



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Vranglære i lærebok om psykiatri

I Tidsskriftet nr. 5/2004 (1) anmeldes *Lærebok i psykiatri* av Ulrik Malt og medarbeidere (2). Denne boken inneholder feilaktige opplysninger knyttet til beskrivelsen av nevrasteni. Forfatterne klassifiserer kronisk tretthetssyndrom (CFS), post-viralt utmattelsessyndrom (PVFS) og myalgisk encefalopati (ME) som nevrasteni, diagnosekode F48.0, og har på denne måten reklassifisert lidelsen fra å være en nevrologisk tilstand til å være en psykiatrisk tilstand. Dette ble gjort i Malt's første lærebok i psykiatri, utgitt i 1994.

WHO har helt siden 1969 klassifisert de to første som nevrologisk sykdom og kommer ikke til å endre dette i kommende revisjon. De engelske psykiaterne Simon Wessely, Michael Sharpe og deres kolleger, ofte kalt Wessely-skolen, har gjennom utallige publikasjoner i mer enn ti år forsøkt å psykiatrisere ME/CFS, noe som til dels har vært internasjonalt fordømt.

Ledende norske psykiatere er influert av Wessely-skolens doktrine, og denne doktrinen er videreført i *Lærebok i psykiatri* (2). I *WHO's Guide to mental health in primary care*, som Wessely har vært med på å utarbeide, er ME/CFS feilaktig klassifisert under mentale lidelser, F48.0. Feilklassifiseringen har vært debattert i det britiske Overhuset flere ganger. WHO ble trukket inn og bekreftet at ME/CFS fortsatt skal være klassifisert under G93.3, og at ingen sykdom kan klassifiseres i mer enn én kategori. Ifølge ICD-10 skal postviralt utmattelsessyndrom spesifikt utelukkes før diagnosen nevrasteni stilles. Statssekretæren i det britiske helsedepartementet, Lord Warner, måtte i Overhuset beklage sine uttalelser til støtte for Wesselys feilklassifisering.

Direktør for WHO's Collaborating Centre ved King's College i London, professor Rachel Jenkins, har måttet bøye seg og akseptere WHO's offisielle standpunkt, nemlig at ME/CFS skal klassifiseres under G93.3. Boken er stoppet og vil komme i revidert utgave. Når et land har akseptert WHO's regelverk, er det pliktig til å følge ICDs klassifikasjonssystem.

Malt og medarbeideres klassifisering av ME/CFS i *Lærebok i psykiatri* (2) er i strid med WHO's system. Det er sterkt beklagelig at nye generasjoner helsepersonell blir lært opp i vranglære ved å lese kapitlet om

psykosomatiske lidelser i denne boken. Etter mitt syn må omtalen av ME/CFS fjernes, boken trekkes tilbake og komme ut i revidert utgave.

Et konsensuspanel av medisinske eksperter har utarbeidet nye kliniske kriterier for ME/CFS (3). Disse kriteriene gir en riktigere virkelighetsbeskrivelse.

Eva Stormorken
Våler i Østfold

Litteratur

1. Nordentoft M. Ny lærebok i psykiatri. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 670.
2. Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA. Lærebok i psykiatri. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
3. Carruthers BM, Jain AK, de Meirleir KL, Peterson DL, Klimas NG, Lerner AM et al. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: clinical working case definitions, diagnostic and treatment protocols. Journal of Chronic Fatigue Syndrome 2003; 11: 7–116. www3.sympatico.ca/me-fm.action/journal.pdf (16.3.2004).

U.F. Malt svarer:

Eva Stormorken gjengir nokså ordrett synspunkter fremmet i et engelsk kampskrift for myalgisk encefalomyelitt (ME), som hun selv har oversatt til norsk (1). Kampskriftet inngår i en større kampanje fra ME-foreningene i flere land, der det overordnede mål er å få aksept for at enhver tilstand som oppfyller ME-grupperingenens definisjoner, skal ha diagnosen G93.3 Post-viralt utmattelsessyndrom.

ME-gruppen mener at de mest fremtredende symptomene ved myalgisk encefalomyelitt er «ekstrem muskelutmattelse etter anstrengelse» sammen med tilbakevendende kvalme og sterkt invalidiserende sykdomsfølelse i kjølvannet av en virusinfeksjon. Samtidig er, både før og etter sykdomsdebut, multiple somatiske symptomer fra de fleste organsystemer og kognitive symptomer vanlig. De mener at objektive somatiske funn, inklusive påvisning av virusinfeksjon, ikke er nødvendig for diagnosen.

Det er ingen uenighet i at postviralt syndrom forekommer. Men det kliniske bildet som ME-gruppen mener er spesifikt for myalgisk encefalomyelitt, kan også ses etter autonom ustabilitet (ortostatisk hypotensjon), traumatiske hjerneskader, somatiske sykdommer, noen muskelsykdommer og immunaktivering av ukjent årsak. Visse uttrykksformer for kroniske angstlidelser og depressive lidelser, så vel som psykobio-

logiske mekanismer sekundært til annen sykdom, slik som operant eller klassisk betingning, kan også gi liknende kliniske bilder. Slike tilstander skal ikke kodes som G93.3. I tabell 16.8 på side 437 i vår lærebok (2) redegjøres det for disse ulike årsakene, inklusive virusinfeksjoner. Dette er en korrekt fremstilling av kunnskapsfronten.

F48 er en kode innenfor området tilstander kjennetegnet ved endret atferd (behavioural disorders) uten at årsaken er kjent. Diagnosen skilles fra somatoforme og erkjente psykiske lidelser (mental disorders).

F48.0 er således rent deskriptiv og er definert som enten «vedvarende og subjektivt belastende plager av å være utkjørt etter selv små mentale anstrengelser» eller «vedvarende og subjektivt belastende plager med utmattelse og kroppslig svakhet etter minimal fysisk anstrengelse» (side 109–10 i læreboken (3)). I tillegg kreves det andre kroppslige symptomer slik som muskelverk eller smerter, svimmelhet, spenningshodepine, søvnforstyrrelse, manglende evne til å slappe av og irritabilitet.

Pasientene blir ikke bra bare ved å ta det litt med ro, hvile ut eller ta ferie. Definisjonen fanger således opp alle tilfeller av kronisk tretthetssyndrom, inklusive de aller fleste som mener å lide av myalgisk encefalomyelitt hvor det ikke lykkes å påvise en bestemt etiologi.

De som slåss for at diagnosen myalgisk encefalomyelitt skal brukes på deskriptivt grunnlag alene, polemiserer ikke bare mot korrekt bruk av ICD-10-systemet, men også mot Cochrane-databasen og andre kunnskapsbaserte databaser om behandling (1). Dette er problemets kjerne. Skal medisinen bygge på kunnskap om etiologi, patogenese og resultater av kontrollerte behandlingsforsøk eller kun interessegruppers egen forståelse?

Ulrik Fredrik Malt
Rikshospitalet

Litteratur

1. Marshall EP, Williams M, Hooper M. Hva er ME? Hva er CFS? Informasjon til leger og advokater www.me-forening.no/artikler/Hva_er_me.pdf (29.3.2004).
2. Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA. Lærebok i Psykiatri. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2003.
3. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Genève: WHO, 1993.