

sjoner snakkes ned og neglisjeres for å passe inn i en psykosomatisk forståelsesmodell.

Torstein Egeland

torstein.egeland@medisin.uio.no

Arild Angelsen

Ruth Haug

Jan-Olav Henriksen

Tor Erling Lea

Ola Didrik Saugstad

Torstein Egeland (f. 1951) er professor II ved Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, og seksjonsoverlege ved Seksjon for transplantasjonsimmunologi, Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Arild Angelsen (f. 1961) er professor i samfunnsøkonomi ved Handelshøgskolen, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ruth Haug (f. 1957) er professor i utviklingsstudier ved Institutt for internasjonale miljø- og utviklingsstudier, Fakultet for samfunnsvitenskap, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Jan-Olav Henriksen (f. 1961) er forskningsdekan og professor i systematisk teologi, Det teologiske menighetsfakultet, Oslo. Han er også professor II i samtidsreligion ved Universitetet i Agder.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Tor Erling Lea (f. 1947) er professor i immunologi, mat og helse ved Institutt for kjemi, bioteknologi og matvitenskap, Fakultet for veterinærmedisin og biovitenskap, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ola Didrik Saugstad (f. 1947) er professor i pediatri ved Universitetet i Oslo, avdelingsleder ved Avdeling for kvinne- og barnehelse, Oslo universitetssykehus, og leder av Pediatrisk forskningsinstitutt ved Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Institute of Medicine. Beyond myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. Redefining an illness. http://iom.edu/-/media/Files/Report%20Files/2015/MECFs/MECFs_ReportBrief.pdf [2.9.2015].
2. Sharpe M, Goldsmith KA, Johnson AL et al. Rehabilitative treatments for chronic fatigue syndrome: long-term follow-up from the PACE trial. *Lancet Psychiatry*. 2015 Oct 27. pii: S2215-0366(15)00317-X. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00317-X. [Epub ahead of print].
3. Tueller D. Trial By Error: The Troubling Case of the PACE Chronic Fatigue Syndrome Study. <http://www.virology.ws/2015/10/21/trial-by-error-i/> [11.11.2015].
4. *Clinicaltrials.gov*. <https://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=myalgic+encephalomyelitis&Search=Search> [11.11.2015].

Re: Hva er egentlig myalgisk encefalopati?

I Tidsskriftet nr. 19/2015 finner vi en merkelig artikkel om «myalgisk encefalopati», skrevet av seks professorer i medisin, veterinærmedisin, samfunnsøkonomi, miljøutviklingsstudier og teologi(sic). En lignende artikkel av de samme forfattere kom i Aftenposten for noen uker siden. Ifølge forfatterne har de alle «med et kritisk blikk gjennomgått litteraturen på området».

Artikkelen er fullstendig historieløs og diskuterer overhodet ikke arbeider fra Storbritannia som stiller seg kritisk til både diagnosen myalgisk encefalopati og antatte somatiske teorier.

I Skandinavia har diagnosen fibromyalgi vært populær, i England myalgisk encefalopati og i USA kronisk tretthetssyndrom, men kliniske undersøkelser tyder på at disse diagnosene har mange fellestrekk når det gjelder symptomer.

Her i landet har særlig allmennleger vært glad i diagnosen fibromyalgi, i Danmark revmatologer. Anspenhet, smerter knyttet til

muskler og ledd (tender points) har vært kardinalsymptomene, men mange har også hatt lettere depresjon og angst.

Nevrasteni inngikk i den psykiatriske diagnostikken helt fram til 1980 da amerikanerne fjernet diagnosen i sin DSM-III (ICD-10 har beholdt diagnosen). Men pasienter med tretthet, uten organisk forklaring, hadde behov for en diagnose. I USA ble derfor diagnosen kronisk tretthetssyndrom (chronic fatigue syndrome) etter 1980-tallet ikke uvanlig.

I England har man gjennomgående ikke anvendt kronisk tretthetssyndrom, men myalgisk encefalopati (først encephalomyelitis) som betyr at det foreligger en betennelse i hjernen og spinalmargen, noe det ikke er bevis for. Ved en nasjonal konferanse i USA i 1990 ble man enige om at kronisk tretthetssyndrom og myalgisk encefalopati(ME) er samme sykdom.

Ingen har påvist noen somatisk årsak til ME-pasientenes plager. Mye tyder på at det dreier seg om sykdom med en psykisk forklaring. Det er da heller ikke andre metoder enn kognitiv psykoterapi og opptrening som har hatt noen virkning – selv om det må sies at flere pasienter ikke er blitt hjulpet med disse metodene.

Det som er synd er at både pasientorganisasjoner og en del leger avviser alt som har med psykiske mekanismer å gjøre. En av de fremste ekspertene på denne lidelse i England har mottatt dødsstrusler og er anklaget for ikke å fremme forskning på dette feltet til tross for at han er ansvarlig for det største antall vitenskapelige artikler om ME (1). Hans store synd er at han er psykiater og har lagt vekt på psykiske faktorer ved utvikling og vedlikehold av slike symptomer.

Forfatterne sier innledningsvis at det finnes gode kriterier for diagnostikk av myalgisk encefalopati, men samtidig lister de opp seks ulike diagnostiske systemer. De sier videre at manglende viten fører ofte til feildiagnostikk og feilbehandling, men vi får ikke vite hva feilbehandlingen går ut på.

Einar Kringlen

einarr.kringlen@medisin.uio.no

Einar Kringlen (f. 1931) er tidligere professor i psykiatri ved UiO

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. O'Sullivan S. It's all in your head. True stories of imaginary illness. London: Chatto & Windus, 2015.

Re: Hva er egentlig myalgisk encefalopati?

I en kronikk i siste nummer av Tidsskriftet (1) hevder Egeland og medarbeidere at myalgisk encefalopati (ME) er en rimelig velavgrenset lidelse med egne kliniske karakteristika, som kan skilles fra kronisk utmattelsessyndrom (CFS). Det er vi uenige i. Vi publiserte i 2014 en systematisk oversikt over ulike diagnostiske kriteriesett for CFS/ME (2). Vi identifiserte 20 ulike diagnostiske kriteriesett. CDC-1994/Fukuda var det mest anvendte kriteriesettet. Vi fant ingen gode studier som hadde undersøkt om kriteriesettene var reproducerbare eller gjennomførbare i praksis. Vi fant 38 studier som kunne brukes til å validere noen av kriteriesettene. Valideringsstudiene var små, med metodologiske svakheter og inkonsistente resultater.

I vår systematiske litteraturgjennomgang fant vi ingen empiriske data som indikerte at noen av de diagnostiske kriteriesettene mer spesifikt kunne identifisere pasienter med en nevro-immunologisk tilstand (2), heller ikke Canada-kriteriene eller de internasjonale konsensuskriteriene for myalgisk encefalopati.

Institut of Medicine (IOM) utarbeidet i 2015 rapporten: «Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness». Rapporten foreslo nye diagnostiske kriterier, og et nytt navn på tilstanden: «Systemic exertion intolerance disease» (SEID). Bakgrunnen for forslaget var at mange pasienter følte at betegnelsen «kronisk utmattelsessyndrom» var stigmatiserende. Komiteen fant at betegnelsen «myalgisk encefalomyelitis» ikke var dekkende,

>>>

både fordi myalgi ikke er et kjernesymptom, og fordi det ikke er holdepunkter for at tilstanden skyldes inflammasjon i hjernen. Det nye navnet SEID skal reflektere det sentrale i tilstanden: at enhver anstengelse, både fysisk, kognitiv og emosjonell, kan påvirke pasientene på en negativ måte, både i mange organsystemer og i mange aspekter av deres liv.

Hovedbudskapet i IOM-rapporten var at CFS/ME er en alvorlig og kompleks tilstand. Ambisjonen var at nye diagnostiske kriterier og et nytt navn kan bidra til økt forståelse for pasientgruppen. I vår artikkel konkluderte vi med at videre arbeid med nye diagnosekriterier bør ha lav prioritet. Gitt den innflytelse som IOM har, og de mulighetene som kan ligge i et nytt navn og omdefinering av begreper, håper vi at dette følges opp med empirisk testing slik rapporten la opp til.

Vi kjenner fortsatt ikke årsakene til CFS/ME eller SEID, og er enige med Egeland og medarbeidere i at det er behov for mer forskning. Pasientene lider, og bør bli møtt med respekt og forskningsbasert diagnostikk og behandling. Videre forskning i samarbeid mellom forskere og pasienter må være veien å gå for å skaffe mer kunnskap (3).

Kjetil G. Brurberg

kgb@nokc.no

Marita S. Fønhus

Lillebeth Larun

Signe Flottorp

Kirsti Malterud

Kjetil G. Brurberg (f. 1977) er førsteamanuensis og seniorforsker ved Høgskolen i Bergen.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Marita S. Fønhus (f. 1977) er seniorforsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Lillebeth Larun er ansatt ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni helse.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Signe Flottorp (f. 1954) er professor og ansatt ved Avdeling for kunnskapsoppsummering, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kirsti Malterud (f. 1949) er professor og forsker ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni helse.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Egeland T, Angelsen A, Haug R et al. Hva er egentlig myalgisk encefalopati? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1756–9.
2. Brurberg KG, Fønhus MS, Larun L et al. Case definitions for chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME): a systematic review. BMJ Open 2014; 4: e003973.
3. What's in a name? Systemic exertion intolerance disease. Lancet 2015; 385: 663.

Re: Flere og gale diagnoser med kriteriebasert diagnostikk

Psykater Pål Gjerden hadde i Tidsskriftet nr. 16/2015 en artikkel hvor han problematiserer bruken av skjemaer i psykiatrien (1). Han har mange gode poeng, men i tilsvaret til Lien og Johannessens kommentar på hans artikkel (Tidsskriftet 19/2015) går han seg vill i sine refleksjoner. Gjerden påstår følgende: «en skal være nokså faglig trygg på seg selv for å avvise en skjemaebasert diagnose, eller holde på en diagnose selv om skjemaet ikke bekrefter det». Dette er en påstand som ikke kan stå uimotsagt; jeg er av den oppfatning at virkeligheten er helt motsatt. Det er slik at den erfarne kliniker vil gjenkjenne tilstander og stille korrekte diagnoser også uten bruk av skjemaer. Dersom man allikevel gjør bruk av dem, så er poenget at

skjemaene vil bekrefte det man har konkludert med. Og omvendt – den uerfarne vil kunne komme helt feil ut dersom man kun baserer seg på strukturerte intervjuer. Det å stille gode diagnoser i psykiatrien krever bred erfaring og evne til å tenke systematisk. Det som ser ut som schizofreni kan vise seg å være en depresjon med psykose. Manien kan være en akutt infeksjon i hjernen. Diagnosesystemene definerer begrepene vi opererer med og sørger for at vi snakker samme språk; prinsippet må være at en pasient vil få samme diagnose og samme behandling uansett hvilken behandler man oppsøker.

Jeg vil gjerne utfordre Gjerden til å komme med et klinisk eksempel på en diagnose han har stilt på en pasient som ikke fyller de skjemaebaserte kriteriene for den aktuelle lidelsen. Det jeg egentlig lurer på er hvor Gjerden henter definisjonen av diagnosen fra dersom han ikke baserer seg på systematiserte definisjoner. Har han innført sitt eget diagnostiske system?

Tor Ketil Larsen

tkmaclarsen@me.com

Tor Ketil Larsen (f. 1960) er professor i psykiatri ved Universitetet i Bergen.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Gjerden P. Flere og gale diagnoser med kriteriebasert diagnostikk. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1437.

P. Gjerden svarer:

Tor Ketil Larsen gir meg anledning til å utdype noen problemstillinger.

Korrekte psykiatriske diagnoser finnes ikke, hvis man med korrekt mener sann eller virkelig. Psykiatriske diagnoser er forsøk på å organisere psykisk lidelse, det er ikke en avdekking av skjulte fysiske feilfunksjoner eller ubalanser i hjernen. De ulike diagnostiske kategorier og kriterier er resultat av håndsopprekking blant en gruppe selvopnevnte eksperter.

Det finnes likevel psykiske tilstander som de fleste klinikere vil mene er viktig – og mulig – å gjenkjenne, for eksempel psykoser. De alvorligste formene for psykoser kaller vi fortsatt schizofreni. I mitt opprinnelige innlegg forsøkte jeg å vise at til og med de mest sentrale begrepene i psykiatrisk diagnostikk er meget uklart definert. Diagnosesystemene er primært konstruert for å være reliable, slik at de sikrer at samme pasient får samme diagnose av ulike behandlere, som Larsen skriver. Reliabilitet måles vanligvis i enheten kappa, der kappa lik 1 er fullt samsvar og kappa lik 0 er ren tilfeldighet. I ICD-10 ligger kappa for schizofreni i området 0,6–0,7 (1, 2). De samme diagnosekriteriene blir altså vurdert ulikt fra behandler til behandler.

Validiteten av psykiatriske diagnoser er umulig å vurdere. Med vårt nåværende kunnskapsnivå er diagnosene en tautologi; de pasientene som fyller kravene vi har satt til diagnosen, får diagnosen – eller omvendt.

Mitt personlige utgangspunkt for å skrive det opprinnelige innlegget var at jeg over tid har møtt pasienter som hadde fått en schizofrenidiagnose tidlig i livet, men der lengre tids observasjon og litt mer kritisk vurdering gjorde denne diagnosen usannsynlig, også på det tidspunkt diagnosen ble stilt. I Norge blir pasienter som får en schizofrenidiagnose rådet til å ta hensyn til diagnosen, være forsiktig med det meste og innrette seg på at det kan komme tilbakefall; kort sagt til å leve livet med bremsene på. I tillegg risikerer de å stå på hemmende medisiner i årevis. Dette er alvorlige begrensninger for en ung person med livet foran seg. Det kan dessuten bli en selvoppyllende profeti.

Larsen har stor erfaring med å diagnostisere unge pasienter med mulig begynnende psykotiske lidelser. Dette er pasienter med enda mer uklare, vage og flertydige symptomer. At han formidler så stor tiltro til enkle rubrikker i et diagnoseskjema uten tilsynelatende

>>>