



## Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto:tidsskriftet@legeforeningen.no)

### Seksuelt misbruk av barn

I debatten omkring Einar Kringlens artikkel i Tidsskriftet nr. 2/2002 (1) om seksuelt misbruk av barn, henviser forfatterne (1–4) til en studie av amerikansk collegeungdom som tyder på at skadevirkningene er mindre enn vanligvis antatt (3).

Mitt spørsmål til forfatterne er følgende: Er det ikke en grov feilkilde å bruke en så ung populasjon til å konkludere i forhold til dette? For mange kommer jo de emosjonelle skadevirkningene av dette først til overflaten et stykke ut i 20-årsalderen eller kanskje til og med i 30-årsalderen. For undertegnede ville en studie av 30–35-åringene virket mer troverdig i forhold til denne problematikken, som uansett innebærer mye subjektiv lidelse.

**Heidi Ranvik Jensen**  
Mandal

#### Litteratur

1. Kringlen E. Seksuelle overgrep, gjenvunnet hukommelse og multipl personlighetsforstyrrelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 202–8.
2. Halvorsen JS. Hvor skadelig er seksuelt misbruk for et barn? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1086–9.
3. Kringlen E, Høglend P. Seksuelt misbruk av barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2918.
4. Halvorsen JS. Seksuelt misbruk av barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2918.

### E. Kringlen & P. Høglend svarer:

Heidi Ranvik Jensen antyder at alderen til collegepopulasjonen representerer en grov feilkilde. Vi har ikke sett noen vitenskapelige publikasjoner som har vist at sammenhengen (korrelasjonen) mellom seksuelle overgrep og emosjonelle forstyrrelser blir sterkere med høyere alder.

**Einar Kringlen**  
**Per Høglend**  
Psykiatrisk institutt  
Universitetet i Oslo

### Psykisk traumatiserte

Ellinor Major gjør i Tidsskriftet nr. 19/2003 rede for utviklingen av Prosjekt traumatisk stress, som Statens helsetilsyn tok initiativ til i år 2000 (1). Den sentrale idé er å kartlegge spisskompetansen innen behandling av psykisk traumatiserte mennesker som finnes i Norge.

Jeg stiller meg undrende til to sentrale fenomener i Majors tekst. For det første er

studien og den sentrale ideens underliggende premiss en forestilling om «rene» psykiske traumer, det vil si traumer som bare affiserer den krenkede personens emosjonelle liv, identitet eller selvforståelse. Definisjonen av personer som oppfattes som psykisk traumatiserte, er «mennesker som har vært direkte utsatt for livstruende traumer eller påkjenninger som ulykker/katastrofer, vold, seksuelle overgrep og krigspåkjenninger» (1). Hvordan skal man kunne tenke om mennesker uten å tenke at de forannevnte erfaringer har involvert dem som kroppslige vesener, som vesener som er til i kraft av å være sitt kroppslige jeg?

Major skriver også at en av studiens formål er å klarlegge hvordan og hvor mye behandlingssenheter for psykisk traumatiserte samarbeider med den somatiske primær- og spesialisthelsetjenesten. Somatiske skader betraktes her åpenbart som den virkningen av traumet som affiserer den krenkede personens materialitet. Et slikt syn har som underliggende premiss at kroppen ikke er skadet så sant dens vevs- og organstrukturer ikke er skadet. Dette syn representerer en dualistisk tankegang som medisinsk sett ikke lenger er holdbar.

Felitti og medarbeidere publiserte i 1998 den første av 20 artikler om helseproblemer blant mennesker som opplevde ulike krenkelsener som barn (2). I de påfølgende delstudier viste forfatterne at tidlige traumer er assosiert med mange alvorlige helseproblemer. Under overskriften *Turning gold into lead* beskrev Felitti i 2002 essensen slik: Studien tyder på at mye av hva man anerkjenner som vanlig i voksenmedisinen er resultatet av hva man ikke erkjenner i barndommen (3). Epidemiologiske funn tyder på at tidlig krenkelse senere både gjør syk og tar liv (4). Men studien kan ikke si noe gyldig om *hvordan*.

En forståelse av den destruktive kraften som bor i traumatisk erfaring kan ikke oppnås innenfor en dualistisk referanseramme om mennesket og med en reduksjonistisk metodologi for kunnskapsproduksjon. Jeg håper at de sentrale aktører i Prosjekt traumatisk stress bidrar til at kunnskap om senvirkninger av traumer blir et forstørrelsesglass som viser det uholdbare i et todelt helsevesen.

**Anne Luise Kirkengen**  
Oslo

#### Litteratur

1. Major EF. Behandling av psykisk traumatiserte i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2709–12.
2. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. Am J Prev Med 1998; 14: 245–58.
3. Felitti VJ. The relationship of adverse childhood experiences to adult health: turning gold into lead. Z Psychosom Med Psychother 2002; 48: 359–69.
4. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Giles WH, Anda RF. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. Prev Med 2003; 37: 268–77.

### E.F. Major svarer:

Jeg takker Anne Luise Kirkengen for innlegget. Kirkengen påpeker at den sentrale ideen i Prosjekt traumatisk stress er å kartlegge spisskompetansen innen behandlingen av psykisk traumatiserte. Dette er bare delvis riktig – prosjektet omhandler først og fremst organisering av kompetanse på volds- og traumefeltet (nasjonalt, regionalt og lokalt), samt utredning av og forslag til helsetjenester til psykisk traumatiserte (1, 2).

Kirkengen påpeker videre to relevante problemstillinger vedrørende kartleggingen av psykisk traumatiserte (2). For det første nevner hun at man i kartleggingen har som underliggende premiss en forestilling om «rene» psykiske traumer. Dette medfører ikke riktighet. De fleste vil være enige i at mange psykiske traumer også kan ha et biologisk substrat, og at slike traumer kan føre til somatiske senfølger – på samme måte som somatiske traumer kan få psykiske følgetilstander. Definisjonen av psykisk traumatiserte i foreliggende artikkel omfatter i de fleste tilfeller personer som har vært utsatt for både psykiske og somatiske traumer (for eksempel personer utsatt for grov vold og tortur). Felles for dem er imidlertid at mange traumatiserte behandles innen psykisk helsevern. Vi forholder oss altså ikke til «rene» psykiske traumer, men til traumer som med stor sannsynlighet kan føre til psykiske og/eller somatiske senskader.

Kirkengen påpeker for det andre et annet interessant poeng: samhandling mellom psykiatri og somatikk. Ifølge Kirkengen har man igjen et underliggende premiss: nemlig at «kroppen ikke er skadet så sant dens vevs- og organstrukturer ikke er skadet». Dette representerer en dualistisk tankegang. Jeg vil understreke at det motsatte er tilfelle

og vise til en tidligere artikkel publisert i Tidsskriftet vedrørende behandling av flyktninger (3). Her påpekes behovet for somatiske og psykiatriske utredninger av traumatiserte flyktninger og asylsøkere. Det er ikke enten somatikk eller psykiatri, ofte er det både-og. Det turde være liten uenighet om at psykiske overgrep kan føre til (psyko)somatiske plager. Svarene fra psykisk helsevern i denne artikkelen gjen-speiler et ønske om større samhandling med somatisk primær- og spesialisthelsetjeneste når det gjelder behandling av psykisk traumatiserte. Dette er en utfordring ikke bare for Prosjekt traumatisk stress, men for helsevesenet i sin alminnelighet.

**Ellinor F. Major**  
Oslo

#### Litteratur

1. Høie IM. Oppfølging etter livstruende traumer – en oppgave for fagfolk? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1419–20.
2. Major EF. Behandling av psykisk traumatiserte i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 19: 2709–12.
3. Major EF. Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3420–3.

## Den sterke økningen av antall hjerteinfarkter

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 21/2003 påviser og drøfter Terje Hagen & Åsmund Reikvam den sterke økningen av hjerteinfarkter fra 2000 til 2002 (1). Forfatterne antar at økningen skyldes at mange tilfeller som tidligere ville blitt diagnostisert som ustabil angina pectoris, er diagnostisert som hjerteinfarkt, og at perkutan koronar intervensjon har bidratt til økningen.

Økningen av antall hjerteinfarkter fra 2000 til 2002 utgjorde 3 937 tilfeller. For å kunne bedømme sannsynligheten av forfatternes hypotese, burde det for årene 1999–2003 vært informert om antall utskrivninger med ustabil angina pectoris som hoveddiagnose og antall utførte perkutane koronare intervensjoner.

Antall hjerteinfarkter i 2002 er for øvrig feilaktig gjengitt i sammendraget (1).

**Paal Røiri**  
Oslo

#### Litteratur

1. Hagen TP, Reikvam Å. Sterk økning i antall hjerteinfarkter etter innføring av nye diagnosekriterier. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3041–3.

*T.P. Hagen & Å. Reikvam svarer:*

Det er en glidende overgang mellom ustabil angina pectoris og hjerteinfarkt. Ved begge tilstander er blodforsyningen til hjertemuskulaturen redusert i kortere eller lengre perioder; det foreligger iskemi. Reversibel eller irreversibel skade av hjertemuskel-

celler kan bli resultatet dersom iskemien er alvorlig. Som følge av iskemien kan det skje utslipp av troponiner, CK-MB, myoglobin og andre molekyler fra hjertemuskelcellene til blodbanen. Når det nå er tatt i bruk nye metoder som gjøre det mulig å detektere mindre myokardskade enn det som har vært mulig tidligere, er det en logisk konsekvens at det blir diagnostisert flere hjerteinfarkter. Innføring av nye diagnosekriterier er således en plausibel forklaring på det økte antall hjerteinfarkter som ble observert i 2001 og 2002.

Kriteriene for diagnosen ustabil angina pectoris er løser og mindre stringente enn infarktkriteriene. Pasienter innen denne diagnosekategorien blir også i mindre grad innlagt i sykehus enn de som har hjerteinfarkt. Derfor behøver ikke antall pasienter som får diagnosen ustabil angina pectoris, bli redusert parallelt med økningen i antall hjerteinfarkter. Foreløpig gjennomgang av data indikerer imidlertid en nedgang i antall utskrivninger med diagnosen ustabil angina pectoris (ICD-10 I20.0) fra 6 363 i 2000 til 5 558 i 2002.

Hjerteinfarkter knyttet til perkutan koronar intervensjon (PCI) har nok i mindre grad bidratt til det økte antall hjerteinfarkter. Gjennom pågående studier håper vi å kunne belyse denne sammenhengen nærmere i tiden som kommer. Det ble gjennomført betydelig flere PCI-prosedyrer i 2002 enn i 2000.

Antall utskrivninger med hjerteinfarkt i 2002 skal være 15 829 (som det står i teksten) og ikke 15 289 (som det står i sammendraget). Vi beklager dette.

**Terje P. Hagen**  
**Åsmund Reikvam**  
Oslo

## Bivirkninger – suppe på spiker eller spiker i kisten?

Direktør Henrik Lund i legemiddelfirmaet AstraZeneca hevder i sitt innlegg Bivirkninger – suppe på spiker, publisert i Tidsskriftet nr. 20/2003, at det informeres om alle bivirkninger i Felleskatalogen (1). Som et eksempel trekker Lund spesielt frem legemidlet zopiklon (Imovane) som et godt produkt, hvor det påpekes at det hadde samme bruksområde ti år før det ble registrert i Norge i 1994 (søvnløshet), og at det har samme bruksområde i dag og nøyaktig samme bivirkningsprofil.

Ifølge en svensk artikkel heter det imidlertid at forskrivningen av benzodiazepiner avtar og at forskrivningen av de nyere analoger øker, men at risikoen for avhengighet er den samme (2). I artikkelen refereres også at mer en halvparten av pasientene i en studie følte seg avhengige, og at mer enn 75 % av de spurte var blitt forskrevet sovemidler som zolpidem og

zopiklon i ett til fem år eller mer (mange klarer ikke å slutte). I FASS, den svenske parallellen til Felleskatalogen, advares det mot avhengighet og at behandlingen ikke bør overstige fire uker, og at de nevnte substanser i likhet med benzodiazepiner er klassifisert som narkotika.

Når det gjelder zopiklon og risiko for dødelige bivirkninger, heter det i konklusjonen i en svensk obduksjonsrapport som omfatter et begrenset antall dødsfall utenfor sykehus, at en sammenlikning av data for ti legemidler hos henholdsvis Rättsmedicinalverket og Läkemedelsbiverkningsnämnden avslører at Läkemedelsverket i stor grad undervurderer antallet dødelige forgiftninger (3). Den største forskjellen ble registrert for zopiklon: 142 rapporterte dødsfall hos Rättsmedicinalverket, men ingen hos Läkemedelsbiverkningsnämnden.

Bivirkningsprofilen for zopiklon er ikke korrekt angitt i Felleskatalogen, ettersom mulige alvorlige bivirkninger som bl.a. aggressivitet, muskelskader, leverskader, abstinens/avhengighet, dødsfall osv. er utelatt. Zopiklon har ingen dokumentert positiv risiko-versus-kostnad-nytte-verdi og kan etter min oppfatning ikke karakteriseres som et godt produkt. Substansen tilfredsstiller etter min oppfatning heller ikke legemiddeloven, hvor det blant annet er anført at et legemiddel skal oppfylle bestemte kvalitetskrav, være effektivt og ved normal bruk ikke ha skadevirkninger som står i misforhold til forventet effekt.

**Svein Reseland**  
Hosle

#### Litteratur

1. Lund H. Bivirkninger – suppe på spiker. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2918–9.
2. Nilsson I. Långa behandlingar med sömnmedel trots att riskerna borde vara kända. Läkemedelsvärlden 2002; 106: 8.
3. Carballo A, Hallander S, Ahlner J. Lethal intoxications with legal drugs – huge underreporting to the Swedish Adverse Drug Reactions Committee (SADRAC). Linköping: Linköping University Hospital and National Board of Forensic Medicine, 2001.

**SELSKAPSLOKALER**  
**DRAMMENSVEIEN 44 AS**

---

**DET NORSKE MEDICINSKE SELSKAB**

  

**Doktormiddag / selskaper**  
**kurs og konferanser**

  

tf.: 22 44 06 44    faks: 22 44 86 92  
**www.selskapslokaler.oslo.no**