

Behandling av kronisk utmattelsessyndrom

Virker en systematisk gjennomført kognitiv atferdsterapi bedre enn mindre systematisert kognitiv behandling? Svaret er nei på kort sikt og ja på lang sikt.

TEKST

Reidar Ommundsen

PUBLISERT 4. desember 2007

Lidelsen det her er tale om, kalles også myalgisk encefalopati, forkortet til CFS/ME. I følge Sosial- og helsedirektoratet opplever de som får denne diagnosen en kronisk tretthet. Enkelte er så hardt rammet at utmattelsen er invalidiserende. Diagnosen stilles utelukkende ut fra pasientenes egne beskrivelser av plagene, derfor fins det ingen nøyaktig oversikt over hvor mange som er rammet i Norge. Men tar man utgangspunkt i studier fra andre land, kan det dreie seg om mellom 9000 og 18 000 nordmenn. Minst 300 av dem kan være barn og unge.

Uklar årsak

CFS/ME er en lidelse med uavklart årsak. Det hersker tvil om det i det hele tatt er en organisk bakgrunn for lidelsen, f.eks. i form av et virus i kroppen eller hjernen – eller om det snarere ligger psykologiske årsaker bak lidelsen. Enkelte spekulerer på om trettheten kanskje er en form for depresjon, men med bare ett av depresjonens to kjennetegn: det store tapet av psykisk energi, men ikke det andre: negativ oppfatning av seg selv og sin tilværelse.

Kunnskapen om virksom behandling er forståelig nok mangelfull, men et nytt bidrag er nylig kommet fra en gruppe forskere i London. De arbeider ved en spesialklinikk for behandling av kronisk tretthet, og har nylig publisert resultatene fra en stor undersøkelse der de har sett på effekten av psykologisk behandling av lidelsen.

Forskerne sammenlignet resultatene fra et strengt vitenskapelig og systematisk behandlingsopplegg med resultatene fra et mer usystematisk, men ganske vanlig behandlingsopplegg, der det ikke ingikk en kontrollgruppe. Dette usystematiske opplegget omfattet 384 pasienter som var henvist til klinikken fra leger i London. Det systematiske opplegget omfattet på sin side 30 omhyggelig utvalgte personer med kronisk utmattelsesyndrom, samt 30 med tilsvarende lidelse. De sistnevnte tjente som kontrollgruppe ved at de ikke fikk behandling i samme tidsrom.

Store fremskritt

Begge behandlingsgruppene fikk psykologisk behandling av typen kognitiv atferdsterapi. Denne behandlingsformen har tidligere vist seg effektiv for en rekke psykiske lidelser og problemer, herunder depresjon. Tidligere erfaring tydet dessuten på at denne formen for behandling også kunne være nyttig ved kronisk tretthet. For øvrig var det stor forskjell på hvordan behandlingen ble gjennomført i de to gruppene. I den vitenskapelige undersøkelsen ble pasientene behandlet etter en meget systematisk manual eller behandlingsplan. Behandlerne var dessuten spesielt opplært i denne formen for behandling. I det mer vanlige kliniske opplegget ble behandlingen utført av en mer broket skare behandlere med forskjellig utdanningsbakgrunn. Denne gruppen behandlere representerte også ulike kliniske holdninger og metoder innenfor kognitiv atferdsterapi.

Det viktige spørsmålet forskerne ønsket svar på, var om en systematisk gjennomført kognitiv atferdsterapi ville gi bedre resultater enn man tidligere hadde sett når denne terapiformen ble praktisert mindre systematisert på klinikken de var tilknyttet. Svaret var både ja og nei. Når man så på resultatene umiddelbart etter behandlingsforløpet, var det ingen forskjell på 30-gruppen som var behandlet etter en fastlagt plan, og de 384 som hadde fått et mindre systematisk behandlingsopplegg. Begge gruppene hadde oppnådd betydelig – og like stor – reduksjon i den daglige tretthetsfølelsen. Begge gruppene hadde også blitt vesentlig bedre med hensyn til å klare daglige gjøremål. At dette skyldtes behandlingen og ikke bare tiden som var gått, viste seg ved at den ubehandlede kontrollgruppen på 30 ikke hadde blitt det grann bedre.

Behandling kan bli bedre

Men ved en etterundersøkelse seks måneder etter at behandlingen var avsluttet, var det en vesentlig forskjell på de to behandlingsgruppene. De 384 i «klinikkgruppen» hadde nøyaktig samme skåre for daglig tretthet som seks måneder tidligere like etter at behandlingen var avsluttet. De hadde altså ikke fått tilbakefall, men heller ingen ytterligere bedring. Det hadde til gjengjeld den andre gruppen som hadde mottatt en systematisk behandling. Denne gruppen hadde gjort ytterligere og store fremskritt i de seks månedene etter at behandlingen var avsluttet, slik at de i bare beskjeden grad slet med tretthet i dagliglivet. En mulig forklaring på forskjellen mellom de to gruppene kan være at den systematiske kognitive terapien i høyere grad tok sikte på at klienten lærte seg metoder til å arbeide videre med problemene etter endt behandling. Opplegget for klinikkgruppen siktet mer på at klienten skulle mestre problemene sine her og nå. Dette lyktes man godt med, men ikke så godt at det fikk pasientene til å arbeide videre med seg selv. Dermed oppnådde denne gruppen heller ikke bedring i tiden etter avsluttet behandling.

Forskerne mener imidlertid at den store klinikkgruppen også hadde hatt tilfredsstillende utbytte av den behandlingen de hadde mottatt, men at behandlingsresultatet kan bli enda bedre dersom klinisk behandling blir mer systematisk og mer fokusert på å lære pasientene metoder for selvhjelp i tiden etter avsluttet behandling.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 12, 2007, side

TEKST

Reidar Ommundsen