter sammen og gange summen med fire.

Du får nu et tal mellem 0 og 100. Jo flere points jo højere trivsel. En score under 50 viser trivselsproblemer.

15 Appendices

Appendiks 1: Vejledning til plejepersonale ved brug af HAM-D₁₇

Appendiks 2: Newcastle Diagnostiske Depressionsskala

Appendiks 3: Omregningstabel mellem HAM-D₆ og HAM-D₁₇

Appendiks 4: GRID HAM-D₆

Appendiks 5: SIGH-SAD items til HAM-D₁₇

Appendiks 6: Standardiseret udspørgningsversion af HAM-D₁₇

Appendiks 7: WHO – Behandlingstilfredshedsskema

Appendiks 8: ADCQ – Medicinkonkordansskema

Appendiks 9: UKUs bivirkningsskala for SSRlerne

Appendiks 10: HAM-D₆ spørgeskema

Appendiks 1

Vejledning til plejepersonale ved brug af HAM-D₁₇

I mødet med patienten skal du være klar, tydelig og forudsigelig. Du skal vise, at du har respekt for patienten. Du skal vise, at du ved noget om sygdommen, at du tager den alvorlig og at du gerne vil forstå, netop hvordan denne patient har det. Du skal give patienten et håb for fremtiden. Når du præsenterer dig selv, er det vigtigt, at patienten finder ud af, hvem du er, og hvilken rolle du har i forhold til patienten.

Det er meget vigtigt, at du overholder aftaler. Mange patienter fortæller, at det var deres skyld, at kontaktpersonen f.eks. ikke kunne udholde relationen, og at de havde fortjent at blive glemt!

Hav øjenkontakt med patienten, selv om patienten har svært ved at se på dig.

Vær opmærksom på dit kropssprog; mange af patienterne tolker hurtigt negativt, hvis du ikke er helt til stede psykisk under samtalen.

Tal et jævnt, nemt forståeligt dansk – uden for mange fremmedord; patienten har svært nok ved at koncentrere sig.

Mange patienter fortæller, at det, der gav dem tillid til kontaktpersonen, var, at denne fortalte om, hvordan en typisk depression ser ud og hvordan mange patienter føler. Denne viden gør, at patienten ligesom »vågner op« og føler, at her er der noget, der genkendes, og at denne person ved noget, som han eller hun kan bruge. Mange patienter udtrykker nærmest skyldfølelse over, at de kun er optaget af deres egne symptomer og er derfor taknemmelige, når de får at vide, at sådan har den typiske depressionspatient det. I denne forbindelse er brug af Hamiltons depressionsskala (HAM-D)

meget nyttig. Du kan bruge den til at huske alle symptomerne, og kan løbende tilføje nogle punkter, som du tror patienten kan genkende.

Du kan én gang om ugen bruge Hamilton (HAM-D), både for at finde ud af, om depressionsdybden er ændret og for at patienten kan lære symptomerne at kende, evt. sammen med patientens pårørende, således at disse kan lære om symptomerne. Patienterne fortæller meget ofte, at de kan huske, hvor plaget de var af f.eks. skyldfølelse på det tidspunkt, hvor vi sidst gennemgik symptomerne og at de ikke havde talt med andre om disse svære tanker. Patienterne fortæller ofte, at de kan bruge HAM-D til at bearbejde f.eks. denne skyldfølelse.

Newcastle Diagnostiske Depressionsskala (1965)

Omfatter 10 items som teoretisk set kan placeres på følgende tre dimensioner:

I parentes de originale Newcastle-numre.

Hvad angår symptomsværhedsgradsdimen-

sionen, er de seks items i HAM-D6 vist i parentes for at illustrere, at Newcastle items 6 og 10 tilhører de dele af dimensionen, som måler de svære grader.

Den stress-relaterede (neurotiske) dimension	Symptomsværhedsgradsdimension	Den endogene dimension
Neurotisk personlighed (1)	[Nedsat stemningsleje (HAM-D)]	Tidligere depressive episoder (5)
Psykosociale belastninger (2)	[Arbejde og interesse (HAM-D)]	Depressionens kvalitet (3)
Stress – angst (7)	[Træthed (HAM-D)]	Vægttab (4)
Stress – vrede (anklager andre) (9)	[Psykisk angst (HAM-D)]	Nihilistiske vrangforestillinger (8)
	Skyldfølelse (10) (HAM-D)	
	Motorisk hæmning (6) (HAM-D)	

I en undersøgelse (135) af de patienter, der er indgået i de første DUAG undersøgelser, er det blevet påvist, at den egentlige melankolske eller endogene depression afgrænses af item 3, depressionens kvalitet, og med fravær af de

stress-relaterede komponenter, dvs. ingen neurotisk personlighed (item 1), ingen psykosociale belastninger (item 2), ingen somatisk angst (item 7) og ingen vrede (item 9).

Appendiks 2 – Newcastle 65

Newcastle (1965) Diagnostiske Depressionsskala

Scoringsark

Kode for beregningsværdi

Nr.	Item	Vurderingsgrad	Beregnet værdi
1	Personlighedsafvigelse (0–2)	2	0
		1	+1/2
		0	+1
2	Psykologisk belastning (0–2)	2	0
		1	+1
		0	+2
3	Depressionens kvalitet (0–2)	2	+1
		1	+1/2
		0	0
4	Vægttab (0–2)	2	+2
		1	+1
		0	0
5	Tidligere depressive episoder (0–2)	2	+1
		1	+1/2
		0	0
6	Motorisk aktivitet (0–2)	2	+2
		1	+1
		0	0
7	Angst (0–2)	2	-1
		1	-1/2
		0	0
8	Nihilistiske vrangforestillinger (0–2)	2	+2
		1	+1
		0	0
9	Anklager andre (0–2)	2	-1
		1	-1/2
		0	0
10	Skyldfølelse (0–2)	2	+1
		1	+1/2
		0	0

(Beregnet scoringsværdi går fra -2 til +12)

Endogen depression = +6 eller mere

Tvivlsom endogen depression = +5 1/2

Non-endogen depression = +5 eller mindre

Newcastle (1965) Diagnostiske Depressionsskala

Manual

ITEM 1. *Personlighedsafvigelse* (0–2):

Patientens personlighed vurderes som afvigende, såfremt der findes oplysninger om tidligere »nervesammenbrud«, svære neurotiske symptomer eller alvorlige sociale tilpasningsvanskeligheder. Hvis der foreligger en afvigende personlighed, scores der 2. Hvis det er tvivlsomt om patienten har afvigende personlighed, scores der 1. Ved adækvat personlighed scores der 0.

ITEM 2. *Psykologisk belastning* (0–2):

Ved psykologisk belastning forstås enhver situation eller begivenhed, der af interviewerens betragtes som værende belastende for patienten, som har været til stede forud for aktuelle sygdomsperiode (en eventuel latenstid må ikke overstige 6 måneder), og som eventuelt stadig vedvarer og dermed vedligeholder sygdomsfasen. Den belastende situation kan for eksempel være bekymring over egen helbreds-tilstand, bekymring over nære familiemedlemmers og venners helbred, dødsfald, interpersonelle konflikter, bekymringer over arbejdet eller pengesager. Den samme begivenhed kan opleves forskelligt for forskellige patienter, og patientens subjektive oplevelse må tages med i betragtning, men det er interviewerens vurdering, der er afgørende. Hvis der foreligger en psykologisk belastning, scores der 2. Hvis det er tvivlsomt om der foreligger en psykologisk belastning, scores der 1.

Foreligger der ingen psykologisk belastning, scores der 0.

ITEM 3. *Depressionens kvalitet* (0–2):

Der scores 2 på dette item, såfremt patienten beskriver sin aktuelle depressionstilstand som kvalitativt forskellig fra den almindelige tristhed og depressivitet som opleves ved modgang: for eksempel ved dødsfald i familien eller den nære omgangskreds. Såfremt interviewerens eller patientens er i tvivl om, hvorvidt der er en kvalitativ forskel, scores der 1. Hvis den aktuelle depressionstilstand stort set opleves identisk med almindelig situationsbestemt tristhed, scores der 0.

ITEM 4. *Vægttab* (0–2):

Der scores 2 på dette item, når patienten angiver, at der har været et vægttab på ca. 3 kg eller mere i forbindelse med den aktuelle episode, eller 1/2 kg eller mere pr. uge gennem de sidste uger. Er vægttabet mindre, scores der 1, og såfremt der ikke foreligger noget vægttab i forbindelse med aktuelle episode, scores der 0.

ITEM 5. *Tidligere depressive episoder* (0–2):

Ved en tidligere depressiv episode forstås man en depression af mindst 2 ugers varighed, og som er trådt klart frem af patientens sygehistorie. Stemningslejet skal herunder have været konstant nedsat. Patienten skal have

søgt hjælp eller været henvist til behandling eller hjælp under episoden eller frembudt ned-sat funktion i familie eller andre sociale funktioner. Såfremt man skønner, at denne depressive tilstand har været af endogen natur, scores der 2. Er man i tvivl om tidligere episoders ætiologi, scores der 1. Har patienten ikke tidligere haft klart afgrænset depression, scores der 0.

ITEM 6. **Motorisk aktivitet**
(0–2):

Herved forstås både motorisk hæmning og motorisk agitation. Dette item omfatter mere end blot den subjektive følelse af at være langsom eller rastløs. Man vil ved dette item være tilbøjelig til at lægge mest vægt på patientens fremtræden på undersøgelsestidspunktet, men har man tilstrækkelige oplysninger om patientens tilstand under aktuelle episode, må disse oplysninger medinddrages i den endelige vurdering. Er man overbevist om, at patienten har haft klare ændringer i den motoriske aktivitet, scores der 2. Er man i tvivl, scores der 1. Hvis ingen af komponenterne har været eller er til stede, scores der 0.

ITEM 7. **Angst**
(0–2):

Ved dette item lægges der mest vægt på patientens adfærd under interviewet. Der scores 2, hvis patienten under interviewet har virket klart angstpræget (spændt, svedende, tremulerende osv.). Hvis man er mindre overbevist herom, scores der 1. Hvis patienten ikke har virket angstpræget, scores der 0.

ITEM 8. **Nihilistiske vrangforestillinger**
(0–2):

Herved forstås oplevelser af nød, undergang og fattigdom. Indeholder (a) somatisk nihilisme: mener at legemet ikke længere eksisterer (f.eks. ingen mave, ingen tarm) og/eller (b) økonomisk nihilisme: mener at han eller familien vil ende i nød eller fattigdom. Hvis forestillingen urokkeligt fastholdes selv efter forsøg på korrektion, scores der 2. Er patienten mindre urokkelig, scores der 1. Hvis dette item ikke er til stede, scores der 0.

ITEM 9. **Anklager andre**
(0–2):

Herved forstås let vakt vrede, hvorunder patienten lægger skylden på andre for det der er gået galt. F.eks. at andre er skyld i patientens aktuelle tilstand. Hvis dette item er klart til stede, scores der 2. Hvis man er i tvivl, scores der 1. Hvis der ikke foreligger nogen anklage af andre, scores der 0.

ITEM 10. **Skyldfølelse**
(0–2):

Herved forstås, at patienten plages af svær skyldfølelse, f.eks. såfremt patienten giver udtryk for, at den aktuelle lidelse er en form for straf pga. tidligere fejlhandlinger. Der scores 2, hvis patienten fremhæver begivenheder forud for den aktuelle episode som fejlhandlinger. Der scores 1, såfremt det er tvivlsomt om patienten har egentlig skyldfølelse. Der scores 0, såfremt der ikke foreligger nogen form for skyldfølelse.

Omregningstabel mellem HAM-D₆, HAM-D₁₇ og MES

(kalibrering)

Omregningstabel mellem HAM-D₆, HAM-D₁₇ og MES ud fra de tre første DUAG-undersøgelser (64, 135, 136) omhandlende 321 patienter. Før behandling var der en korrelation mellem HAM-D₆ og HAM-D₁₇ på 0,69 (Spearman koefficient) og efter fire ugers behandling

hvor spredningen er større, opnåedes en koefficient på 0,90.

Mellem HAM-D₁₇ og MES var de tilsvarende resultater 0,77 ved baseline og 0,89 efter fire ugers behandling (64, 136, 137).

HAM-D ₆	HAM-D ₁₇	MES
0	0	0
4	7	6
7	13	11
9	18	15
11	20	19
12	25	25
15	30	31
22	52	44

Appendiks 4

GRID-HAM-D₆

	Hyppighed			
Nedtrykt sindsstemning (1) I dette item rates følelser af tristhed, håbløshed, hjælpeløshed og manglende selvværd. <i>NB:</i> dette er ikke nogen global vurdering af depressiv sygdom.	Ikke forekommet eller ikke klinisk signifikant	Løjlig-hedsvis	En stor del af tiden	Næsten hele tiden
Symptomets intensitet				
Forekommer ikke	0			
Let grad (følelser af tristhed, modløshed, lavt selvværd og pessimisme)	0	1	1	2
Moderat grad (tydelige nonverbale tilkendegivelser af tristhed, håbløshed, hjælpeløshed eller manglende selvværd på nogle områder i livet)		1	2	3
Udtalt grad (intens tristhed, håbløshed på de fleste områder i livet, følelser af total hjælpeløshed eller manglende selvværd)		2	3	4
Meget svær grad (ekstrem tristhed, uforklarlig håbløshed og hjælpeløshed)		3	4	4

	Hyppighed			
Skyld (2) Skyld defineres som følelsen af at gøre noget dårligt eller forkert og er ledsaget af fortrydelse og skam. Skyld rates kun hvis den optræder i overdreven eller urealistisk form.	Ikke forekommet eller ikke klinisk signifikant	Løjlig-hedsvis	En stor del af tiden	Næsten hele tiden
Symptomets intensitet				
Forekommer ikke	0			
Let grad (selvkritisk, selvbebrejdende, f.eks.: "Jeg har ladt folk i stikken")	0	1	1	2
Moderat grad (skyldfølelser, anger, skam; overbevisning om at have gjort noget dårligt eller forkert)		1	2	3
Udtalt grad (vedvarende skyldfølelser; føler at sygdommen er straffen for syndige handlinger)		2	3	4
Meget svær grad (vrangforestillinger, hallucinationer)			4	4

Forklaring på hyppighed:

Hyppighed er baseret på de seneste 7 dage

Forekommer ikke.....: Er ikke forekommet eller forekomsten er ikke klinisk signifikant

Løjlighedsvis til stede.....: Ikke hyppigt; i færre end 3 af ugens 7 dage; op til 30% af ugen

Til stede en stor del af tiden.....: Ofte; i 3–5 dage; 31–75% af ugen

Til stede næsten hele tiden.....: Vedvarende; i 6–7 dage; mere end 75% af ugen

	Hyppighed			
	Ikke forekommet eller ikke klinisk signifikant	Lejlighedsvis	En stor del af tiden	Næsten hele tiden
Arbejde og interesser (7) I dette item bedømmes tab af interesse eller glæde samt nedsat funktionsevne i forbindelse med arbejde i og uden for huset, fritidsaktiviteter og sociale såvel som familierelationer.				
Symptomets intensitet				
Forekommer ikke	0			
Let grad (interessen og glæden er noget nedsat, men ingen tydeligt nedsat funktionsevne)	0	1	1	2
Moderat grad (interessen og glæden er signifikant nedsat, eller tydeligt nedsat funktionsevne)		1	2	3
Udtalt grad (interesse, glæde og funktionsevne stærkt nedsat)		2	3	4
Meget svær grad (ikke i stand til at arbejde; ikke i stand til at fungere uden hjælp)		3	4	4

Psykomotorisk hæmning (8) I dette item bedømmes hæmning af verbal og motorisk aktivitet som den iagttages under interviewet.	
Symptomets intensitet	
Forekommer ikke	0
Let grad (let nedsat af taletempo)	1
Moderat grad (tydeligt nedsat af taletempo og mærkbare pauser)	2
Udtalt grad (samtalet varer tydeligt længere på grund af lange pauser; alle bevægelser er meget langsommere)	3
Meget svær grad (interviewet kan ikke gennemføres, der er ingen respons)	4

Appendiks 4 – GRID-HAM-D₆

	Hyppighed			
Angst, psykisk (10) I dette item bedømmes spænding, angst, frygt, panik, bekymring og irriterabilitet. <i>NB:</i> De fysiske symptomer på panikanfald rates ikke her, men i item 11: Angst, somatisk	Ikke forekommet eller ikke klinisk signifikant	Lejlighedsvis	En stor del af tiden	Næsten hele tiden
Symptomets intensitet				
Forekommer ikke	0			
Let grad (nogen bekymring eller irriterabilitet)	0	1	1	2
Moderat grad (overdreven bekymring eller irriterabilitet; angst der gør pt. dårlig, kan medføre en noget nedsat funktionsevne)		1	2	3
Udtalt grad (vedvarende bekymring eller frygt; frygter det værste; angsten ses tydeligt i adfærd og opførsel; betydeligt nedsat funktionsevne; panikfølelser)		2	3	4
Meget svær grad (invaliderende)		3	4	4

	Hyppighed			
Somatiske symptomer, generelt (13) I dette item bedømmes træthed, manglende energi, udmattethed og muskelsmerter.	Ikke forekommet eller ikke klinisk signifikant	Lejlighedsvis	En stor del af tiden	Næsten hele tiden
Symptomets intensitet				
Forekommer ikke	0			
Let grad (let træthed, energiløshed, udmattethed, tyngde i lemmerne, fornemmelsen af at blive tyngt ned eller muskelsmerter)	0	1	1	1
Svær grad (stærkt udpræget træthed, energiløshed, og udmattethed, stærk følelse af tyngde i lemmerne, fornemmelse af at blive tyngt ned eller muskelsmerter)		1	2	2

Total score

--	--

Scoringsark og manual

Social tilbagetrækning

- 0 Uændret interesse for samvær med andre
-
- 1 Er fortsat interesseret i kontakt med andre, men er mindre interesseret i dette end tidligere
-
- 2 Har været mindre sammen med andre i sociale situationer end tidligere
-
- 3 Har været mindre sammen med andre på arbejde og hjemme
-
- 4 Er blevet ret tilbagetrukket hjemme eller på arbejde
-

Appetitøgning

- 0 Appetit normal
-
- 1 Har behov for/lyst til at spise lidt mere end hvad der er normalt for vedkommende
-
- 2 Har behov for/lyst til at spise noget mere end hvad der er normalt for vedkommende
-
- 3 Har behov for/lyst til at spise meget mere end hvad der er normalt for vedkommende
-

Kulhydrathunger

- 0 Har ikke hunger efter søde sager eller stivelse
-
- 1 Har noget mere hunger efter søde sager eller stivelse end normalt
-
- 2 Har haft klart større hunger efter søde sager eller stivelse end normalt
-
- 3 Har en uimodståelig trang efter søde sager eller stivelse
-

Øget fødeindtagelse

- 0 Har spist som sædvanligt
-
- 1 Har spist lidt mere end hvad der er normalt for vedkommende
-
- 2 Har spist noget mere end hvad der er normalt for vedkommende
-
- 3 Har spist meget mere end hvad der er normalt for vedkommende
-

Appendiks 5

SIGH-SAD Tillægsitems til HAM-D

Vægtøgning

- 0 Ingen vægtøgning inden for den sidste uge
-
- 1 Har sandsynligvis taget på i vægt (et eller flere kilo over normale vægt) inden for den sidste uge
-
- 2 Har sikkert taget på i vægt (et eller flere kilo over normale vægt) inden for den sidste uge
-

Øget søvn

- 0 Har sovet normalt eller mindre
-
- 1 Sovet mindst 1 time mere i døgnet end normalt
-
- 2 Sovet mindst 2 timer mere i døgnet end normalt
-
- 3 Sovet mindst 3 timer mere i døgnet end normalt
-
- 4 Sovet mindst 4 timer mere i døgnet end normalt
-

Trætbarhed

- 0 Har ikke følt sig mere træt end normalt
-
- 1 Har følt sig lidt mere træt end normalt, men arbejdsevnen/funktionsevnen er omkring det normale
-
- 2 Er mere træt end normalt (mindst en time om dagen, tre dage om ugen)
-
- 3 Har følt sig træt det meste af dagen de fleste dage
-
- 4 Har følt sig træt det meste af tiden
-

Døgnvariation

- 0 Ingen døgnvariation
-
- 1 Bedst morgen
-
- 2 Bedst midt på dagen
-
- 3 Bedst aften
-

Totalscore:

Semi-struktureret Interviewguide til Hamiltons Depressionsskala

Introduktion

Interviewer

Det første spørgsmål ud for hvert item skal stilles nøjagtigt, som det er skrevet. Dette spørgsmål vil ofte udløse tilstrækkelig information om et symptoms sværhedsgrad og hyppighed til, at man med sikkerhed kan vurdere dette. De efterfølgende spørgsmål anvendes, når det er nødvendigt med en yderligere afklaring af, om et enkelt symptom er til stede. De uspecificerede spørgsmål skal stilles, indtil man har nok information til med sikkerhed at vurdere det enkelte item.

I nogle tilfælde er man måske nødt til at tilføje sine egne opfølgende spørgsmål for at få den nødvendige information.

Noter

Tidsperiode: Vurderingen af patientens symptomer skal ses på baggrund af tilstanden de sidste 3 dage.

Emne om vægttab: Det anbefales, at dette item skal måles positivt, når patienten har tabt sig i forhold til sin normalvægt (d.v.s. før patientens igangværende depressionsepisode), forudsat at patienten ikke er begyndt at tage på igen. Er patienten begyndt at tage på igen, måles »netto vægttabet«, d.v.s. forskellen på vægttab og vægtøgning.

De enkelte items skal relateres til patientens almindelige eller normale funktionsmåde. I nogle tilfælde, når patienten har Dysthymi

eller Periodisk Affektiv Lidelse, skal tilstanden vurderes i forhold til sidste gang, patienten følte sig rask i mindst 8 uger.

Denne interviewguide er baseret på Hamiltons Depressionsskala – HAM-D₁₇.

De strukturerede spørgsmål er oversat fra J.B.W. Williams' *Structured interview guides for the Hamilton rating scales* (98). Der er foretaget visse ændringer i formuleringen af spørgsmålene og tilføjet nogle nye spørgsmål, således at det passer til klinisk praksis.

Indgang til interviewet

Jeg vil gerne stille dig nogle spørgsmål om de sidste 3 dage. Hvordan har du haft det siden sidste (agedag)?

Hvis ambulant patient: *Har du været på arbejde? Hvis ikke: Hvorfor ikke?*

ITEM 1: **Nedsat stemningsleje**

Hvordan har dit humør været i de sidste 3 dage?

Har du følt dig trist, nedtrykt eller ked af det?

Er der noget, der bekymrer dig?

Har du slet ikke været glad over noget?

Har du tabt lysten til det hele?

Været deprimeret? Følt det hele var håbløst?

Har du grædt på noget tidspunkt?

Hvor ofte har du haft det sådan i de sidste par dage?

Hver dag? Hele dagen?

Appendiks 6

HAM-D₁₇: standardiseret udsørgningsversion

ITEM 2: **Selvbekendtgørelse og skyldfølelse**

Har du bekendtgøret dig selv noget, du har gjort? (Spørg om eksempler)

Føler du, at du har gjort noget forkert, eller at du har svigtet andre?

Howdan er din selvtillid nu i forhold til tidligere?

Har du følt dig inkompetent eller mindre-værdig? Følt, at du ikke har slået til? Eller at du er helt uduelig?

Har du følt dig skyldig eller skamfuld over noget, du har gjort eller undladt at gøre?

Har du tænkt på, om du selv er skyld i din nuværende tilstand?

Føler du, at din nuværende sygdom er en form for straf?

ITEM 3: **Suicidale impulser**

Har du i de sidste 3 dage tænkt, at der ikke er noget ved at leve, eller at det ville være bedre, hvis du var død? Har du haft tanker om at forvolde skade på dig selv eller endog at slå dig selv ihjel?

Hvis ja: Hvilke tanker har du haft?

Har du planlagt at tage dit eget liv eller prøvet at gøre det?

ITEM 4: **Indsovningsbesvær**

Har du haft problemer med at falde i søvn, når du gik i seng for at sove om aftenen?

Går der mere end en halv time, inden du falder i søvn?

How mange aftener i de sidste tre dage har du haft problemer med at falde i søvn?

ITEM 5: **Afbrudt søvn**

Er du vågnet op midt om natten i de sidste 3 dage?

Hvis ja: Står du op af sengen? Hvad gør du? (Går du kun ud på badeværelset?)

Når du kommer i seng igen, kan du så falde i søvn lige med det samme?

ITEM 6: **Tidlig morgenopvågning**

Hvornår er du vågnet om morgenen i de sidste 3 dage?

Vågner du tidligere, end du plejer at gøre? Vågner du af dig selv, eller er du blevet vækket af vækkeur eller andre?

Hvornår vågner du normalt (d.v.s. før du blev syg/deprimeret)?

ITEM 7: **Arbejde og interesser**

Hvad har du brugt tiden på i de sidste 3 dage?

(I) Patienten er indlagt:

Deltager du i nogle af afdelingens aktiviteter? Cirka hvor mange timer om dagen deltager du i disse aktiviteter?

(II) Patienten er ambulant:

Er du i stand til at passe dit nuværende arbejde?

Er din arbejdskapacitet normal?

Er din interesse blevet mindre for det, du plejer at interessere dig for? Føler du, at du er nødt til at presse dig selv for at udføre de ting, du plejer at gøre? Hvis ja, hvorfor?

Ved opfølgning af patienten:

(I) Er du i stand til at deltage i afdelingens sædvanlige aktiviteter?

Hvor mange timer om dagen?

Som du har det nu, er du da i stand til at genoptage dit sædvanlige arbejde?

(II) Er du i stand til at udføre dit normale arbejde?

Arbejder du på nedsat tid?

Har du været nødsaget til at sygemelde dig?

ITEM 8: Hæmning (generelt)

Generel hæmning vurderes på baggrund af iagttagelse under interviewet

ITEM 9: Agitation

Agitation vurderes på baggrund af iagttagelse under interviewet.

ITEM 10: Psykisk angst

Har du i særlig grad følt dig anspændt eller irriteret i de sidste 3 dage?

Har du bekymret dig meget over små, betydningsløse ting, som du normalt ikke bekymrer dig om?

Kan du komme med nogle eksempler?

Har du følt dig usikker, følt angst eller frygt?

Har du været bange for at miste selvkontrollen?

Har angsten været så voldsomt, at du er gået i panik?

Har du haft dødsangst?

Har tilstanden påvirket din dagligdag?

ITEM 11: Somatisk angst

Har du i de sidste 3 dage haft nogle fysiske symptomer, som undertiden følger med det at være nervøs, for eksempel:

hjertebanken, hjerteuro eller hurtig puls –

sveden – rysten eller sitren – mundtørhed – åndedrætsbesvær – kvælningfølelse – smerter eller trykken i brystet – kvalme eller uro i maven – kuldegysninger eller hedeture – prikken i fingrene/dødhedsfølelse – synkebesvær eller klump i halsen.

Hvor meget har disse symptomer generet dig i de sidste 3 dage?

Hvor hyppigt oplever du disse symptomer?

Hvordan påvirker symptomerne din dagligdag?

Note: Der tages stilling til, om de nævnte forandringer kan skyldes medicin, f.eks. mundtørhed som følge af antidepressiva.

ITEM 12: Gastrointestinale symptomer

Hvordan har din appetit været i de sidste 3 dage?

Er det anderledes, end det plejer at være? Synes du, at maden smager anderledes, end den plejer at gøre?

Spiser du, fordi du ved, at du er nødt til at gøre det?

Har andre måttet presse dig til at spise?

Har du været generet af forstoppelse?

ITEM 13: Somatiske symptomer, generelt

Hvordan har dit energiniveau været i de sidste 3 dage?

Har du været træt hele tiden?

Har du haft rygsmerter, hovedpine eller muskelsmerter?

Har du følt dig tung i dine lemmer, ryg eller hoved?

Appendiks 6

HAM-D₁₇: standardiseret udsørgningsversion

ITEM 14: **Seksuel interesse**

Har din interesse for det seksuelle i de sidste 3 dage været anderledes, end den plejer at være?

Er det noget, du har tænkt meget over?

Hvis ikke: Er det usædvanligt for dig?

Har du i det hele taget haft nogle tanker eller følelser, der har berøring med din seksualitet?

ITEM 15: **Hypokondri**

Hvor meget har dine tanker kredset om dit fysiske velbefindende eller om, hvordan din krop fungerer (i de sidste 3 dage?) Er du mere optaget af disse tanker, end du plejer at være?

Tror du, at du har en fysisk sygdom?

Tror du, der er en sammenhæng mellem din nuværende symptomer og en eller anden fysisk lidelse?

ITEM 16: **Manglende sygdomsindsigt**

Hvad tror du selv, at du fejler?

Er det en fysisk eller psykisk sygdom?

Eller skyldes det noget helt andet?

ITEM 17: **Vægttab**

A: Ved første vurdering:

Har du tabt dig, siden du er blevet syg?

Hvor meget? Er du begyndt at tage på igen?

Hvor meget?

Ved usikkerhed: Tror du, dit tøj sidder løsere på dig?

B: Ved opfølgning:

Er du begyndt at tage på igen, eller har du tabt dig yderligere i vægt?

Hvis vægttab: Hvor meget har du tabt dig inden for den sidste uge?

Tilfredshed med behandling

Følgende spørgsmål handler om den behandling, du er i gang med nu og dine erfaringer med denne behandling gennem de sidste 2

uger. Besvar venligst hvert spørgsmål ved at sætte en cirkel omkring det tal ud for de enkelte spørgsmål som passer bedst.

Hvor tilfreds er du med den igangværende behandling gennem de sidste 2 uger ?							
Særdeles tilfreds	6	5	4	3	2	1	Særdeles utilfreds

Hvor nem eller besværlig synes du, din behandling har været gennem de sidste 2 uger ?							
Særdeles nem	6	5	4	3	2	1	Særdeles besværlig

Hvor fleksibel føler du, at din behandling har været gennem de sidste 2 uger ?							
Særdeles fleksibel	6	5	4	3	2	1	Særdeles ufleksibel

Hvor regelmæssigt har du taget din medicin gennem de sidste 2 uger ?							
Særdeles regelmæssigt	6	5	4	3	2	1	Særdeles uregelmæssigt

Hvor godt forstår du nu din sygdom?							
Rigtig godt	6	5	4	3	2	1	Rigtig dårligt

Vil du anbefale denne form for behandling til andre med din form for sygdom?							
Ja, jeg ville absolut anbefale denne behandling	6	5	4	3	2	1	Nej, jeg ville absolut ikke anbefale denne behandling

Hvor tilfreds vil du være med at fortsætte med denne behandling endnu nogen tid ?							
Særdeles tilfreds	6	5	4	3	2	1	Særdeles utilfreds

Undersøg venligst om du har sat en cirkel om ét tal på hver skala

Appendiks 8

Antidepressant Compliance Questionnaire (ADCQ)

(Medicincompliance ved antidepressiva)

Sæt kryds i de rubrikker der bedst udtrykker din mening

		Over- vejende enig	Nogen- lunde enig	Nogen- lunde uenig	Over- vejende uenig
1	Så længe man tager antidepressiv medicin kan man ikke vide, om det stadig er nødvendigt at tage den.	1	2	3	4
2	Min læge lytter i tilstrækkeligt omfang til, hvad jeg mener om depressionsmedicin.	4	3	2	1
3	Når man gennem længere tid har taget antidepressiv medicin, er det vanskeligt at holde op igen.	1	2	3	4
4	Med den antidepressive medicin forsvinder min depression.	4	3	2	1
5	Takket være min læge har jeg tillid til, at antidepressiv medicin er den passende behandling for min depression.	4	3	2	1
6	Når man tager antidepressiv medicin, har man mindre kontrol over sine tanker og følelser.	1	2	3	4
7	Min læge tager sig tid nok til at lytte til mine problemer.	4	3	2	1
8	Man må godt tage færre piller på de dage, hvor man føler sig bedre.	1	2	3	4
9	Antidepressiv medicin kan ændre ens personlighed.	1	2	3	4
10	Min samlever er enig i, at antidepressiv medicin er en velegnet behandling for min sygdom.	4	3	2	1
11	Antidepressiv medicin retter op på de forandringer, der er sket i min hjerne som følge af stress eller problemer.	4	3	2	1
12	Min læge har givet mig tilstrækkelig forklaring på årsagerne til min depression.	4	3	2	1
13	Kroppen kan blive afhængig af antidepressiv medicin.	1	2	3	4
14	Min læge tager sig tid nok til at tale med mig om mine følelsesmæssige problemer.	4	3	2	1
15	Min læge har givet mig tilstrækkelig forklaring på, hvad en depression er.	4	3	2	1
16	Min læge tager tilstrækkeligt hensyn til min mening og mine følelser omkring denne behandling med antidepressiv medicin.	4	3	2	1

	Over- vejende enig	Nogen- lunde enig	Nogen- lunde uenig	Over- vejende uenig
17 Den antidepressive medicin hjælper mig til at være mindre bekymret over mine problemer.	4	3	2	1
18 Min samlever er enig i, at depression er den rigtige diagnose for min sygdom.	4	3	2	1
19 Jeg får tilstrækkelig psykologisk støtte og opmuntring fra min læge.	4	3	2	1
20 Min læge forstår fuldt ud min tilstand.	4	3	2	1
21 Min læge understreger kraftigt, at regelmæssig indtagelse af den antidepressive medicin er vigtig.	4	3	2	1
22 Min læge viser ægte interesse for mine problemer.	4	3	2	1
23 Hvis man glemmer at tage sin antidepressive medicin en dag, kan man godt tage en ekstra dosis dagen efter.	1	2	3	4
24 Kroppen kan blive immun over for antidepressiv medicin.	1	2	3	4
25 Min læge lytter i tilstrækkeligt omfang til, hvordan det er for mig at være depressiv.	4	3	2	1
26 På dage hvor man føler sig mere deprimeret, må man godt tage flere piller end foreskrevet.	1	2	3	4
27 Min læge forstår helt mine følelser og tanker under en depression.	4	3	2	1
28 Min læge har givet mig tilstrækkelig oplysning om min antidepressive medicin, om hvordan den virker og hvad bivirkningerne er.	4	3	2	1
29 Min læge lytter i tilstrækkeligt omfang til, hvad der efter min mening er årsagerne til min depression.	4	3	2	1
30 Hvis man indimellem springer en dag over, undgår man, at kroppen bliver afhængig af den antidepressive medicin.	1	2	3	4
31 Jeg mener, at min depression hovedsagelig skyldes personlighedstræk hos mig selv.	1	2	3	4
32 Den antidepressive medicin løser mine følelsesmæssige problemer.	4	3	2	1
33 Antidepressiv medicin gør mig stærkere, så jeg igen bliver bedre til at klare mine problemer.	4	3	2	1

Appendiks 8

ADCQ

ADCQ spørgeskemaet består af fire forskellige delskalaer:

1. Læge-patient forhold, som omfatter følgende spørgsmål :

2, 5, 7, 12, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 29

Disse 15 spørgsmål scores på en skala fra 4 (overvejende enig) til 1 (overvejende uenig). Summen af de 15 spørgsmål går således fra 60 (bedst tænkelige læge- patientforhold) til 15 (værst tænkelige læge- patientforhold).

2. Bevarelse af kontrol, som omfatter følgende spørgsmål:

1, 3, 6, 9, 13, 24, 30

Disse 7 spørgsmål scores på en skala 1 (overvejende enig) til 4 (overvejende uenig). Summen af de 7 spørgsmål går således fra 28 (bedst tænkelige kontrolbevarelse) til 7 (værst tænkelige kontrolbevarelse).

3. Acceptable meninger om antidepressiva, som omfatter følgende spørgsmål:

4, 8, 17, 23, 26, 31, 32, 33

Disse 8 spørgsmål scores på en skala fra 1 (overvejende enig) til 4 (overvejende uenig). Summen af de 8 spørgsmål går således fra 32 (mest acceptable mening) til 8 (mindst acceptable mening).

4. Enighed fra partnerens side, som omfatter følgende spørgsmål:

10, 11, 18

Disse 3 spørgsmål scores på en skala fra 4 (overvejende enig) til 1 (overvejende uenig). Summen af de 3 spørgsmål går således fra 12 (høj partnerenighed) til 3 (lav partnerenighed).

Disse fire delskalaer blev identificeret i det originale studie af Demyttenaere et al (130). I et nyligt dansk studie ved Kessing et al (138) er det ved en mere indgående psykometrisk undersøgelse med Mokken og Rasch vist, at delskal 1 er blevet konfirmeret. Derimod er

delskala 2 blevet til 10 items (1, 3, 6, 8, 9, 13, 23, 24, 26, 30) og delskala tre til fem items (4, 11, 17, 32, 33), medens delskala 4 er blevet reduceret til to items (10 og 18). Indholdsmæssigt ligger delskala 4 så tæt på delskala 3, at de kan slås sammen.

UKUs bivirkningsskala for
Serotonin-Specifikke Reuptake Inhibitorer (SSRI)
(UKU – SSRI)

Symptomer	Grad sidste 3 dage				SSRI induceret*		
	0	1	2	3	u	t	s
1. Indre uro, anspændthed							
2. Nedsat søvnlængde							
3. Tremor							
4. Kvalme, opkastninger							
5. Diaré							
6. Øget svedtendens							
7. Nedsat seksuallyst							
8. Erektiv dysfunktion							
9. Ejakulatorisk dysfunktion							
10. Orgastisk dysfunktion							
11. Hovedpine							
(a) spændingshovedpine							
(b) migræne							
(c) andre former							
* u = usandsynligt, t = tvivlsomt, s = sandsynligt							
Global vurdering af foreliggende bivirkningers indvirkning på pt.s dgl. funktioner						Vurderet af	
						Patient	Læge
0	Ingen bivirkninger						
1	Lette bivirkninger etc.						
2	Bivirkninger med moderat påvirkning af pt.s dgl. funktioner						
3	Bivirkninger med udtalt påvirkning af pt.s dgl. funktioner						
Konsekvens							
0	Ingen forholdsregler						
1	Hyppig kontrol af patienten, ikke dosisnedsættelse						
2	Nedsat dosis						
3	Seponering						

Manual

1 Indre uro og anspændthed

Omfatter manglende evne til at slappe af, nervøs uro.

- 0: Ingen eller tvivlsom anspændthed/nervøs uro.
- 1: Når patienten angiver at være let anspændt og urolig, men det ikke generer denne i det daglige.
- 2: Betydelig anspændthed og indre uro, dog uden at dette er så intenst eller konstant, at det i særlig grad interfererer med patientens daglige tilværelse.
- 3: Når patienten oplever en anspændthed og uro, som er så udtalt, at det klart interfererer med dennes daglige tilværelse.

2 Nedsat søvnlængde

Omhandler nedsat sovntid og skal vurderes ved gennemsnittet af de tre foregående nætters søvn. Vurderingen skal ske i forhold til habitualtilstanden.

- 0: Ingen eller tvivlsom nedsættelse af søvnlængden.
- 1: Sover op til 2 timer mindre end normalt.
- 2: Sover 2–3 timer mindre end normalt.
- 3: Sover over 3 timer mindre end normalt.

3 Tremor

Alle former for tremor omfattes af dette item.

- 0: Ingen eller tvivlsom tremor.
- 1: Ganske let tremor, som ikke generer patienten.
- 2: Tydelig tremor, som er generende for pa-

tienten. Amplituden for fingertremor stadig under 3 cm.

- 3: Klar tremor med en amplitude over 3 cm, og som ikke kan kontrolleres af patienten.

4 Kvalme

Skal registreres på baggrund af de sidste 3 døgn.

- 0: Ingen eller tvivlsom kvalme.
- 1: Lidt kvalme, men ikke generende.
- 2: Generende kvalme, men ingen opkastninger.
- 3: Når der yderligere er opkastninger.

5 Diaré

Forøget defæktationsfrekvens og/eller nedsat konsistens affæces.

- 0: Ingen eller tvivlsomt til stede.
- 1: Klart til stede, men ikke generende, ikke forstyrrende i eventuelt arbejde eller andre funktioner.
- 2: Generende, behov for flere daglige ubehjælpelige toiletbesøg.
- 3: Udtalt imperativ defækationstrang, truede eller faktisk inkontinens, medfører hyppige afbrydelser i arbejdet.

6 Øget svedtendens

Lokaliseret til hele kroppen, ikke blot håndflader og fødsåler.

- 0: Ingen eller tvivlsomt til stede.
- 1: Klart til stede, men udholdelig, kun profus svedudbrud ved betydelige anstrengelser.
- 2: Generende, kræver hyppigere skift af tøj,

profus sved ved moderat fysisk anstrengelse, f.eks. trappegang.

- 3: Profuse svedudbrud ved ringe fysisk anstrengelse eller i hvile, er konstant våd, må regelmæssigt foretage skift af tøj flere gange dagligt, skift af nattøj og/eller sengetøj.

7 Nedsat seksuallyst

Omfatter en indskrænkning i patientens lyst til seksuelt samvær.

- 0: Ingen eller tvivlsom.
- 1: Ved let indskrænkning i patientens lyst til seksuelt samvær, men ikke mere end det er uden gene for patienten.
- 2: Når der er en klar nedsættelse i patientens lyst til og interesse for seksuelt samvær, således at dette er et problem for patienten.
- 3: Når lysten og interessen er så indsnævret, at det seksuelle samvær er meget nedsat eller ophørt.

8 Erektiv dysfunktion

Herved forstås en forstyrrelse i patientens evne til at opnå eller vedligeholde rejsning.

- 0: Ingen eller tvivlsom.
- 1: Let nedsat evne til at opnå eller vedligeholde rejsning, men patienten er ikke generet heraf.
- 2: Når der er en klar ændring i patientens evne til at opnå eller vedligeholde rejsning, således at dette er plagsomt for patienten.
- 3: Når patienten kun sjældent (eller aldrig) kan opnå eller vedligeholde rejsning.

9 Ejakulatorisk dysfunktion

Dette item omfatter både for tidlig sædafgang og forsinket sædafgang. Begge omhandler forstyrrelser i patientens evne til at kontrollere ejakulationen og vurderes efter følgende retningslinier.

- 0: Ingen eller tvivlsom ændring i patientens evne til at kontrollere ejakulationen.
- 1: Patienten har lidt vanskeligere ved at kontrollere sædafgangen end normalt, men er ikke generet heraf.
- 2: Når der er en klar ændring i evnen til at kontrollere ejakulationen, således at det er et problem for patienten.
- 3: Når patientens evne til at kontrollere ejakulationen er påvirket i en sådan grad, at dette er blevet et dominerende problem i det seksuelle samvær og i væsentlig grad således påvirket orgasmeoplevelsen.

10 Orgastisk dysfunktion

Herved forstås forstyrrelse i patientens evne til at opnå og opleve orgasmen.

- 0: Ingen eller tvivlsom.
- 1: Patienten har vanskeligere ved at opnå orgasme, og/eller oplevelsen af orgasme er let påvirket. Patienten er dog ikke synderligt generet heraf.
- 2: Patienten angiver, at der er sket en klar ændring i evnen til at opnå orgasme og/eller orgasmeoplevelsen. Denne ændring har et omfang, der gør det plagsomt for patienten.
- 3: Når patienten sjældent eller aldrig kan opnå orgasme, og/eller orgasmeoplevelsen er betydeligt reduceret.

Appendiks 9

UKU – SSRI

11 Hovedpine

På scoringsarket markeres a) til c), idet hovedpine inddeles i følgende former:

a) spændingshovedpine,

b) migrænehovedpine,

c) andre former for hovedpine.

- 0: Ingen eller tvivlsom hovedpine.
- 1: Let hovedpine, ikke særligt generende.
- 2: Mere generende hovedpine, som ikke interfererer med patientens dagligdag.
- 3: Udtalt hovedpine, som interfererer med patientens dagligdag.

HAM-D₆ Spørgeskema

Dette spørgeskema har seks grupper med udtalelser om, hvordan du måske har følt dig. I hver gruppe bedes du sætte kryds i boksen ved

den udtalelse, der kommer tættest på hvordan du har haft det i de seneste tre dage.

(1) Gennem de sidste 3 dage ...

- | | |
|---|----------------------------|
| har jeg været i mit sædvanlige humør | <input type="checkbox"/> 0 |
| har jeg været lidt mere nedtrykt end jeg plejer | <input type="checkbox"/> 1 |
| har jeg været temmelig nedtrykt, men har ikke følt håbløshed | <input type="checkbox"/> 2 |
| har jeg glimtvis været så langt nede, at jeg har følt mig overvældet af håbløshed | <input type="checkbox"/> 3 |
| har jeg været så langt nede, at alting konstant har syntes mørkt og håbløst | <input type="checkbox"/> 4 |

(2) Gennem de sidste 3 dage ...

- | | |
|--|----------------------------|
| har jeg været rimelig tilfreds med mig selv | <input type="checkbox"/> 0 |
| har jeg været lidt mere kritisk over for mig selv end jeg plejer eller haft tendens til at føle mig mindreværdig i forhold til andre | <input type="checkbox"/> 1 |
| har jeg ruget over mine tidligere fejl | <input type="checkbox"/> 2 |
| har jeg været plaget af svær skyldfølelse | <input type="checkbox"/> 3 |
| har jeg været overbevist om, at min nuværende tilstand er en form for straf | <input type="checkbox"/> 4 |

(3) Gennem de sidste 3 dage ...

- | | |
|---|----------------------------|
| har jeg udført mine daglige aktiviteter som jeg plejer | <input type="checkbox"/> 0 |
| har jeg været lidt mindre interesseret i mine daglige aktiviteter | <input type="checkbox"/> 1 |
| har jeg følt, at jeg har haft temmelig svært ved at udføre mine daglige aktiviteter | <input type="checkbox"/> 2 |
| har jeg følt, at jeg har haft svært ved at udføre selv almindelige, rutineprægede aktiviteter | <input type="checkbox"/> 3 |
| har jeg måttet have hjælp til selv de simpleste daglige aktiviteter | <input type="checkbox"/> 4 |

fortsættes næste side

Appendiks 10

HAM-D₆ – S

(4) Gennem de sidste 3 dage ...

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| har jeg hverken følt mig rastløs eller særlig fåmælt | <input type="checkbox"/> | 0 |
| har jeg følt mig lidt neddæmpet eller fåmælt | <input type="checkbox"/> | 1 |
| har jeg følt mig temmelig neddæmpet eller fåmælt | <input type="checkbox"/> | 2 |
| har jeg følt mig meget neddæmpet eller stille | <input type="checkbox"/> | 3 |
| har jeg følt mig fuldstændig stillestående eller nærmest tavs | <input type="checkbox"/> | 4 |

(5) Gennem de sidste 3 dage ...

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| har jeg følt mig rolig og afslappet | <input type="checkbox"/> | 0 |
| har jeg følt mig lidt mere urolig og anspændt end jeg plejer | <input type="checkbox"/> | 1 |
| har jeg været mere angst og bekymret end jeg plejer, men uden at miste kontrollen | <input type="checkbox"/> | 2 |
| har jeg været så angst og bekymret, at jeg glimtvis har følt mig på kanten af panik og var bange for at miste kontrollen | <input type="checkbox"/> | 3 |
| har jeg haft episoder, hvor jeg blev overvældet af panik | <input type="checkbox"/> | 4 |

6) Gennem de sidste 3 dage ...

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| har jeg været lige så aktiv og haft lige så megen energi som jeg plejer | <input type="checkbox"/> | 0 |
| har jeg følt mig lidt træt eller utilpas med lette smerter i kroppen | <input type="checkbox"/> | 1 |
| har jeg følt mig temmelig træt eller haft smerter i kroppen | <input type="checkbox"/> | 2 |

Dette spørgeskema er udviklet på basis af de seks items i Hamiltons Angstskala (side 49), dvs. det måler sværhedsgraden af generaliseret angst (GAD), men har ingen diagnostiske egenskaber som f.eks. MDI ved depression. Spørgeskemaet består i øvrigt af ti symptomer, der scores analogt til MDI, således at hvert spørgsmål dækker de sidste 2 uger og tillægges en talværdi mellem 0 og 5. Jo højere værdi, jo mere konstant har det pågældende symptom været til stede. Totalscoren af de ti

spørgsmål har derfor en spændvidde fra 0 til 50. GAD-10 har vis sig at opfylde Mokkenanalysen, hvilket vil sige, at dens samlede score er nok til at udtrykke sværhedsgraden af generaliseret angst (37). Standardiseringen har vist (37), at værdiene meget tæt følger totalscoren på Hamiltons Angstskala. Et score fra 0 - 7 betyder 'ingen angsttilstand', fra 8 - 14 'tvivlsom angsttilstand', fra 15 - 19 'lettere angsttilstand', fra 20 - 29 'moderat angsttilstand' og fra 30 - 50 'svær angsttilstand'.

Nedennævnte spørgsmål handler om hvordan du har haft det igennem de sidste 2 uger

Hvor stor en del af tide har du...	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1 været nervøs, anspændt eller følt, indre uro?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
2 følt dig ængstelig, bange eller bekymret?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
3 haft hjertebanken eller smerter i brystet?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
4 haft ømhed eller smerter i musklerne, f.eks. i nakken eller i ryggen?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
5 haft svimmelhed eller tilbøj til at besvime?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
6 haft tendens til at fare sammen ved selv den mindste foranledning?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
7 været meget rastløs eller haft svært ved at falde til ro?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
8 været nødt til at undgå visse ting steder eller aktiviteter, fordi de gør dig bange?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
9 følt at du bliver let irriteret?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>
10 haft besvær med at huske eller svært ved at koncentrere dig?	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="0"/>

Det mest simple spørgeskema til vurdering af depressionens sværhedsgrad er Preskorns skema (139). Det har herhjemme vist sig at være anvendeligt (140).

Hvor deprimeret er du i dag?

(Preskorn)

Jeg er ude af min depression	0	<input type="checkbox"/>
	1	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>
	4	<input type="checkbox"/>
	5	<input type="checkbox"/>
	6	<input type="checkbox"/>
	7	<input type="checkbox"/>
	8	<input type="checkbox"/>
	9	<input type="checkbox"/>
Min depression er den værste jeg har haft	10	<input type="checkbox"/>

16 Ordliste

Affektive sygdomme En fællesbetegnelse for bipolare lidelser (maniske og depressive tilstande) og unipolare lidelser (depressive tilstande; ofte ledsaget af angsttilstande, fobiske tilstande, tvangstilstande eller somatiseringstilstande).

Applicerbarhed En skalas anvendelighed i en given undersøgelse. Dens evne til at afdække det, man gerne vil måle (relevans).

Allerup P Dansk statistiker, professor ved Danmarks Pædagogiske Universitet. Har videreført Rasch-traditionen inden for psykometri.

Binswanger L (1881–1966) Schweizisk psykiater, uddannet under Bleuler og Jung. Han dannede senere den eksistentielle psykiatri med fænomenologiske rødder helt tilbage til Søren Kierkegaard. Han var dog meget optaget af den samtidige filosof Ernst Cassirer, som besøgte ham nogle gange på det psykiatriske sygehus (Bellevue i Kreuzlingen), hvor Biswanger var leder fra 1910 til 1956.

Clinimetrics Det medicinske udtryk for måling af kliniske symptomer, bivirkninger, sociale faktorer og livskvalitet. Blev indført af den kliniske epidemiologs fader, Alvan R Feinstein (1925–2001). Rating scales er klinimetriske instrumenter.

Dein E (1922-1975). Overlæge ved Rigshospitalets psykiatriske afd. fra 1969 til 1975. Kaldte sig selv elev af Wimmer og var således optaget af den eksistentielle psykiatri med stor interesse i tysk og fransk psykiatri.

Deltog med stort engagement i validitetsundersøgelser på Rigshospitalet i begyndelsen af 1970'erne, hvor han uden noget kendskab til Hamiltons depressionsskalaer udfyldte den globale depressionsskala (se side 67) efter et interview med de indgæede patienter. Sammen med Ove Jacobsen, som på det tidspunkt var 1.reservelæge i afdelingen, opnåedes en høj inter-observatør reliabilitet med denne globale skala.

Dimension Inden for de affektive lidelser udgør angst, depression og mani selvstændige kliniske dimensioner, på hvilke man kan angive graden af tilstandens dybde.

Dosis-respons Sammenhængen mellem dosis af et lægemiddel og klinisk virkning.

Effect size Størrelsen af forbedringen i en skalascore i en given behandlingstid, når aktiv behandling (verum) sammenlignes med inaktiv behandling (placebo). Den gennemsnitlige forskel divideres med spredningen.

Efficacy Den kliniske virkning i betydningen *symptomreduktion* i en randomiseret klinisk behandlingsundersøgelse

Effectiveness Den kliniske vurdering i betydningen *øget livskvalitet eller social funktion* i en klinisk behandlingsundersøgelse.

Faktor Oprindeligt den symptomgruppe eller struktur, der kunne identificeres ved brug af den statistiske metode, som kaldes faktor-analyse.

Globalt klinisk indtryk Terapeutens overordnede indtryk af patientens symptomatologi. Opdeles ofte i sværhedsgrad for sig selv og i forbedring under en given behandling (ændringen i sværhedsgrad).

Hamilton M (1912–1988) Flyttede med sine forældre fra Tyskland, hvor han blev født, til England allerede i 1914 og mestrede siden det engelske sprog bedre end hans kolleger. Han udviklede i 1950'erne sine angst- og depressionsskalaer under sit daglige kliniske arbejde og nægtede egentlig videnskabelig ansættelse. Han har gennem disse skalaer mere end nogen andre sikret betydningen af rating scales i den kliniske psykiatri. Blev i 1963 professor i psykiatri ved universitetet i Leeds.

Intraclass coefficient Et statistisk udtryk for graden af overensstemmelse når flere terapeuter vurderer den samme patientgruppe (inter-observatør-reliabilitet). Angives som en koefficient med maksimumværdi 1,0 (fuldstændig overensstemmelse). En værdi over 0,6 anses for acceptabel.

Kernesyntom(er) De symptomer, der har afgørende betydning for de kliniske dimensioner ved angst-, depressions- og mani-tilstandene.

Klinimetri se Clinimetrics

Klinisk signifikans Herved forstås størrelsen af en

- forbedring under en behandling. For at være signifikant, skal forbedringen være umiddelbart klinisk erkendbar.
- Kuhn, R** Født 1912. Schweizisk psykiater. Påvirket i sit syn på psykiatrien af Biswanger. Påviste imipramins antidepressive virkning og startede derved den medicinske antidepressive behandlingsmulighed i psykiatrien.
- Lehmann, HE** (1911–1999) Født i Berlin, men arbejdede som psykiater i Canada i hele sit professionelle liv. Indførte chlorpromazin i Nordamerika og var vidende om, at det virkede både mod mani og skizofreni. Foreslog betegnelsen anti-psykotisk medicin for præparater med samme kliniske virkningsprofil som chlorpromazin.
- Meta-analyse** En statistisk metode til at sammenlægge flere forskellige undersøgelser af en given behandling for at finde den mest sikre effect size.
- Psykometri** Den videnskabsgren, der analyser en skalas reliabilitet og validitet på statistisk grundlag.
- Rafaelsen OJ** (1930–1987) Professor i psykiatri ved Rigshospitalet, hvor han grundlagde Psykoke-misk Institut med det sigte at integrere de kliniske symptomer ved affektive sygdomme med de kemiske processer i hjernen. Han havde en non-dualistisk opfattelse af relationen mellem de psykiske symptomer og de kemiske processer, således at begge har en central, men forskellig rolle. Stimulerende forskningen i rating scales ved affektive lidelser.
- Randomisering** Tilfældig fordeling af patienter til én ud af flere behandlinger.
- Rasch G** Dansk statistiker (1901–1980), som udviklede item response teori-modellerne.
- Rating scales** En praktisk, standardiseret klinisk evaluering i skemaform af en samtale mellem terapeuten og patienten, hvorunder der på en ganske uhøjtidelig, men også systematisk måde fokuseres på de symptomer, som er fremtrædende i sygdomsbilledet. Omhandler også spørgeskemaer (self-rating scales), hvor patienten selv afkrydser skemaet.
- Reliabilitet – Inter-observatør** En skalas pålidelighed, når flere terapeuter vurderer den samme patientgruppe.
- Reliabilitet – Spørgeskema (test-retest reliabilitet)** Skemaets pålidelighed, når den samme patient udfylder det to gange over et relativt kort tidsrum, hvor tilstanden ikke ændrer sig.
- Remission Symptomfrihed.**
- Remissions-rate** Den procentdel af patienterne, som bliver symptomfri på den givne behandling.
- Respons** Den sufficente symptomreduktion ved en behandling. Ofte benyttes en 50% reduktion af symptomerne fra behandlingens start.
- Respons-rate** Den procentdel af patienterne, som får et klinisk respons på den givne behandling.
- Self-rating** Spørgeskemaer, hvor patienten afkrydser de symptomer, der indgår i en rating scale (se dette).
- Unidimensionalitet** En rating scale siges at være unidimensionel, når den gennem en Rasch-analyse er blevet accepteret. Rasch-analysen kræver at en score på items med lav prævalens er forudgået af en score på items med høj prævalens. Items med lav prævalens måler nemlig de mere alvorlige eller sværere grader af den dimension som ønskes målt, medens items med høj prævalens måler de lettere grader.
- Validitet – indre** En analyse af, hvorvidt de enkelte symptomer i en skala tilhører den samme kliniske dimension, således at summen af de enkelte symptomer er et sufficient eller adækvat mål for tilstandens sværhedsgrad.
- Validitet – ydre** En analyse af, hvorvidt en skala korrelerer med ting uden for skalaen, f.eks. dosis af et lægemiddel (se dosis-respons), eller kan diskriminere mellem aktiv behandling (verum) og inaktiv behandling (placebo).
- Wimmer A** Dansk psykiater (1872–1937). Blev i 1912 leder af Sect. Hans Hospital, i 1919 leder af Psykiatrisk Afdeling, Kommunehospitalet i København og fra 1933 og til sin død professor i psykiatri på Rigshospitalets psykiatriske afdeling. Han var påvirket af Kierkegaard og kan betegnes som eksistentiel psykiater. Hans afhandling om de psykogene psykoser er netop udkommet på engelsk, oversat af Johan Schioldann (20).

17 Litteratur

- 1 Bech P. Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. A compendium on documentation in accordance with the DSM-III-R and WHO systems. Berlin, Springer 1993
- 2 Bech P. The impact of the SCL-90 on the validity of the DSM-IV neurotic or stress-related disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 119–120
- 3 Bauer M, Whybrow PC, Angst J et al. Guidelines for the treatment of unipolar depressive disorder. *World J Psychiatry* 2002; 3: 3–43
- 4 Åsberg M, Bengtsson F, Hagberg B et al. Behandling af depressionssjukdomar. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2004
- 5 Sundhedsstyrelsen. Vejledning om behandling med antidepressiva. København: Sundhedsstyrelsen 2000
- 6 Dansk selskab for almen medicin. Diagnostik og behandling af depression i almen praksis. DSAM 2001
- 7 WHO/ICD-10 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier. København: Munksgaard 1994
- 8 Bech P, Allerup P, Gram LF et al. The Diagnostic Melancholia Scale (DMS): Dimensions of endogenous and reactive depression with relationship to the Newcastle Scales. *J Aff Dis* 1988; 14: 161–170
- 9 Nutt D, Rickels K, Stein DJ (eds) Generalized anxiety disorder. Symptomatology, pathogenesis and management. London, Martin Dunitz 2002
- 10 ECNP Guidelines for investigating efficacy in bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology* 2001; 11: 79–88.
- 11 Bech P. Dimensions of depression and mania emerging in the 1980's (shared with Max Hamilton and Ole Rafaelsen). In: Ban TA, Healy D, Shorter E (eds) From psychopharmacology to neuropsychopharmacology in the 1980's. Budapest: Animula 2002, pp 122–126
- 12 Bech P. Modern psychometrics in clinimetrics: Impact on clinical trials of antidepressants. *Psychother Psychosom* 2004; 73:134–138
- 13 Bech P. Measurement issues. In: D'Haenen H, den Boer JA, Willner P (eds) Biological psychiatry. Chichester: Wiley 2002, pp 25–36
- 14 Hamilton M. A rating scale for depression *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56–62
- 15 Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967; 6: 278–296
- 16 Guy W. Early Clinical Drug Evaluation Unit (ECDEU). Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1976
- 17 Zitman FG, Mennen MF, Griez E, Hooijer CI. The different versions of the Hamilton Depression Rating Scale. *Psychopharmacol Ser* 1990; 9: 28–34
- 18 Hamilton M, Shapiro CM. Depression. In: Peck DF, Shapiro CM (eds) Measuring human problems. Chichester: Wiley 1990 pp 25–65
- 19 Bech P, Gram LF, Dein E, Jacobsen O, Vitger J., Bolwig TG. Quantitative rating of depressive states. *Acta Psychiatr Scand* 1975; 51: 161–170
- 20 Wimmer A. Psychogenic psychosis. First edition in Danish 1916. Translated into English by Schioldann J. Burnside, Australia, Adelaide Academic Press 2003
- 21 Kuhn R. The imipramine story. In: Ayd FJ, Blackwell B (eds) Discoveries in biological psychiatry. Philadelphia: Lippincott 1970, pp 205–217
- 22 Fleck MP, Chaves MCF, Poirier-Littre MF, Bourdel C, Loo H, Guelfi JD. Depression in France and Brazil. Factorial structure of the 17-item Hamilton Depression Scale in inpatients. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192:103–110
- 23 Cleary P, Guy W. Factor analysis of the Hamilton Depression Scale. *Drugs Exptl Clin Res* 1977; 1: 115–120
- 24 Maier W, Phillip m, Heuser I et. al. Improving depression severity assessment. Reliability,

- international validity and sensitivity to change of three observer depression scales. *J Psychiatr Res* 1988; 22:3–12
- 25 Bech P, Allerup P, Gram LF et al. The Hamilton Depression Scale. Evaluation of objectivity using logistic models. *Acta Psychiatr Scand* 1981; 63: 290–299
- 26 Bech P. Meta-analysis of placebo-controlled trials with mirtazapine using the core items of the Hamilton Depression Scale as evidence of a pure antidepressive effect in the short-term treatment of major depression. *Int J Neuropsychopharmacol* 2001; 4: 337–345
- 27 O'Sullivan RL, Fava M, Augustin C et al. Sensitivity of the six-item Hamilton Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 379–384
- 28 Ertbjerg S, Schliemann M, Andersen MS, Tved H, Johnsen EM. Projekt opgave 04, Århus: Almen Medicin, Århus Universitet 2002
- 29 Demyttenaere K, De Fruyt J. Getting what you ask for: on the selectivity of depression rating scales. *Psychother Psychosom.* 2003;72:61–70
- 30 Fava M, Evins AE, Dorer DJ et al. The problem of the placebo response in clinical trials for psychiatric disorders: culprits, possible remedies, and a novel study design approach. *Psychother Psychosom* 2003; 72:115-127
- 31 Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR, Marshall MB. The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight? *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2163-2177
- 32 Bech P, Kastrup M, Rafaelsen OJ. Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes. *Acta Psychiatr Scand Supplementum* 1986; 326 (73): 7–37
- 33 Williams JB Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2001;251 Suppl 2: II/6–II/12
- 34 Williams JB, Link MJ, Rosenthal NE, Terman M. Structured Interview guide for the Hamilton Depression rating scale, Seasonal Affective Disorders version (SIGH-SAD). New York: New York Psychiatric Institute, 1988
- 35 Hamilton M. The assessment of anxiety by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50–55
- 36 Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety. *Br J Psychiatry* 1969; Special issue: 76–79
- 37 Bech P. The core factor in the Hamilton Anxiety Scale (in preparation)
- 38 Meoni P, Salinas E, Brault Y, Hachett D. Pattern of symptom improvement following treatment with venlafaxine X R in patients with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:888–893
- 39 Bech P, Allerup M, Maier W et al. The Hamilton Scales and the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90). A cross-national validity study in patients with panic disorders. *Br J Psychiatry* 1992; 2: 15–29
- 40 Goodwin FK, Jamison KR. Manic depressive illness. Oxford University Press, New York 1990, pp 318–331
- 41 Bech P. The Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (MES) in clinical trials of therapies in depressive disorders: A 20-year review of its use as outcome measure. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 252–264
- 42 Bech P. Cronholm-Ottosson Depression Scale. The first specific depression scale for the rating of changes during treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 439–445
- 43 Hordern A. Tranquility denied. Stress and its impact today. Melbourne, Rigby 1976
- 44 Licht RW, Qvitza S, Allerup P, Bech P. Validation of the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale and the Hamilton Depressions Scale in patients with major depression treated acutely with sertraline at a fixed dose: Is the total score a valid measure of items severity? *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 144–149
- 45 Bech P. The Bech-Rafaelsen Mania Scale in clinical trials of therapies for bipolar disorder. A 20-year review of its use as outcome measure. *CNS Drugs* 2002; 16:47–63
- 46 Bech P, Gex-Fabry, M, Aubry J-M, Favre S, Bertschy G. Olanzapine plasma level in relation to antimanic effect in the acute therapy of manic states. *Nord J Psychiatry* 2005 [in press]
- 47 Bech P, Baastrup PC, De Bleeker E, Ropert R. Dimensionality, responsiveness and standardisation of the Bech-Rafaelsen Mania Scale in the ultra-short therapy with antipsychotics in pati-

- ents with severe manic episodes. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104:25–30
- 48 Licht RW. Validiteten af randomiserede kliniske undersøgelser af psykofarmakas effekt ved mani. København: FADL, 1999
- 49 Bech P. The Bech-Rafaelsen Mania and Melancholia Scales in clinical trials: a 25-year review of their use as outcome measure in bipolar and unipolar patients. In: Brown MC, ed. *Focus on Bipolar Disorder Research*. Nova Science Publishers; Hauppauge, NY 2005, pp 131-154
- 50 Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 382–389
- 51 Allerup P. Statistical analysis of the MADRS rating scales. Copenhagen: Danish Institute of Educational Research, 1986
- 52 Szöke A, Schürhoff F, Ferhadioan N et al. Temperament in schizoprenia. A study of the tridimensional personality questionnaire (TPQ). *Eur Psychiatry* 2002; 17: 379–383
- 53 Galinowski A, Leher P. Structural validity of MADRS during antidepressant treatment. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10: 157–161
- 54 Bech P, Tanghøj P, Andersen HF, Overø K. Citalopram dose-response revisited using an alternative psychometric approach to evaluate clinical effects of four fixed citalopram doses compared to placebo in patients with major depression. *Psychopharmacology* 2002; 163: 20–25
- 55 Mittman N, Kitter S, Borden EK et al. Montgomery-Åsberg severity gradations. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1320–1321
- 56 Müller MJ, Szegedi A, Wetsel H, Benkert O. Moderate and severe depression. Gradations for the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale. *J Affect Dis* 2000; 60: 137–140
- 57 Snaith RP, Harrop FM, Newby Da, Teale C. Grade scores of the Montgomery-Åsberg Depression rating scales and the Clinical Anxiety Scales. *Brit J Psychiatr* 1986; 148:599–601
- 58 Kørner A, Nielsen BJ, Eschen F et al. Quantifying depressive symptomatology: inter-rater reliability and inter-item correlation. *J Affect Disord* 1990; 20: 143–149
- 59 Young RC, Biggs JT, Ziegler VE et al. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978; 133: 429–435
- 60 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. (DSM-III) Washington DC: American Psychiatric Association, 1980
- 61 Paykel ES. Use of the Hamilton Depression Scale in general practice. In: Bech P, Coppen A (eds) *The Hamilton Scales*. Berlin: Springer 1990, pp 40–47
- 62 Bech P, Gram LF, Dein E et al. Quantitative rating of manic states. *Acta Psychiatr Scand* 1975; 52: 1–6
- 63 Reisby N, Gram LF, Bech P, Nagy, A, Petersen GO, Ortman J, Ibsen I, Dencker SJ, Jacobsen O, Krautwald O, Søndergaard I, Christiansen J. Imipramine: Clinical effects and pharmacokinetic variability. *Psychopharmacol* 1977; 54: 263–272
- 64 Danish University Antidepressant Group (DUAG) Citalopram: clinical profile in comparison with clomipramine. A controlled multicentre study. *Psychopharmacology* 1986; 90: 131–138
- 65 Montgomery SA. Clinically relevant effect sizes in depression. *Eur Neuropsychopharmacol* 1994; 4: 283–284
- 66 Bech P. The instrumental use of rating scales for depression. *Pharmacopsychiatry* 1984; 17: 22–28
- 67 Bech P. *The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders*. Second edition. Berlin: Springer 1996
- 68 Bech P, Jepsen, PW (eds) *Diagnostiske kriterier for DSM-III. F.A.D.L.'s forlag, København* 1987
- 69 Montgomery SA, Smeyatsky N, de Ruyter M, Montgomery DB. Profiles of antidepressant activity with Montgomery-Åsberg depression rating scales. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 72 (suppl. 320): 38–42
- 70 Lauritzen L, Odgaard K, Clemmesen L et al. Relapse prevention of paroxetine in ECT treated patients with major depression. A comparison with imipramine and placebo in medium-term continuation therapy. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 241–251
- 71 Bech P. Et præcist psykometer til aflæsning af

- depression og mani i den psykokemiske forskning. I: Mellerup E, Jørgensen OS, Plenge P, Broberg AM (eds.) *Neuropsykiatriske aspekter*. Udgivet i anledning af Neuropsykiatrisk Laboratoriums 100 års jubilæum 10. december 1998. København: Neuropsykiatrisk Laboratorium, Rigshospitalet, 1999; pp 42–50
- 72 American Psychiatric Association. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association 1994
- 73 Bech P. Måtte den bli læst! (SBUs rapport om depressionsbehandling kan øke værdkvaliteten.) Editorial. *Läkartidningen* 2004; 101: 534–535
- 74 Röscher J, Wolf C, Müller MJ et al. The benefit from whole body acupuncture in major depression. *J Affect Dis* 2000; 57: 73–81
- 75 Bech P. Antidepressiva. Ønskede og uønskede virkninger bedømt ved brug af rating scales. I: Jensen, K., Kragh-Sørensen, P. (eds) *Effektivisering af behandlingen af endogen depression*. København: Rosenkilde og Bagger, 1977; 51–54
- 76 Bech P, Cialdella P, Haugh M et al. A meta-analysis of randomised controlled trials of fluoxetine versus placebo and tricyclic antidepressants in the short-term treatment of major depression. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 421–428
- 77 Bech P. Clinical effects of selective serotonin reuptake inhibitors. In: Dahl SG, Gram LF (eds) *Clinical pharmacology in psychiatry*. Berlin: Springer 1989, pp 81–93
- 78 Anderson IM, Tomenson BH. The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in depression: A meta-analysis of studies against tricyclic antidepressive agents. *J Psychopharm* 1994; 8: 238–249
- 79 Anderson IM. SSRI's versus tricyclic antidepressants in depressed inpatients: A meta-analysis of efficacy and tolerability. *Depression and Anxiety* 1998; 7 (Suppl 1): 11–17
- 80 Barbui C, Hotopf M. Amitriptyline versus the rest: Still the leading antidepressant after 40 years of randomized controlled trials. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 129–144
- 81 Danish University Antidepressant Group (DUAG). Clomipramine dose-effect study in patients with depression: Clinical end points and pharmacokinetics. *Clin Pharmacol Ther* 1999; 66: 152–165
- 82 Bech P. Rating scales for affective disorders. Their validity and consistency. *Acta Psychiatr Scand* 1981; 64 (Suppl 295): 1–101
- 83 Fabre LF, Abuzzahab FS, Amin M et al. Sertraline safety and efficacy in major depression: A double-blind fixed-dose comparison with placebo. *Biol Psychiatry* 1995; 38: 592–602
- 84 Bech P. Depressive symptomatology and drug response. *Communications in Psychopharmacology* 1978; 2: 409–418
- 85 Hawley CJ, Gale TM, Sivakumaron T. Defining remission by cut off score on the MADRS: selecting the optimal value. *J Affect Disorders* 2002; 72: 177–184
- 86 Hamilton M. Die Beurteilung einer Behandlungsart und die Messung von Symptomen. In: Hippus H (ed.) *Symposium über Ergebnisse der experimentellen und klinischen Prüfung der Nomifensium*. Stuttgart, FK Schattauer Verlag 1997; pp 11–17
- 87 Gerson SC, Plotlin DA, Jarvik LF. Antidepressant drug studies 1956–1986. Empirical evidence for aging patients. *J Clin Psychopharmacol* 1988; 8: 311–322
- 88 Bent-Hansen J, Lunde M, Klysner R, Andersen, M, Tanghøj P, Solstad K, Bech P. The validity of the depression rating scales in discriminating between citalopram and placebo in depression recurrence in the maintenance therapy of elderly unipolar patients with major depression. *Pharmacopsychiatry* 2003; 36:313–316
- 89 Geddes JR, Carney SM, Davis C et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: A systematic review *Lancet* 2003; 361: 653–661.
- 90 Healy D. Mandel Cohen and the origins of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition: DMS-III*. *Hist Psychiatry* 2002; 13: 209–230
- 91 Hordern A. Some experiences in clinical psychopharmacology. In: Ban TA, Healy D, Shorter E (eds.) *From psychopharmacology to neuropsychopharmacology in the 1980ies*. Bu-

- dapest: Animula 2002, pp 206–210
- 92 Hordern A, Burt CG, Holt NF, Cade JF. Depressive states. A pharmacotherapeutic study. Springfield, IL: Charles C Thomas 1965
- 93 Bech P. Pharmacological treatment of depressive disorders: A review. In: Maj M, Sartorius N (eds) *Depressive disorders in psychiatry*. Chichester: Wiley 1999, pp 89–127
- 94 Stage KB, Bech P, Kragh-Sørensen P et al. Differences in symptomatology and diagnostic profile in younger and elderly depressed inpatients. *J Affect Disorders* 2001; 64: 239–248
- 95 Bartko JJ, Carpenter WT. On the methods and theory of reliability. *J Nerv Ment Dis* 1976; 163: 307–317
- 96 Kay SR, Opler LA, Fiszbein A. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Rating Manual. New York, San Rafael: Social and Behavioural Science Documents 1987
- 97 Bech P, Gastpar M, Mendlewicz J. The role of training courses in multicenter trials: WHO experiences. In: Chagas C, Josiassen R G, Bridger WH, Weiss KJ, Stoff D, Simpson GM (eds). *Developments in psychiatry*, vol. 7. Amsterdam: Elsevier, 1986. pp 1513–1515
- 98 Williams JBW. Structural interview guidelines for the Hamilton Depression Rating Scale. In: Bech P, Coppen A (eds.) *The Hamilton Scales*. Berlin: Springer 1990, pp 48–63
- 99 Svanborg P, Åsberg M. A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *J Affect Disorders* 2001; 64: 203–216
- 100 Bent-Hansen J, Lauritzen L, Clemmesen L, Lunde M, Kørner A. A definite and a semidefinite questionnaire version of the Hamilton/melancholia (HDS/MES) scale. *J Aff Dis* 1995; 33: 143–150
- 101 Stage K, Middelboe T, Pisinger C. Measurement of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Nord J Psychiatry* 2003; 57: 297–301
- 102 Poulsen I, Hesselbo B. Kvalitetsudvikling af den geriatriske indsats i HS. Fra udviklingsprojekt til klinisk hverdag. Rapport til Honosskala Sygehusfællesskab 2002, København
- 103 Bech P, Rasmussen S, Dahl A, Lauritsen B, Lund K. The Withdrawal Syndrome Scale for alcohol and related psychoactive drugs. *Nord J Psychiatry* 1989; 43: 291–294
- 104 Nørholm V. Livskvalitet hos skizofrene patienter. Sammenligning med livskvalitet i befolkningen som referencedata. Ph.d.-afhandling. Hillerød: Psykiatrisk Sygehus, Frederiksborg Amt, 2002
- 105 Schütze T, Nørholm V, Olsen LR et al. Reliability and validity of the Danish version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Nord J Psychiatry* 2001; 55: 119–122
- 106 Janowsky DS, Leff M, Epstein RS. Playing the manic game. *Arch Gen Psychiatry* 1970; 22: 252–261
- 107 Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. SCL-92. I: Elsass P, Ivanou J, Mortensen EL, Poulsen S, Rosenbaum B. Assessment – en brugsbog. Dansk Psykologisk Forlag 2005 [in press]
- 108 Bech P. Stress og livskvalitet. København: PsykiatriFondens Forlag 1999
- 109 Parloff MB, Kelman HC, Frank JD. Comfort, effectiveness and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1954; 111: 343–351
- 110 Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. The SCL-90 and the SCL-90-R validated by Item Response Models in a Danish community sample. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110:225–229
- 111 Rickels K, Lipman RS, Garcian CR, Fisher E. Evaluating clinical improvement in anxious outpatients: A comparison of normal and treated neurotic patients. *Am J Psychiatry* 1972; 128: 1005–1009.
- 112 Beck AT, Ward CH, Mendelson M. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961 ; 4: 561–571
- 113 Zung, WWK. A self-rating depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965 ; 12 : 63–70
- 114 Bech P, Rasmussen N-A, Olsen LR, Noerholm V, Abildgaard W. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *J Affect Disord* 2001; 66: 159–164
- 115 Olsen LR, Jensen DV, Noerholm V, Martiny K,

- Bech P. The internal and external validity of the Major Depression Inventory in measuring severity of depressive states. *Psychol Med* 2003; 33, 351-356
- 116 Rutz W, von Knorring L, Pilgren H et al. Prevention of male suicides: lessons from the Gotland study. *Lancet*. 1995;345:524
- 117 Zierau F, Bille A, Rutz W, Bch P. The Gotland Male Depression Scale: A validity study in patients with alcohol use disorder. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 265–271
- 118 Hildebrandt MG, Stage KB, Kragh-Soerensen P. Gender and depression: a study of severity and symptomatology of depressive disorders (ICD-10) in general practice. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107:197–202
- 119 Hildebrandt MG, Stage KB, Kragh-Soerensen P. Gender differences in severity, symptomatology and distribution of melancholia in major depression. *Psychopathology* 2003; 36:204–212
- 120 Hildebrandt MG, Steyerberg EW, Stage KB, Passchier J, Kragh-Soerensen P. Are gender differences important for the clinical effects of antidepressants? *Am J Psychiatry* 2003; 160:1643–1650
- 121 Henkel V, Mergl R, Kohnen R, Möller H-J, Hegerl U. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ* 2003; 326:200–201.
- 122 Bech P, Gudex C, Staehr Johansen K. The WHO (Ten) Well-Being Index: Validation in diabetes. *Psychother Psychosom* 1996; 65: 183–190
- 123 Bech P, Olsen RL, Kjoller M, Rasmussen NK. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *Int J Meth Psychiatr Res* 2003; 85–91
- 124 Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians diagnoses. *J Aff Dis* 2004; 78: 131–140
- 125 Henkel V, Maehrenschlager M, Hegerl U et al. Screening for depression in adult acne vulgaris patients: Tools for the dermatologist. *J Cos Dermatol* 2002; 7: 202–207
- 126 Bjørner JB, Damsgaard MT, Watt T et al. Dansk manual til SF-36. Et spørgeskema om helbredsstatus. København: Lif 1997
- 127 Gandek B, Ware JE, editors. Translating functional health and well-being: international quality of life assessment (IQOLA) project studies of the SF-36 health survey. *J Clin Epidemiol* 1998; 51 (11, Special Issue)
- 128 Bech P. Social functioning: Should it become an endpoint in trials of antidepressants? *CNS Drugs* 2005; 19: 313–324
- 129 Bech P, Moses R, Gomis R. The effect of prandial glucose regulation with repaglinide on treatment satisfaction, wellbeing and health status in patients with pharmacotherapy-naïve Type 2 diabetes: a placebo-controlled, multicentre study. *Qual Life Res* 2003; 12: 413–425
- 130 Demyttenaere K, Bruffaerts R, Adelin A et al. Development of an antidepressant compliance questionnaire (ADCQ). *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 201–207
- 131 Bech P. Quality of life in the psychiatric patient. London: Mosby-Wolfe 1998
- 132 Bech P, Coppen A (eds). *The Hamilton Scales*. Berlin, Springer 1990
- 133 Pedersen, G, Karterud S. Is SCL-90R helpful for the clinician in assessing DSM-IV symptom disorders? *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 120–123
- 134 Creed F, Fernandes L, Guthrie E et al. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2003; 142:303–317
- 135 Stage KB, Bech P, Kragh-Sørensen P et al. The concept of melancholia (submitted)
- 136 Vestergaard P, Gram LF, Kragh-Sorensen P, Bech P, Reisby N, Bolwig TG. Therapeutic potentials of recently introduced antidepressants. *Danish University Antidepressant Group. Psychopharmacol Ser.* 1993;10:190-198
- 137 Bech P, Stage KB, Nair NPV, Larsen JK, Kragh-Sørensen P, Gjerris A and DUAG. The major depression rating Scale (MDS). Inter-rater reliability and validity across different settings in randomized moclobemide trials. *J Affect Disord* 1997; 42: 39–48
- 138 Kessing LV, Hansen HV, Demyttenaere K, Bech P. Depressive and bipolar disorders: Patients'

attitudes and beliefs on depression and antidepressants *Psychol Med* (in press)

- 139 Preskorn S. Outpatient management of depression. 2nd ed. Caddo, Okla.: Professional Communications, 1999.
- 140 Lauge N, Behnke K, Sogaard J, Bahr B, Bech P. Responsiveness of observer rating scales by analysis of number of days until improvement in patients with major depression. *Eur Psychiatry* 1998; 13: 143-145