

Diagnostik av egentlig depression och så kallad utmattningsdepression

Självaktning – ett centralt begrepp

■ På senare tid – bland annat vid en större konferens i Stockholm i januari 2001 om utbrändhet, i dagspressen liksom i fackpressen [1] – har en ny diagnos »utmattningsdepression« introducerats som en beskrivning av det kliniska tillstånd vi också mer ospecifikt har kommit att kalla »utbrändhet«. Denna utmattningsdepression uppfyller många av kriterierna för »egentlig depression« enligt den amerikanska psykiatriklassifikationen DSM-IV [2] men särskiljer sig också i form av större inslag av t ex ångest, yrsel, muskelspänning, trötthet och koncentrationssvårigheter. För många är denna skillnad förvirrande och har också lett till ifrågasättande av diagnosen [3]. Denna förvirring är för mig ett belägg för den svårighet vi har att med enkla ord beskriva vad en klinisk depression är och ringa in skillnaden mellan denna och vissa andra närliggande psykiska tillstånd. Begreppet självaktning har hjälpt mig att förstå den kvalitativa kärnan i den kliniska depressionen, vilket jag menar också kan ge oss en vägledning i att särskilja den från sådana närliggande tillstånd som sorgen liksom det trötthetstillstånd som ligger bakom begreppet utbrändhet [4, 5].

Alla är överens om släktskapen men också om den viktiga kvalitativa skillnaden mellan den naturliga ledsenheten eller sorgen och den egentliga depressionen. Men erfarenheten har visat den praktiska svårigheten i att enkelt fånga in, vari denna skillnad ligger. Många vill beskriva den med utgångspunkt i t ex durationen, djupet, orsakens natur, om det går naturligt över eller inte. Freud diskuterade denna svårighet i sin berömda uppsats »Sorg och melankoli« [6]. Han uttryckte skillnaden på följande sätt: »I sorgen har världen blivit fattig och tom, i melankolin är det jaget självt.« Att vara deprimerad innebär således en förlust som drabbar det vi kallar jaget eller självet, medan sorgen är riktad mot förlusten i världen utanför oss.

Moderna diagnosystem som DSM-IV [2] och den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10 [7] använder sig för diagnosen egentlig depression av ett antal inklusionskriterier, som ska vara uppfyllda. I dessa blandas olika symtom som t ex nedstämdhet, minskat intresse, aptitstörningar, sömnstörningar, känslor av värdelöshet utan närmare rangordning eller kvalitetsbedömning. För diagnosen melankoli, som vi idag räknar som en djupare och särskild form av den egentliga depressionen, krävs bland andra symtom nedstämdhet av distinkt kvalitet (som upplevs som klart skild från sorg vid en älskad anhörigs bortgång). Diagnosystemen räknar

SAMMANFATTAT

Den egentliga depressionen kan igenkännas genom förlusten av självaktning.

Den kan därigenom lätt särskiljas från två närliggande psykiska tillstånd – sorgen och det asteniska syndromet – som båda företer en bevarad självaktning.

Båda dessa tillstånd kan övergå i en egentlig depression i takt med att självaktningen minskar och till sist förloras helt.

Diagnosen utmattningsdepression bör användas endast då tillståndet antagit det djup som är den egentliga depressionens, dvs då självaktningen gått förlorad.

Som sådan bör utmattningsdepressionen skiljas från det kliniskt så mycket vanligare tillståndet av stressutlöst utmattningsreaktion, som här definieras ingå i det asteniska syndromet.

Neurotiska mekanismer kan finnas med i utvecklingen av stressutlösta tillstånd men saknas vid det utvecklade asteniska syndromet liksom vid den manifesta utmattningsdepressionen.

alltså med en distinkt kvalitet av nedstämdheten men ger ingen vägledning om hur denna ska definieras.

Självaktning

Självaktning må vara ett lite ålderdomligt ord men innehåller två informativa komponenter. Den ena kan sägas vara självkärleken, som även kan uttryckas som den libidinösa sidan av den sunda narcissismen. Den andra är aktning i betydelsen akta, högakta, ta hand om, stå upp för, försvara och innebär det naturliga värnandet av självkärleken, dvs den aggressiva sidan av den sunda narcissismen. Man kan säga att självaktningen är en del av och ingår i vad som biologiskt utgör självbevarelsesdriften. Det engelska »self-esteem«, som koppas till flera psykiatriska tillstånd, bland annat depression [8], står enligt ordböckerna för både självaktning och självkänsla.



Foto: MANS BÄCKER

Förlorad självaktning. Scen ur baletten »Manon«, med Eva Nissen (på bilden) i titelrollen. Koreografi: Sir Kenneth MacMillan. Kungliga Operan, 2002.

För mig är självkänsla ett mer allmänt begrepp, som kan sägas inrymma både självkärleken och självaktningen.

Självaktningens båda komponenter – självkärleken och aktandet av denna – gör begreppet dynamiskt genom att »legeringen« mellan komponenterna kan variera och inte är given en gång för alla. Den sunda självaktningen bygger på en relativt stabil legering, i varje fall på en form som inte hotas av upplösning. Vid den förlorade självaktningen är just denna legering upplöst och värnandet om självkärleken istället ett destruktivt element. Bildligt tänker jag mig (den sunda) narcissismen som en analog till cellmembranet: ett skyddande hölje och en gräns kring jaget (självet) där insidan av membranet vetter in mot självet, medan den yttre sidan vetter ut mot omvärlden. Kommunikationen över »membranet« utgör det livsviktiga flödet mellan jaget (självet) och omvärlden. Den sunda narcissismens funktion bygger som jag ser det alltså på ömsesidigheten med omgivningen.

Självaktning beskriver således något mer än det vi brukar kalla självkänsla, liksom självtillit, självförtroende och också självbild. En sund självaktning är något som gradvis växer fram inom oss under vår psykiska utveckling, där ömsesidigheten med vår omgivning är den viktiga förutsättningen. Känslor av skam och skuld kan blockera den sunda självaktningen och utgör också mycket påtagliga moment i den kliniska depressionen.

Anamnestic kan självaktningen ringas in genom sådana frågor kring självkänslan som ger vägledning om patientens uppfattning om sitt eget värde. Att direkt fråga om självakt-

ning ger sällan utbyte, då patienten kan ställa sig frågande inför vad som menas. Däremot tycks självkänsla vara ett mer tillgängligt begrepp. Men genom att på olika sätt fråga om hur patienten ser sitt eget värde gentemot omvärlden, får man också svaret på den beredskap han eller hon har att värna detta värde. Det är först genom att ringa in uppfattningen om det egna värdet som man kan bedöma självaktningen.

Min egen kliniska erfarenhet och bedömning genom åren är att det är just förlusten av självaktning som är den kliniska kärnan i varje egentlig depression. Jag har kommit fram till att förlust av självaktning utgör den distinkta kvaliteten i den nedstämdhet som vidareutvecklar sorgen till en depression. Enkelt skulle det kunna uttryckas på följande sätt: vid den »rena« sorgen är självaktningen opåverkad och bevarad, vid depressionen är den nedsatt eller förlorad. Ju mer självaktningen går förlorad, desto djupare blir depressionen för att anta alltmer melankolisk och till sist psykotisk kvalitet. På detta sätt kan vi se och anta en klinisk och kvalitativ axel från den enkla och »rena« sorgen å ena sidan, till den djupaste formen av depression å den andra. Depressionens närhet och släktskap med sorgen blir då också möjligt att förstå i ett dynamiskt sammanhang.

Det innebär också att den aggressiva sidan av narcissismen är neutral i sin riktning vid sorgen, medan den vid depressionen alltmer riktas inåt mot det egna självet och jaget. Men den kan också saknas, som vid många former av depression. Vid hjälplöshet, hopplöshet och uppgivenhet har den sunda aggressiviteten helt tappat sin kraft och förmår inte längre värna och försvara den låga självkärleken. Energilöshet kan också leda till depression.

Begreppet självaktning innebär således ett hjälpmedel i diagnostiken av en depression [8] genom att det enligt min mening definierar den kvalitativa kärnan i det depressiva tillståndet. Min erfarenhet vid diskussioner med depressionsforskare av olika skolor är att självaktning kan ses som ett centralt och möjligt samlande begrepp, som lätt kan inordnas i både ett biologiskt och ett psykologiskt synsätt och väl passar in såväl i den kognitiva som i den psykoanalytiska och också den interpersonella kunskapsmodellen. Begreppet är övergripande men kan sägas vara validerat i olika delaspekter, bl a i en modern interpersonell skattningsskala »Structural Analysis of Social Behavior« [9].

Det asteniska syndromet

Ottosson [10] har i sin lärobok »Psykiatri« utförligt beskrivit det kliniska tillstånd som han benämner »det asteniska syndromet«: en allmän men ospecifik reaktion på olika former av stress. Syndromet kännetecknas av två huvudsymtom, nämligen trötthet (eller uttrötthet) och irritabilitet. Bland övriga symtom nämns gråtmildhet, ljud- och ljuskänslighet, minnes- och koncentrationsstörningar, spänningssymtom och sömnstörningar. Syndromet beskrivs som ett av de allra vanligaste tillstånden inom psykiatrin just för att stress utlöser denna reaktion. Ottosson är ensam om att beskriva tillståndet som ett allmänt ospecifikt men ändå enhetligt reaktionsmönster. ICD-10 och DSM-IV delar upp tillståndet i olika undergrupper. ICD-10 för asteni både under organiska och under neurotiska störningar. DSM-IV tar upp postkommotionell störning och lindrig neurokognitiv störning under kognitiva störningar UNS och kronisk trötthet under somatoforma syndrom. Dessa diagnoser presenteras i rutan Fakta 1. Som en särskild grupp betecknar DSM-IV den djupare formen av det premenstruella syndromet, som också företer tydliga depressiva symtom, som »premenstrual dysphoric disorder«. Begreppet utbrändhet passar väl in i maladaptiv stressreaktion enligt DSM-IV men även under andra diagnoser. I ICD-10 placeras utbrändhet bland »faktorer av betydelse för hälsotill-

II Fakta 1

Exempel på diagnoser tillämpliga vid asteniska syndrom

ICD-10	DSM-IV
Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom	Kognitiv störning UNS
– organiskt förstärkningsyndrom	– lindrig neurokognitiv störning
– organisk emotionell labilitet (asteni)	– postkommotionellt syndrom
– lindrig kognitiv störning	Somatoformt syndrom UNS
Personlighets- och beteendestörningar orsakade av hjärnsjukdom, hjärnskador eller cerebral dysfunktion	– oförklarliga besvär
Ospecifikt förstärkningsyndrom	– kronisk trötthet
Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	Maladaptiv stressreaktion
– ospecifikt	– med nedstämdhet
Dissociativa syndrom	– med ångestkänslor
– vid svår stress	– med både ångest och nedstämdhet
Somatoforma syndrom	– med stört beteende
– odifferentierat	– med både emotionella störningar och stört beteende
Andra neurotiska syndrom	– UNS
– neurasteni	Axel IV: psykosociala problem och övriga problem relaterade till livsomständigheter
Potentiella hälsorisker avseende socioekonomiska och psykosociala förhållanden (Z55–Z65)	
Problem som har samband med svårigheter att kontrollera livssituationen (Z73)	
– utbrändhet	
– fysisk och psykisk stress UNS	

ståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården», s k Z-diagnoser.

Jag finner ICD-10 och DSM-IV svårtillgängliga, då det gäller att relatera dessa diagnoser till varandra. Ottossons begrepp »det asteniska syndromet« uppfattar jag däremot ger en tydligare bild av de enhetliga fysiologiska mönster som gemensamt kan ligga bakom de olika formerna av negativa stressreaktioner. Jag uppfattar det kroniska trötthetsyndromet [11] och fibromyalgin [12] som två mer specifika och djupare former av det asteniska syndromet.

Asteniska syndrom utlöses av negativ såväl fysisk som psykisk stress. Bland de rent fysiska stresstillstånden kan nämnas reaktioner efter infektioner, hormonella rubbningar, kroniska förgiftningar, bristtillstånd, tumörsjukdomar, hjärnskador; tillstånd som alla framkallar trötthet på grund av energibrist. De psykiska stresstillstånden utgör reaktioner efter långvarig psykisk belastning som t ex en pressad ekonomi, en pressad familjesituation, missförhållanden på arbetsplatsen men också arbetslöshet. Som en kombinerad psykisk och fy-

II Fakta 2

Självaktning och aggressionens riktning vid olika kliniska tillstånd

Kliniskt tillstånd	Självaktning	Aggressionens riktning
Sorg	Bevarad	Neutral
Depression	Förlorad	Frånvarande eller inåtvänd
Asteniskt syndrom	Bevarad	Utåtriktad

sisk stressreaktion vill jag förutom klimakteriet och det premenstruella syndromet (som Ottosson nämner) även räkna in symtomen vid s k jet-lag och den subdromala formen av vinterdepression (sub-SAD, subdromal seasonal affective disorder) under det asteniska syndromet [4].

Det asteniska syndromet innehåller som affektiv komponent ofta en dysfori men är som affektivt tillstånd i sin rena form dock kvalitativt avskilt från den egentliga depressionen. Det visade sig tydligt på den tiden vi använde oss av de tricykliska medlen som antidepressivum. De rena asteniska syndromen svarade aldrig på dessa medel utan förvärrades i regel av dem. Istället har de ofta svarat bra på en medicinerings med en låg dos flupentixol (0,5–1 mg dagl). Bland de nya selektiva serotoninåterupptagshämmarna (SSRI) tycks enligt min erfarenhet sertralin ibland ge effekt, åtminstone vid vissa former av det asteniska syndromet. Sertralin har också viss dopaminerg effekt [13]. Men hormonellt skiljer sig de båda tillstånden åt. Medan det sedan länge varit känt att den egentliga depressionen i regel går med förhöjda kortisolhalter [10], visar moderna rapporter att stressutlösta långdragna trötthetstillstånd liknande det asteniska syndromet istället kan förete låga halter [14, 15]. Mycket talar för att dessa trötthetstillstånd utgör en särskild biologisk enhet, i varje fall ett eget stadium i en biologisk process, skild från den egentliga depressionen.

Min egen erfarenhet av att »bedside« skilja asteniska syndrom från den egentliga depressionen har igen utgått från användningen av begreppet självaktning. Medan självaktningen vid den egentliga depressionen således är förlorad, är självaktningen vid den rena formen av det asteniska syndromet alltid bevarad och opåverkad. När det gäller aggressivitetens riktning är den utåtriktad vid det asteniska syndromet, vilket yttrar sig i huvudsymtomet irritation. Denna utåtriktade irritation kan också ses i början av den depressiva processen, innan denna vänds inåt. Skillnaderna åskådliggörs i rutan Fakta 2. Vid mani kan självaktningen tyckas vara ökad parallellt med den så tydligt utåtriktade aggressiviteten. En närmare granskning av självaktningen vid det maniska tillståndet visar dock att den liksom vid depressionen är förlorad. Manin uppträder psykologiskt som ett försvar att hålla den depressiva självbilden och den förlorade självaktningen borta från det egna medvetandet [6, 8].

Utmattningsdepression

Maslach [16] har beskrivit utbrändhet (burnout) som ett stresstillstånd relaterat till den drabbades pressade arbetssituation, ursprungligen bland personal inom vård- och serviceyrken men sedan också inom allt fler yrkesgrupper [17]. Det är också som reaktion på en tempopressad arbetssituation, där möjligheterna för arbetstagaren att själv påverka sina arbetsvillkor är starkt begränsade, som vi idag framför allt talar om

Annons

Annons

utbrändhet. Namnet utmattningsdepression har därvid – men enligt min mening oegentligt – blivit en synonym till arbetsrelaterad utbrändhet för att markera den affektiva komponenten i detta tillstånd.

Men den vanliga utmattningen framkallad av stress, som är huvudingrediensen i det tillstånd som avses med »utbrändhet«, är ett tillstånd som inte enbart är arbetsutlöst utan också ses vid andra liknande stresstillstånd [3]. Som sådant passar det därför väl in under rubriken asteniska syndrom enligt Ottossons nomenklatur. »Stressutlöst utmattningsreaktion« [18] är enligt min mening ett tydligare och därvid mer rättvisande namn på detta tillstånd. Som sådant är denna reaktion också – analogt med det asteniska syndromet – ett tillstånd som kvalitativt kan och bör skiljas från den egentliga depressionen, men där en övergång till egentlig depression i ett senare skede också kan ske.

Genom att använda sig av begreppet självvaktning och den förlorade självvakningen går det även här att definiera denna kvalitativa skillnad. Med den förlorade självvakningen som den kvalitativa kärnan i den egentliga depressionen ges också en vägledning, då det gäller terapeutiska åtgärder. Den stressutlösta utmattningsreaktionen fordrar terapeutiskt i första hand vila och möjlighet till återhämtning, där det självklart för slutresultatet också är avgörande hur de bakomliggande stressorerna kan identifieras och åtgärdas. En behandling av den egentliga utmattningsdepressionen måste därutöver – när återhämtandet av kraft så medger – också innefatta rent antidepressiva åtgärder. Hit räknas medicineringsmen också psykoterapeutisk bearbetning, där såväl kognitiva som psykodynamiska metoder är aktuella. Återupprättandet av den förlorade självvakningen är av avgörande betydelse.

Genom att se till benägenheten hos den drabbade att förlora självvakningen får man dessutom en möjlighet att bedöma om en aktuell utmattningsdepression är sekundär till utmattningen eller om den depressiva benägenheten förelegat redan innan.

Neurosbegreppet

Jag vill också ge en kommentar till det gamla neurosbegreppet, som har strukits ur DSM-systemet då det ansetts ha en otillbörlig etiologisk bakgrund. Detta måste kliniskt ses som en förlust, då man därigenom frånhänder sig ett viktigt diagnostiskt verktyg och arbetsinstrument.

Enligt psykodynamiskt språkbruk kan neurosbegreppet definieras bl a utifrån tre kriterier [19]:

1. förekomsten av en omedveten intrapsykisk konflikt som ger upphov till ångest;
2. bindning av denna ångest i ett symtom, vilket ger ångestlindring (primär sjukdomsvinst);
3. en vinning gentemot omgivningen av detta symtom (sekundär sjukdomsvinst).

Igenkännandet av den sekundära sjukdomsvinsten har alltid varit ett viktigt hjälpmedel att diagnostisera ett neurotiskt tillstånd och undvika de åtgärder som fördröjer eller förhindrar läkningen av de neurotiska symtomen. Genom att inte längre använda sig av detta begrepp förlorar man också en del av möjligheterna att förstå de mekanismer som kan ingå i utvecklingen av stressutlösta utmattningstillstånd. Bland dessa kan nämligen även neurotiska mekanismer finnas i dess upptakt, som t ex en tendens att gärna ta på sig uppgifter för att därigenom få gratifikationer, vilket också Maslach [16] diskuterar. Detta drabbar lätt personer med en prestationsbaserad självkänsla [20] och kan t ex yttra sig som ett behov att sätta gemenskapen med chefen eller arbetsgruppen före egna och familjens intressen.

Visst torde det vara så att den kliniska bilden vid slutresultatet av stressutlösta utmattningstillstånd ter sig relativt ensartad med uppenbara neuroendokrina och neuroimmunologiska reaktionsmönster, som vid t ex kroniskt trötthetssyndrom och fibromyalgi. Men under utvecklingen av detta tillstånd, som kan betecknas som utbrändning [20], är det viktigt att se till den stora individuella variationen i stresskänslighet och den multifaktoriella genesen, där olika betingelser spelar in [3, 18]. Dessa kan vara av somatisk art, som t ex en infektionsbenägenhet, men också av mer tydligt psykisk art, där just neurotiska mekanismer av skilda slag kan ha sin betydelse. För att kunna sätta in riktiga stödåtgärder är det därför viktigt med kunskap om hur sådana eventuella neurotiska mekanismer kan interferera med somatiska och sociala faktorer vid uppkomsten – liksom vid upplösningen – av stressituationer.

Men väl att märka: vid det fullt utvecklade asteniska syndromet och den manifesta utmattningsdepressionen saknas denna neurotiska, sekundära sjukdomsvinst. Denna avsaknad kan i sig därigenom användas som ett ytterligare hjälpmedel att känna igen och diagnostisera de idag allt vanligare tillstånden av utmattningsreaktion och utmattningsdepression. Avsaknad av sekundär sjukdomsvinst kan också användas för att rätt utsluta neurotiska mekanismer som primär stressfaktor – som när vi kollektivt dras med i ett alltmer accelererat tempo i våra liv utan möjlighet till återhämtning (»accelerationssyndromet« enligt M Frankenhaeuser) eller på annat sätt hamnar i yttre situationer vi inte kan kontrollera.

Avslutande kommentar

Min fokusering kring självvakningen är ett förslag till validering av den kvalitativa kärnan i depressionen, där dess djup kan sägas stå i direkt relation till graden av förlust av självvakningen, oavsett om depressionen utlösts av sorg eller av energilöshet. Mitt förslag är i första hand ämnat att väcka eftertanke hos läsaren kring vad som kan bedömas vara depressionens kvalitativa innehåll. Översättning och validering till ett enkelt skattningsinstrument får ses som ett fortsatt arbete.

Referenser

1. Rylander G, Nygren Å, Åsberg M. Utmattningsdepression. Svensk Rehabilitering 2001;3:4-7.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. [Svensk översättning: Mini-D IV. Stockholm: Pilgrim Press; 1995.]
3. Ferrada-Noli M. Om utbrändhetens epidemiologiska belägg. Läkartidningen 2001;98:710-5.
4. Beck-Friis J. Seasonality and seasonal affective disorders: Diagnostic implications for the outcome of phototherapy. In: Wetterberg L, editor. Light and biological rhythms in man. Oxford: Pergamon Press; 1993. p. 411-9.
5. Beck-Friis J. Narcissismen är depressionens moder. Divan 1997;1:36-43.
6. Freud S. Sorg och melankoli. [1917]. Svensk översättning. Divan 1997;1:4-17.
7. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993. [Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.]
8. Robson P.J. Self-esteem – A psychiatric view [review article]. Br J Psychiatry 1988;153:6-15.
9. Benjamin LS. Introduction to the special section on structural analysis of social behavior. J Consult Clin Psychol 1996;64(6):1203-12.
10. Ottosson JO. Psykiatri. 5:e upplagan. Stockholm: Liber; 2000. p. 73-89.
11. Evengård B, Komaroff AL. Kroniskt trötthetssyndrom finns. Påverkan på biologiska parametrar kan mätas. Läkartidningen 1999;96:3166-9.
12. Anderberg UM. Stress kan ge neuroendokrina störningar och smärttillstånd. Läkartidningen 1999;96:5497-9.
13. Goodnick PJ, Goldstein BJ. Selective serotonin reuptake inhibitors

- in affective disorders. *J Psychopharmacol* 1998;12(3 suppl B):S5-20.
14. Cleare AJ, Bearn J, Allain T, McGregor A, Wessely S, Murray RM, et al. Contrasting neuroendocrine responses in depression and chronic fatigue syndrome. *J Affect Disord* 1995;34(4):283-9.
 15. Rosmond R, Björntorp P. Låg kortisolproduktion vid kronisk stress. Sambandet stress-somatisk sjukdom en utmaning för framtida forskning. *Läkartidningen* 2000;97:4120-4.
 16. Maslach C. Utbränd [svensk översättning]. Stockholm: Natur och Kultur; 1985.
 17. Maslach C, Leiter MP. Sanningen om utbrändhet. Hur jobbet förorsakar personlig stress och vad man kan göra åt det [svensk översättning]. Stockholm: Natur och Kultur; 1999.
 18. Klingberg-Larsson S. Stressutlösta utmattningsreaktioner och utbrändhet. Stockholm: Liber; 2000.
 19. Cullberg J. Dynamisk psykiatri. 6:e uppl. Stockholm: Natur och Kultur; 2000. p. 109.
 20. Hallsten L. Utbränning. En processmodell. *Svensk Rehabilitering* 2001;3:26-35.

SUMMARY

Diagnosis of depressive disorder and so-called exhaustion depression
Self-esteem – a central concept

Johan Beck-Friis

Läkartidningen 2002;99:512-7

Depressive disorders can be recognized by the loss of self-esteem; this contrasts with mourning and neurasthenic reactions, in which self-esteem remains intact. Just as depression can result from the gradual reduction and eventual loss of self-esteem, mourning and neurasthenic reactions can evolve into true depressive states. »Exhaustion depression«, a new diagnostic category connected to »burnout« situations, should be applied only when criteria for depressive disorder are fulfilled, including loss of self-esteem. When these criteria are lacking we should refer only to an exhaustion state provoked by stress. Neurotic mechanisms may represent a special class of relevant stress factors, but are not seen in manifest neurasthenic reactions and exhaustion depression.

Correspondence: Johan Beck-Friis, Vällingbyplan 13, SE-162 65 Vällingby, Sweden (j.beck-friis@telia.com)

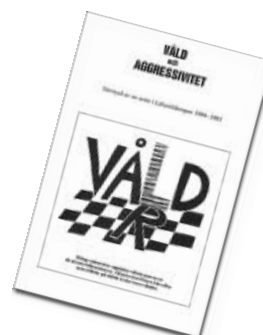
Särtryck

Läkartidningen

Många människor uppfattar våldet som en av de största hälsoriskerna. Våldet möter läkare från olika specialiteter på skilda nivåer inom vården. Det kan också drabba dem själva.

Under 1994–1995 publicerade Läkartidningen 26 artiklar som tillsammans gav ett brett medicinskt perspektiv på ämnet våld och aggressivitet. De har nu samlats i ett 84-sidigt häfte som kan beställas med kupongen nedan.

Priset är 95 kronor.



Våld och aggressivitet

Beställer härmed.....ex
av "Våld och aggressivitet"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker