

Litteratur

1. Stormorken E. Vranglære i lærebok om psykiatri. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1277.
2. Malt UF. Vranglære i lærebok om psykiatri. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1277.
3. Caruthers BM, Jain AK, De Meirleir KL et al. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols. J Chronic Fatigue Syndrome 2003; 11: 7–115. www.mefmaction.net/documents/journal.pdf (26.5.2004).
4. Bell DS. Position statement concerning the name change proposal. Department of Health and Human Services. Chronic Fatigue Syndrome Advisory Committee. www.cfids.org/advocacy/cfsac-statement.asp (26.5.2004).
5. Jason LA, Fennell PA, Taylor RR. Handbook of chronic fatigue syndrome. Hoboken, NJ: John Wiley, 2003.

U.F. Malt svarer:

Det er ingen uenighet om at postviralt utmattelsessyndrom kan forekomme, og at dette ifølge ICD-10 klassifiseres med kode-nummer G93.3. Korrekt bruk av ICD-10 forutsetter imidlertid at man kun bruker denne diagnosen når det er positive funn og holdepunkter for at det faktisk er en sykdom i nervesystemet (G-kategorien i ICD-10). Eva Stormorken tar feil hvis hun forstår ICD-10 dit hen at diagnosen G93.3 skal brukes utelukkende på grunnlag av rapport av subjektive symptomer og pasienters egen årsaksforklaring. Subjektiv opplevelse av utmattelse ved fysiske og psykiske anstrengelser kan nemlig skyldes mange ulike sykdommer og lidelser. For eksempel kan så ulike sykdommer som bipolare lidelser og autonom ustabilitet med ortostatisk hypotensjon være forbundet med kronisk utmattelse. Postvirale tilstander (G93.3) er kun en av flere årsaker (1).

Noen pasienter rapporterer en opplevelse av utmattelse etter selv små fysiske og psykiske anstrengelser uten at legen kan påvise noen bestemt årsak overhodet. I den engelske og norske ICD-10-versjonen anføres da eksplisitt at man skal bruke den beskrivende termen nevrastroni (F48.0). Det er presisert at begrepet inkluderer «tretthetssyndrom» (2). Det er utarbeidet eksplisitte diagnostiske kriterier for F48.0 (3). Også dette er korrekt gjengitt i læreboken i psykiatri (1).

Eva Stormorken og andre medlemmer av myalgisk encefalomyelitt-foreninger kjemper for trykkerettigheter og respekt for personer med kronisk utmattelsessyndrom uten objektive funn. Det er imidlertid ingen motsetning mellom dette målet og korrekt bruk av ICD-10. Pasienter har alltid krav på respekt og anerkjennelse av sin subjektive lidelse uansett diagnose. Leger skal alltid lytte til pasienters egen årsaksforståelse. Men legens diagnose må fortsatt bygge på en sammenfatning av systematisk innhentet informasjon og resultater av medisinske undersøkelser. Jeg er ikke kjent med at det bare skal være Rikshospitalet som anvender slike allment aksepterte prinsipper i diagnostikk av sykdommer.

At en edruelig holdning til diagnostikk

innebærer «psykiatisering», «bagatellisering» og «likegyldighet» overfor pasienter med kronisk utmattelsessyndrom er tøv. Tvertimot innebærer en slik faglig korrekt holdning at man bevarer evnen til nysgjerrighet og utforskning av ukjent område. Det er utmerket om interesserte leser om tilstanden ut fra en bestemt årsaksforståelse, slik Stormorken foreslår. Men helsepersonell som ønsker en edruelig og oppdatert fremstilling av utredning og behandling av kronisk utmattelsessyndrom, bør fortsatt primært lese en kunnskapsbasert fremstilling av en komplisert tilstand (1).

Ulrik Fredrik Malt
Rikshospitalet

Litteratur

1. Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA. Lærebok i psykiatri. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2003.
2. ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
3. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research. Genève: WHO, 1993.

Kan vi forstå psykiatrien?

Terje Neraal beriket sikkert flere enn meg med sitt eksempel på familierapi uten farmakologisk støtteterapi i sin kronikk Den psykotiske krisen – utvikling i en familierapeutisk ramme, i Tidsskriftet nr. 10/2004 (1). Når Neraal avslutter artikkelen med å fastslå at «familierapi kan utgjøre en viktig byggestein i et slikt omfattende behandlingsopplegg» der «pasientens individuelle behov kombinerer farmako-, individual- og familierapi», burde det knapt være kontroversielt.

Men Tor K. Larsen skriver i en leder i samme nummer, med referanse til Neraals kronikk: «Behandlingsmetoden som ble benyttet, er ikke dokumentert effektiv i vitenskapelige studier» og «oppfyller ikke vitenskapelige kriterier» (2).

Dette forstår jeg ikke. Erfaringene tyder vel på at farmakoterapi pluss familierapi er bedre enn farmakoterapi alene? Neraals psykodynamiske familiebehandling er da familierapi? Jeg skulle mene at svaret er ja på begge spørsmålene, og at behandlingsmetoden som ble benyttet, derfor logisk sett må være «dokumentert» effektiv, dvs. motsatt Larsens påstand.

Hvorvidt familierapi alene er bedre enn farmakoterapi alene, er neppe undersøkt og vil knapt bli det, da det ved en slik studie vil være enda vanskeligere å oppfylle «vitenskapelige kriterier» enn ved andre psykiatriske studier. Men ingen vet hva fremtiden bringer. Jeg forstår derfor heller ikke Larsen når han allerede nå konkluderer med at det kun unntaksvis vil være adekvat å bruke denne metoden ved førstegangpsykose (2). Jaså? Fremtidens pasienter vil ganske sikkert gjøre rettmessig og vesentlig sterkere krav på individuell vurdering av behandlingsopplegg og med brukervedvirkning.

Neraals kasuistikk gir håp om at man (ganske ofte?) vil kunne sløyfe farmakoterapi helt og holdent, spesielt ved førstegangpsykose, subsidiært at farmakoterapien blir en tidsbegrenset støtteterapi kun for å gjøre pasienten tilgjengelig for annen tilnærming.

Familierapi alene er en spennende tanke, mens farmakoterapi alene er et samfunnsproblem. Når eksempelvis et barn i en vanskelig familiesituasjon får forskrevet et psykoleptikum og et psykostimulantium, uten familierapi verken forut for eller i tillegg til den medikamentelle behandlingen, forstår jeg ikke psykiatrien. Derimot ser jeg ikke bort fra, siden Tor K. Larsen spør, at vi en vakker dag kan forstå en god del av psykosene.

Aage Hegge Hansen
Vadsø

Litteratur

1. Neraal T. Den psykotiske krisen – utvikling i en familierapeutisk ramme. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1406–7.
2. Larsen TK. Kan vi forstå psykoser? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1371.

T.K. Larsen svarer:

Slik jeg ser det, blander man her sammen begrepene systemisk familierapi og psykoedukativt familiearbeid. Neraal fortolker symptomer på psykose som uttrykk for en konflikt i familien, tolkingene virker relativt enkle og symptomene er bemerkelsesverdige i overensstemmelse med modellens forventninger. Først opplever pasienten morens mat som forgiftet (symbiose), og deretter dytter han mor (ønske om avstand). Det siste «symptomet» har jeg aldri sett i praksis, det virker konstruert for kasuistikken eller er et uvanlig eksempel.

Jeg hevder i min leder at denne type familiebehandling ikke er vist virksom i vitenskapelige studier. Det holder jeg fast ved. Aage Hegge Hansen refererer heller ikke til slik forskning. Et søk i Cochrane-databasen gir ingen treff på familierapi av den typen Neraal presenterer. Om psykoedukativt familiearbeid finnes det derimot en rekke studier som tyder på at man kan forebygge tilbakefall med slik tilnærming (1).

Faren med Neraals metode er todelt. For det første får ikke pasienten prøve den mest effektive behandlingsformen (antipsykotika). Man vet fortsatt ikke om pasienten kunne ha respondert på slik behandling. For det andre presenteres en idé om at familien er «skyldig». Dette er allerede prøvd ut i psykiatrien med lite hell. Ideen om den schizofrenogene mor er forlatt etter flere tiår med smertefull utprøving.

Jeg er prinsipielt uenig med Hegge Hansen i antakelsen om at «farmakoterapi alene er et samfunnsproblem» dersom temaet er antipsykotisk behandling versus