

Tretthetsfølelse er et vanlig symptom (1). I en norsk befolkningsundersøkelse rapporterte 11,4% kronisk tretthet (2). Både medisinsk og offentlig menes det mye om kronisk tretthet, og motsetningene er til dels uttalte. Det er enighet om at tretthet som varer lenger enn seks måneder, defineres som kronisk.

Mange sykdommer er ledsaget av tretthetsfølelse, f.eks. kreft, kroniske inflammatoriske tilstander og depresjon. Akutt tretthetsfølelse har de fleste opplevd etter f.eks. influensa. Tretthet er dessuten en vanlig bivirkning av medisinsk behandling. Oftest vil slik akutt tretthetsfølelse avta når stimulus opphører, som når stråleterapi avsluttes.

Kronisk tretthet som ikke kan forklares ved dagens medisinske kunnskap, klassifiseres som kronisk tretthetssyndrom eller idiopatisk tretthetssyndrom (3). Kronisk tretthetssyndrom kan spores tilbake til 1800-tallets sentrale medisinske symptom nevrasteni. Betegnelsen kronisk tretthetssyndrom ble først anvendt i 1987 og er bevisst valgt fordi den er utelukkende beskrivende. Medline inneholder nå mer enn 2 000 publikasjoner om kronisk tretthetssyndrom. Tilstanden er omtalt i Tidsskriftet flere ganger – bl.a. under navn som postviralt tretthetssyndrom og kronisk utmattelsessyndrom.

Flere betegnelser er brukt om tilstanden. I tillegg defineres den ulikt, og det finnes flere sett av definitoriske kriterier som alle er utarbeidet for forskning. Prevalenstillene blir følgelig også sprikende: 0,2–2,6% (4). Uansett betegnelser og kriterier innebærer dette at de fleste pasienter med kronisk tretthet ikke har kronisk tretthetssyndrom.

Kronisk tretthetssyndrom ansees som en funksjonell somatisk lidelse. Det innebærer at tilstanden er uforklart i medisinsk forstand, og ingen spesifikk medisinsk test kan påvise den. Det er pasientens beskrivelser av symptomene som er grunnlaget for diagnosen. I tillegg til tretthetsfølelsen er hodepine, søvnforstyrrelser, konsentrasjonsvansker og muskelsmerter vanlige tilleggssymptomer (3).

Etiologien er ufullstendig forstått og trolig samvirker flere faktorer. Virusinfeksjoner er viet mye oppmerksomhet som en mulig årsak, derav betegnelsen postviralt tretthetssyndrom. Imidlertid er virus bare en av flere mulige utløsende årsaker. Betegnelsen postviralt tretthetssyndrom bør derfor reserveres for de pasientene der det kan påvises en sammenheng med gjennomgått infeksjon (5). En stor prospektiv befolkningsstudie viste ingen sammenheng mellom gjennomgått infeksjon og utvikling av kronisk tretthetssyndrom (6). Derfor er predisponerende og vedlikeholdende faktorer viktigst å vurdere i klinisk praksis. Predisponerende fak-

torer kan være premorbide stemningslidelser. Vedlikeholdende faktorer kan være dysfunksjonelle tanker, som katastrofetenkning i forbindelse med aktivitet, eller dysfunksjonell atferd, som overdreven hvile eller vekselning mellom hvile og for intens aktivitet.

Kronisk tretthetssyndrom finnes ikke som egen diagnose i ICD-10 eller DSM-IV, men diagnostiske overveielser er likevel av stor betydning. Tretthet som symptom er uspesifikt og kan være uttrykk for mange sykdommer og tilstander. En rekke studier har vist overhyppighet av psykiatriske lidelser, og leger må derfor være årvåkne i forhold til bl.a. affektive lidelser og angsttilstander hos pasienter med uforklart kronisk tretthet. Hos om lag en tredel av pasientene kan slike psykiatriske tilstander ikke påvises.

De funksjonelle somatiske syndromene overlapper hverandre i stor grad (7). Nylig ble 12 funksjonelle somatiske syndromer sammenliknet, og halvparten av syndromene hadde tretthet som ett kriterium (8). Opp til 70% av pasienter med fibromyalgi tilfredsstilte også kriteriene for kronisk tretthetssyndrom. Omvendt hadde 35–70% av pasientene med kronisk tretthetssyndrom også fibromyalgi (7). Det er derfor diskutert om det er hensiktsmessig å anvende så mange forskjellige betegnelser på så vidt like tilstander hvor årsakene er så dårlig forstått.

Vi vet at behandling kan hjelpe. I en oversiktsartikkel ble resultatene av 44 behandlingsstudier sammenfattet (9). Gradert aerob trening og kognitiv atferdsterapi gav positive resultater og er den beste dokumenterte behandlingen man kan tilby i dag. Trening og atferdsterapi må likevel ikke ansees som den endelige behandlingsløsningen ved kronisk tretthetssyndrom. Selvsagt kan også annen behandling brukes hvis det er indisert, f.eks. antidepressiver. Det er imidlertid ikke dokumentert grunnlag for å forskrive antidepressiver mot kronisk tretthetssyndrom uten at det foreligger en depresjon. Pasienter behandlet på denne måten rapporterer ofte ubehag og uttrykker skepsis når slik behandling er gitt på sviktende indikasjon.

Pasienter med kronisk tretthet lider og plages av sine symptomer uavhengig av plagens årsak og vår mangelfulle kunnskap. Kreftpasienter rangerer tretthet som et av de mest plagsomme symptomene og med mer negative konsekvenser for daglig fungering enn smerte (10). Mange pasienter med kronisk tretthet angir at møtet med leger og helsevesen har vært en negativ erfaring (11). Kvaliteten på lege-pasient-forholdet blir derfor svært viktig. Legen må sette seg inn i pasientens perspektiv uten å forespeile lettvinde løsninger. Overgangen fra omfattende

somatisk utredning til informasjon om at tilstanden er medisinsk uforklart kan oppleves dramatisk, men som regel forventer ikke pasienter med kronisk tretthet at legen skal kurere dem. Deres egen oppfatning av tilstanden er av betydning for diagnostikk og behandling. Utredning og behandling bør gjennomføres i åpen dialog med pasienten.

*Jon Håvard Loge*

*j.h.loge@medisin.uio.no*  
Institutt for medisinske atferdsfag  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1111 Blindern  
0317 Oslo

*Erlend Hem*

Tidsskriftet  
Postboks 1152 Sentrum  
0107 Oslo

*Jon Håvard Loge (f. 1953) er dr.med. og førsteamanuensis og har forsket på tretthet, særlig hos kreftpasienter.*

*Erlend Hem (f. 1970) er lege og fagredaktør i Tidsskriftet. Han har redigert Tidsskriftets artikkelserie om funksjonelle lidelser.*

## Litteratur

1. Wessely S. Chronic fatigue: symptom and syndrome. *Ann Intern Med* 2001; 134: 838–43.
2. Loge JH, Ekeberg Ø, Kaasa S. Fatigue in the general Norwegian population: normative data and associations. *J Psychosom Res* 1998; 45: 53–65.
3. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994; 121: 953–9.
4. Reid S, Chalder T, Cleare A, Hotopf M, Wessely S. Chronic fatigue syndrome. *BMJ* 2000; 320: 292–6.
5. White PD, Thomas JM, Kangro HO, Bruce-Jones WD, Amess J, Crawford DH et al. Predictions and associations of fatigue syndromes and mood disorders that occur after infectious mononucleosis. *Lancet* 2001; 358: 1946–54.
6. Wessely S, Chalder T, Hirsch S, Pawlikowska T, Wallace P, Wright DJ. Postinfectious fatigue: prospective cohort study in primary care. *Lancet* 1995; 345: 1333–8.
7. Aaron LA, Buchwald D. A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Ann Intern Med* 2001; 134: 868–81.
8. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999; 354: 936–9.
9. Whiting P, Bagnall AM, Sowden AJ, Cornell JE, Mulrow CD, Ramirez G. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: a systematic review. *JAMA* 2001; 286: 1360–8.
10. Vogelzang NJ, Breitbart W, Cella D, Curt GA, Groopman JE, Horning SJ et al. Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue. *Semin Hematol* 1997; 34 (3 suppl 2): 4–12.
11. Deale A, Wessely S. Patients' perceptions of medical care in chronic fatigue syndrome. *Soc Sci Med* 2001; 52: 1859–64.