Sjukdomsföreställningar under 1900-talet

Från kloros och fokalinfektion till elallergi, fibromyalgi och utbrändhet



Saxat från Läkartidningens 100 år finns ett digert material som beskriver diagnostik och terapi vid omdiskuterade sjukdomsföreställningar. Här ett fåtal exempel: Längst till vänster omslaget till Läkartidningen N:o 52 1908 med en annons för Triferrin, ett »organiskt, fosforhaltigt järnpreparat« som rekommenderas vid alla »chlorotiska tillstånd, sekundär anæmi och rekonvalescens«; dessutom annonseras här »Triferrins arsenikförening (D.R.P.) Arsenik-Triferrin«. Sidan i mitten är hämtad från artikeln »Socialmedicinska synpunkter på ryggsjukdomar (II): 'Psykiska ryggar'« nr 42/1966. Omslaget 7/89 till höger illustrerar »de 'ömma punkterna' vid fibromyalgi, ett nytt sjukdomsbegrepp där ny kunskap gör det möjligt att förklara de ofta diffusa muskelsmärtor som uppträder hos en stor patientgrupp«.

I detta axplock av omdiskuterade sjukdomsföreställningar från 1900-talet har jag lagt tyngdpunkten på det som jag, och förhoppningsvis många läsare, finner mest intressant: de föreställningar som inte visade sig hållbara och de som var (eller fortfarande är) omstridda. Ordet »föreställningar« gäller både sjukvårdsprofessionerna och allmänheten. I några fall omfattar axplocket också 2000-talets fyra första år, fram till Läkartidningens hundrade år.

Jag hänvisar främst till artiklar från Läkartidningen, men kan givetvis bara nämna ett fåtal av det stora antal som förekommit inom området.

Edward Shorter [1] har bäst beskrivit hur 1900-talets sjukdomsföreställningar kom till, och modifierades, i västvärlden. Grunden var ett intrikat, ibland konfliktladdat samspel mellan medicinsk/biologisk kunskap och forskning, föreställningar i befolkningen, traditionella, kulturella etc tankemönster, politiska och ekonomiska intressen samt befintliga spridningskanaler och journalistiska preferenser. Ett notabelt drag i utvecklingen var att läkarnas position i problemformulering och tolkning försvagades efter hand, trots att den medicinska kunskapsmassan blev mer omfattande och välbelagd. Sjukdomsbegrepp och benämningar kunde t ex ibland uppstå utan nämnvärt medicinskt stöd.

En diagnos kan innehålla en medicinsk hypotes om yttre orsak eller en motsvarande folklig orsakstro, en attribution. *Carl Gustaf Nilsson* och medarbetare gav 1994 en värdefull sammanställning [2] av tidigare och då fortfarande aktuella symtombilder med i huvudsak obekräftade attributioner. Dessa symtombilder kallade de gemensamt »yttre miljösyndromet« (environmental somatization syndrome). De symtom av somatisk karaktär som ingick ansågs alltså ha tillkommit genom somatisering, dvs ha sin grund i psykosociala påfrestningar. Artikeln, särskilt dess engelska version [3], har på goda grunder blivit flitigt citerad.

I vissa fall uppstod under 1900-talet konsensus mellan befolkningen och många läkare om föreställningar och till-

Författare



Jörgen Malmquist

Jörgen Malmquist är docent i internmedicin. Han är efter 20 år som kliniker verksam som författare och frilansskribent. Sin första artikel för Läkartidningen skrev han 1970, under åren följd av ett 40-tal artiklar, debattinlägg och bokrecensioner. Sedan några år ingår han i tidningens referentskara.

FOTO: THURE CHRISTANSSON/PRESSENS BILD



FOTO: PRIVAT



FOTO: PRIVAT

Gengastidens kolmonoxidförgiftningar skapade skräck för giftgas. En medicinsk hypotes, som också blev en folkföreställning, var att små mängder dagligen inandad kolmonoxid kunde ge långvariga förgiftningstillstånd. En gengasklinik inrättades vid bl a Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm. Här analyserades misstänkta fall; flertalet visade sig ha »patologiskt stegrade« mängder kolmonoxid i blodet. Torgny Sjöstrand (till höger) upptäckte, bl a i samband med blodvolymbestämningar med hjälp av inandad kolmonoxid (mittbilden), att kolmonoxid naturligt förekommer i blod. Upptäckten blev banbrytande och bidrog till att ta knäcken på gengasskräcken.

hörande diagnosbenämningar. Fibromyalgi kan väl anses ha hört dit. I andra fall blev en ny föreställning allmänt omfattad av läkarna men föga känd av allmänheten. Idén om fokalinfektion är ett exempel. En tredje grupp är de föreställningar som fick spridning i befolkningen men som det stora flertalet läkare ansåg biologiskt grundlösa, t ex elöverkänslighet och amalgamsjuka. I den sistnämnda gruppen fanns dock alltid ett fåtal läkare eller forskare (medicinska eller andra) som fungerade som rådgivare och supportrar till patientföreningarna och som framträdde i medierna.

En problemkärna som noterades, och som har oförminskad aktualitet men som förefaller mycket underskattad, är att de flesta av de omdiskuterade sjukdomsbegreppen saknar objektiva fynd som kan avgränsa och bekräfta diagnosen och vägleda behandlingen. Sådana svårbedömda symtombilder av somatisk karaktär kan kallas »symtombaserade tillstånd«, en term som bl a använts av *Kenneth Hyams* i en värdefull översikt [4].

Arsenik, 1900-talets första yttre hälsorisk

Bland 1900-talets tankegångar om yttre orsaker till sjukdom var gifter av uråldrigt datum. Tillskotten från 1800-talets vetenskap var av stor vikt: mikroorganismer, elektromagnetism och strålning. Begreppet allergi från tidigt 1900-tal (och det bredare begreppet överkänslighet) fick stor betydelse i medicinskt tänkande men också ett starkt fotfäste i befolkningens sjukdomsföreställningar.

Förmodad arsenikförgiftning från färger i tapeter, textilier m m var 1900-talets första utbredda föreställning om hälsorisk från den yttre miljön [2]. Det ansågs att färgerna särskilt i samband med mögelväxt avgav flyktiga arsenikföreningar som inandades av de boende. En kommission av sakkunniga konkluderade 1919 att det hade förekommit ett fåtal fall av faktisk förgiftning men att symtomen i flertalet fall inte kunde härledas till exponering för arsenikhaltig färg.

Fastän saken nu är bortglömd av de flesta är den lärorik. Skräcken för arsenikförgiftning i bostäder spred sig effektivt i Sverige trots att det enda massmedium som existerade (men långt ifrån i varje hushåll) var tidningar. Det finns likheter med dagens sjuka hus-sjuka, med den ofta svagt grundade oron för substanser som kan avges från väggar, golv, tak och inredning till inomhusluften.

Om tarminnehållets farlighet

Autointoxikation från tarmen var en av 1900-talets tidigaste biologiska sjukdomshypoteser och byggde på den nyvunna insikten om tarmarnas stora bakterieinnehåll. Vid den tiden betraktades bakterier nästan automatiskt som alstrare av gift och sjukdom. En av förespråkarna för idén om autointoxikation var bakteriologen *Ilja Metjnikov*, som fick stor auktoritet av sitt Nobelpris 1908. Man menade att förstoppning gav bakterierna god tid att bilda gift som kunde sugas upp i kroppen.

Hypotesen ledde till ett överdrivet laxerande men också till kirurgiska ingrepp: i England opererade den berömde kirurgen *sir William Arbuthnot Lane* (1856–1943) bort delar av tjocktarmen. Förhoppningsvis gjordes inte detta i svensk sjukvård. Föreställningar om tarminnehållets farlighet lever kvar inom delar av dagens alternativmedicin.

Fokalläran – tragiska patientfall idag

Fokalinfektion var en mer utbredd och väletablerad uppfattning om hur sjukdom kunde uppstå. Läran innebar att en härd (ett fokus) av kronisk infektion, i sig utan symtom, kunde framkalla sjukdom på annat håll i kroppen genom att bakterier eller toxiner spreds från detta fokus. Därför skulle man vid »fokalsjukdomar« försöka avlägsna fokus, främst tonsiller med »kronisk tonsillit« eller tänder med rotspetsgranulom.

Otologen *Marcus Diamant* gav 1964 Läkartidningens läsare en grundlig genomgång av »myten om fokalinfektion« [5]. Diamant konstaterade att »kronisk tonsillit« var en diagnos som saknade

faktisk grund. Svårigheten att ställa diagnos fick ofta sin lösning i ett baklängesresonemang: om patienten hade fokalsjukdom måste ett fokus finnas och operation göras.

Bland »fokalsjukdomarna« låg kronisk polyartrit i topp, men många andra tillkom: astma, allergisk rinit, vissa hudsjukdomar, magsår, plattfot m fl. Dessutom användes fokalinfektion (även utan påvisat fokus) som förklaring vid blandade symtombilder, på gränsen mellan normalt och patologiskt. Dunkla symtom fick alltså en ännu dunklare förklaring. Vid kronisk polyartrit blev tonsillektomi på många håll en självklar procedur.

Diamants artikel refererar en undersökning publicerad 1948 som gällde ledsjukdomens förlopp hos 500 tonsillektomerade och 300 icke-tonsillektomerade. Ingen skillnad påvisades. Diamant skriver att tonsillektomi- och tandextraktionsraseriet upphörde under 1940-talet, men han konstaterar med beklagande att läran fortfarande levde kvar på många håll och lärdes ut i läkarutbildningen.

När det gäller tänderna vidgades konceptet av vissa läkare till att det var säkrast att extrahera samtliga tänder vid polyartrit. I år (2003) har flera äldre personer trätt fram i pressen med tragiska berättelser. En 20-årig flicka med begynnande ledvärk kunde omgående få alla sina tänder utdragna och ersatta med glappande proteser. Andra utslag av läran var tandutdragning hos epileptiker och bortoperation av både gallblåsa och tonsiller vid tillstånd av oklar värk och trötthet.

Gengasskräck gav dagens yrkesmedicin

Gengastidens akuta kolmonoxidförgiftningar skapade skräck för giftgas. En medicinsk hypotes, som också blev en folkföreställning, var att människor kunde drabbas av kronisk kolmonoxidförgiftning, dvs långvariga förgiftningstillstånd, genom kumulativ verkan av små mängder kolmonoxid som inandades dagligen [2, 6]. Förutom yrkesbilförare fanns det många, t ex fastighetsskötare, som eldade med fasta bränslen och som drabbades av skräcken.

Det inrättades en gengasklinik vid Sabbatsbergs sjukhus, och liknande enheter i mindre skala ska ha funnits på andra håll. Av de många blodprov från misstänkta fall som analyserades där befanns det stora flertalet innehålla »patologiskt stegrade« mängder kolmonoxid. Gränsen mellan normalt och patologiskt fick emellertid revideras som följd av *Torgny Sjöstrands* banbrytande upptäckt att vi alla har kolmonoxid-hemoglobin (COHb) i blodet, eftersom kolmonoxid bildas vid katabolism av hemoglobin.

Inledningen på 1970-talet med oral galvanism övergick i den generella amalgamsjukan … Ett stort antal expertrapporter och myndighetsföreskrifter kunde inte göra mycket åt problemets kärna: åsiktsmotsättningen.

Efter hand stod det klart att tvivlarna hade rätt: man kunde inte identifiera någon specifik sjukdomsbild som motsvarade kronisk kolmonoxidförgiftning. Föreställningen dog ut några år efter det att all användning av gengas upphört men kan sägas ha fått en mer välgrundad efterföljd i den tilltagande uppmärksamheten på luftföroreningar i allmänhet. Nedläggningen av gengasenheterna ledde till starten av den nya specialiteten yrkesmedicin.

»Lågt blodtryck« medikaliserades

Lågt blodtryck var under några decennier kring 1900-talets mitt en vanlig diagnos som påstods förklara trötthet och yrsel. Diagnosen hade naturligtvis en stark suggestiv effekt – personer som fick den diagnosen kände sig ännu trättare och yrare. Så kallade blodtryckshöjande läkemedel hade föga effekt på symtomen, men producenterna underströk givetvis för läkarkåren hur viktigt det var att försöka pigga upp lågtrycks-patienterna. Nu kan vi konstatera att de blodtrycksvärden som idag anges som »målblodtryck« vid hypertonibehandling är ungefär desamma som de som en gång utmålades som alltför låga.

»Lågt blodtryck« är ett viktigt exempel på hur man kan skrämma upp en befolkning med hjälp av till synes odiskutabla mätetal och genomföra en framgångsrik medikalisering, dvs förklara vardagens tillfälliga störande sinnesupplevelser som något medicinskt och behandlingskrävande.

Från oral galvanism till amalgamsjuka

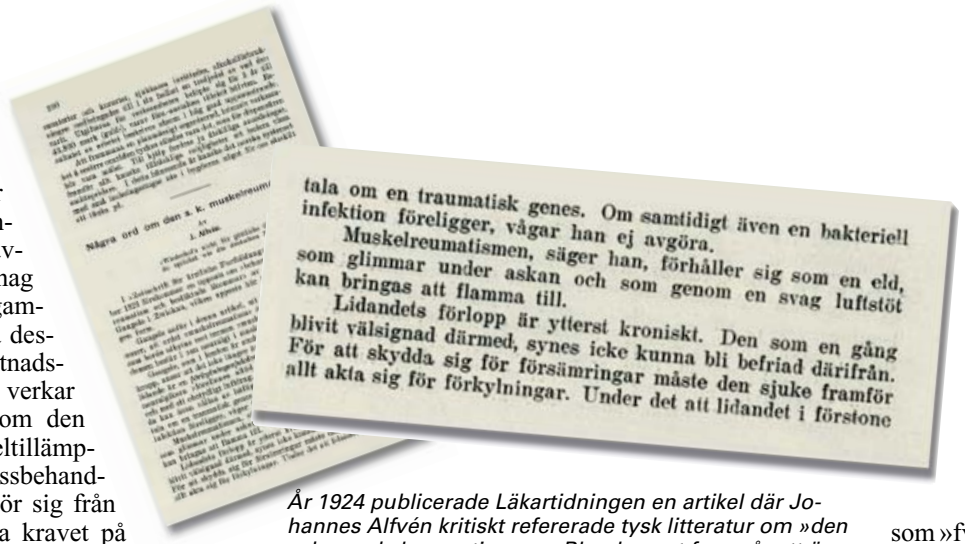
Inledningen på 1970-talet med oral galvanism övergick i den generella amalgamsjukan, som beskrevs kunna ha nästan vilka symtom som helst. Ett stort antal expertrapporter och myndighetsföreskrifter kunde inte göra mycket åt problemets kärna: åsiktsmotsättningen. De patienter som ansåg sig amalgamsjuka krävde, med stöd av Tandvårdsskadeförbundet och dess experter, att läkarna skulle erkänna att de var sjuka på grund av kvicksilverförgiftning från amalgamfyllningar. Att läkarna förklarade sig respektera patienternas uppfattning var otillräckligt. *Tore Leonhardt* gav 2001 Läkartidningens läsare en omfattande återblick på den svenska amalgamsjukeepidemin och dess bakgrund [7, 8].

I juni 2003 överlämnade Dentalmaterialutredningen (SOU 2003: 53) sitt slutbetänkande. Utredningens uppdrag gällde bemötande, utredning och vård av personer som relaterat sina symtom till dentala material m m. Direktivtexten citerar Socialstyrelsens allmänna råd från 1998, där det som exempel på »dåligt bemötande« bl a anges att »många i vården anser« att besvären är enbart psykiskt betingade. Den aktuella enmansutredaren tar upp detta i sin text. I sammanfattningen skriver hon att patienter inte tas på allvar och att många »får psykiska diagnoser«.

Ovanstående är intressant som exempel på ett minst sagt anmärkningsvärt synsätt som tydligen finns hos centrala samhällsföreträdare och som har stort intresse också utanför amalgamkonflikten – diagnoser av psykiatrisk karaktär är förolämpande och bör döljas för berörda patienter. Konsekvensen kan formuleras sålunda: Om en läkare efter noggrann bedömning anser att en patient plågas av ett ångestsyndrom där attribution till någon miljöfaktor ingår bör han/hon inte ta upp detta med patienten, eftersom det kan anses innebära ett dåligt bemötande. Följden av att läkaren därmed förhindras att ge sin syn på saken blir att patienten förblir förvissad om attributionens riktighet. Det orsakssamband som läkaren anser obevisat framstår då för patienten som bekräftat.

Utredningens expert, professorn i miljömedicin *Maths Berlin*, anser att nya data om kvicksilvers toxicitet berättigar till slutsatsen att den säkerhetsmarginal man trodde sig ha till kvicksilverexponering från amalgam nu har suddats ut. Vidare anför han att det med till visshet gränsande sannolikhet finns personer med genetiskt betingad ökad känslighet för kvicksilver, att den mest sannolika biverkan av amalgam är reaktion från immunsystemet och att ingenting talar för att sjukdom framkallad av amalgam kan förekomma hos mer än 1 person på 100.

Utredningens förslag tycks vara in-



tala om en traumatisk genes. Om samtidigt även en bakteriell infektion föreligger, vågar han ej avgöra.

Muskelreumatismen, säger han, förhåller sig som en eld, som glimmar under askan och som genom en svag luftstöt kan bringas att flamma till.

Lidandets förlopp är ytterst kroniskt. Den som en gång blivit välsignad därmed, synes icke kunna bli befriad därifrån. För att skydda sig för försämringar måste den sjuke framför allt akta sig för förkylningar. Under det att lidandet i förstone

År 1924 publicerade Läkartidningen en artikel där Johannes Alfvén kritiskt refererade tysk litteratur om »den s. k. muskelreumatismen«. Bland annat framgår att ömmande »nervtryckpunkter« och ömmande palpabla »muskelknutar« ansågs höra till. Alfvén påpekade att åkomman var ofarlig men hade en ofantlig spridning och kunde ge upphov till långvarig arbetsoförmåga.

riktade på att underlätta för personer som anser sig i något avseende ha obehag av sina amalgamfyllningar att få dessa utbytta kostnadsfritt. Detta verkar klokt, särskilt om den kommande regeltillämpningen (remissbehandling pågår) frigör sig från det meningslösa kravet på läkarintyg. I sådant fall kvarstår bara ett enda potentiellt konfliktämne mellan läkarkåren och dem som anser sig amalgamsjuka, eventuellt också efter utbyte av fyllningar, nämligen att en del av dessa personer möjligen anser sig vara arbetsoförmögna och kräver läkarintyg om detta.

Den svenska amalgamdebatten (ofta kallad »amalgamkriget«) har varit mycket intensiv och belyst många problempunkter och synsätt när det gäller miljö och sjukdom. Det tycks nu finnas utsikter att denna konflikt, plågsam för många enskilda, kan närma sig ett slut.

»Den lömska vägen« till förstörda njurar

För ungefär 20–25 år sedan fanns en föreställning om att den allra minsta förekomst av bakterier i urinen, även i frånvaro av symtom, sakta men säkert kunde leda till allt svårare urinvägsinfektion som kulminerade i kronisk pyelonefrit och uremi. Personer vars urinprov innehöll »någon enstaka förskrämd bakterie« (*Bertil Hoods* formulering under hans tid som medicinprofessor i Malmö på 1970-talet) blev rekommenderade att gå på regelbundna »kontroller« och att periodvis ta kemoterapi mot bakterierna. Föreställningen, som med vissa undantag var grundlös, understöddes livligt av berörda läkemedelsföretag, bl a i annonser om »den lömska vägen« till förstörda njurar – ännu ett exempel på medikalisering med ekonomiska krafters medverkan.

Muskelvärkens historia

Att människan alltid haft lätt att få ont i sina skelettmuskler är inte konstigt – de musklerna utsattes ju i gångna tider för väldiga påfrestningar varje dag. I dagens industriländer har problemet muskelvärk dock blivit mer svårförståeligt. I takt med att det stora flertalet anstränger sina skelettmuskler allt mindre har allt fler problem med muskelvärk, som oftast tillskrivs yrkesarbetet. Långvarig muskelvärk har haft många olika medicinska benämningar, bl a muskelreumatism, fibrosit, myos, fibromyalgi.

Läkartidningen publicerade 1924 en artikel [9] där *Johannes Alfvén* kritiskt refererade tysk litteratur om »den s. k. muskelreumatismen«. Det framgår bl a att ömmande »nervtryckpunkter« och ömmande palpabla »muskelknutar« ansågs höra till. Alfvén påpekade att åkomman var ofarlig men hade en ofantlig spridning och kunde ge upphov till långvarig arbetsoförmåga. Han angav att besvären var av psykiskt ursprung och att det som vidmakthöll symtomen var neurastenikerns allmänna själsläggning. Behandlingen bestod i att förklara detta för patienten och lära honom/henne att ignorera och negligera smärtorna.

Att det kan anses normalt att ha lokal muskelvärk då och då är en uppfattning som mot 1900-talets slut tycktes vara på väg att försvinna. Den ersattes av följande tankebild hos allmänheten och en stor del av läkarkåren: muskelvärk (eller värk som personen anser komma från muskler) kallas alltid smärta, är alltid en indikator på sjukdom och medför ofta långvarig, ibland permanent arbetsoförmåga.

Fibromyalgins »tender points«

De som studerade medicin på 1960-talet kunde få lära sig om »myoser«: Hos patienter med utbredd muskelvärk kunde man finna ömmande punkter, som motsvarades av palpabla områden där vävnaden var konsistensökad, troligen på grund av inflammationsödem (det var inte brukligt att utföra biopsi). Efter några år försvann myosbegreppet spårlöst. Det talades och skrevs aldrig mer om att man kunde palpera några muskelförändringar. Så småningom kom i stället de »tender points« som ingår i diagnosen fibromyalgi som började tillämpas och diskuteras i Sverige på 1980-talet. Man ansåg sig kunna se mikroskopiska muskelförändringar, vilka senare visade sig ha otillräcklig specificitet. Beträffande de ömma punkterna har sedan betonats att det inte rör sig om vanlig tryckömhet utan om allodyni. Flertalet anhängare av realiteten i begreppet fibromyalgi har emellertid korrekt framhållit att påvisandet av dessa punkter inte är av objektiv natur och inte kan kallas undersökningsfynd (eftersom »fynd« innebär något som läkaren oberoende av patienten iakttar vid fysikalisk undersökning eller får veta som resultat av någon teknisk/diagnostisk procedur).

Reumatologen *Eva Hedfors* lade 1989 fram egna och andras kritiska synpunkter på fibromyalgidiagnosen i en begreppsanalytisk kommentar om reumatologiska diagnoser [10]. Det har senare förekommit debatt mellan den i Sverige hittills dominerande strikt somatiska/biologiska synen (ofta representerad i Läkartidningen) och ett synsätt som ger plats för psykosociala faktorer [11, 12]. Dessutom publicerade svenska reumatologer på annat håll ett notabelt fynd: vid en efterundersökning av 15 personer som ansetts ha primär fibromyalgi kunde diagnosen inte bekräftas hos någon, eftersom alla hade endera depression eller störd tyreoideafunktion [13].

Den senaste utvecklingen i svensk diskussion är att fibromyalgi inte alls har med muskelvävnad att göra utan är en centralnervös (och kanske också perifer) störning av smärtuppfattningen. Personer med fibromyalgi har, sägs det, en onormalt stark förmåga att uppleva smärta. Psykosociala påfrestningars symtomförstärkande effekt uppfattas av några som mycket väsentlig, bl a för det som kallas fibromyalgi, vilket energiskt förnekas av andra.

Då diagnosen fibromyalgi började tillämpas i Sverige tillskrevs besvären vanligen inte någon specifik yttre orsak, men liksom i Nordamerika har personer med dessa besvär allt oftare börjat ange belastningsskada eller pisksnärtstrauma som orsak. Det finns alltså beröringspunkter mellan fibromyalgi och ett vidare fält: långvarig värk dels efter olycksfallsskador, dels som angiven arbetsskada.

Ryggont i välfärdsstaten

Bland de regionala muskelbesvären (t ex skrivkramp och dess sentida efterföljare »musarm«) förbleknar alla vid jämförelse med långvarig ryggvärk, som också ofta tillskrivs ansträngningar i yrkesarbetet. Problemets väldiga preva-

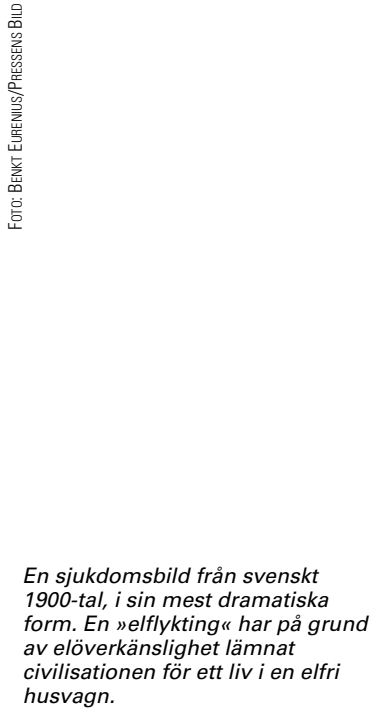


FOTO: BENKT EURENIUS/PRESSENS BILD

En sjukdomsbild från svenskt 1900-tal, i sin mest dramatiska form. En »elflykting« har på grund av elöverkänslighet lämnat civilisationen för ett liv i en elfri husvagn.

lens, det ovissa strukturella smärtunderlaget i flertalet fall och de dåliga behandlingsresultaten ger ryggvärken en helt exceptionell dignitet. Psykosociala faktorers roll har behandlats i Läkartidningen då och då [14, 15].

Under senare år har professorn i ortopedi *Alf Nachemson* varit dominerande upplysare och debattör. Hans uppmärksammade artikel 1994, »Ont i ryggen – slutet för välfärdsstaten?« [16], följdes av andra där han angrep långvarig sjukskrivning och förtidspensionering [17].

SBU gav ut omfattande rapporter om »ont i ryggen« både 1991 och 2000. I den sistnämnda betonades bl a psykosociala faktorers roll för hur ryggvärk upplevs och för besvärens förlopp, något som angreps i massmedierna. Stödföreningen Svenska Ryggföreningen skrev i Läkartidningen att de underkände SBUs rapport [18]. Detta var av stort intresse som en protestyttring från en stor grupp som dittills ofta kunnat räkna med långvarig, ibland permanent befrielse från yrkesarbete. Det återstår att se om det massiva expertstödet för ett förändrat medicinskt agerande vid ryggvärk får något märkbart genomslag i medicinsk praxis.

Sjuka hus och sjuka människor

Sjuka hus-syndromet, ett begrepp myntat på 1970-talet i USA, kom att gälla hälsoproblem som tillskrevs inomhusmiljön, oftast på arbetsplatser, men där orsaker av uppenbart medicinsk karaktär ofta visade sig svåra att identifiera. I Sverige kom problemen först att uppmärksammas på barndaghem och kallades då »dagissjukan« [19]. Senare blev benämningen SBS (efter »sick building syndrome«) vanlig. I massmediernas stolliga skrämselartiklar (»tusentals dör av dålig ventilation«) kallades byggnaderna ifråga ofta »mögelhus«.

Medicinsk och teknisk expertis försökte identifiera substanser (gifter eller allergener) i inomhusluften som skulle kunna hållas ansvariga för symtomen. Några konklusiva resultat uppnåddes inte. Ett problem var också att de symtom som kunde ingå i syndromet var föga distinkta: torra slemhinnor, torr hud, klåda, trötthet, luftvägsinfektioner, heshet m m. Som bl a Socialstyrelsen påpekade i en kommentar till en expertrapport förekommer sådana symtom hos många friska människor.

Yrkes- och miljömedicinaren *Åke Thörn*, som disputerade 1999 på en avhandling om SBS, beskrev i en intervju i Läkartidningen [20] varför han kommit fram till att SBS-begreppet borde överges. Ett av skälen var hans erfarenhet att SBS har en mer komplex grund, där personkonflikter, dålig information och gruppdynamiska processer kunde ha minst lika stor betydelse för symtomen som eventuella negativa egenskaper i den fysiska miljön.

SBS-konceptet har emellertid kvarlevt i väsentligen oförändrad form, nya symtom-»epidemier« på svenska arbetsplatser har inträffat, bl a med följder som att hela byggnader måst utrymmas permanent eller hållas stängda under lång tid. Ett påtagligt drag hos SBS är att trivselstörande faktorer, t ex dålig lukt, uppfattas som medicinska problem – fenomenet medikalisering än en gång. Mer unikt för SBS-problematiken är att undersökningar, tolkningar och expertkonflikter gäller både den medicinska/biologiska sfären och området bygg- och VVS-teknik med tillhörande ekonomiska intressen och tvister.

SBS-konceptet har en viss anknytning till den föreställning om multipel kemisk överkänslighet som uppstått i USA och som fått ett visst fotfäste i Sverige. Föreställningen är oroande, eftersom den förefaller medicinskt ogrundad och i värsta fall kan leda till självvald isolering från omvärlden, liksom ibland vid elöverkänslighet.

Larmrapporter orsak till elöverkänslighet

Elöverkänslighet fick sin begynnelse under tidigt 1980-tal, med rapporter från Norge om hudbesvär hos personer som arbetade vid bildskärmar. Under hösten 1985 blev det mycket uppmärksammat i svenska medier att tre personer som arbetat vid bildskärm fått hudskador godkända som arbetsskada. En dermatologisk beskrivning av dessa tre fall publicerades i Läkartidningens första nummer 1986, tillsammans med en kommentar från Statens strålskyddsinstitut att hudförändringarna inte kunde tillskrivas strålning [21, 22]. Läkartidningens läsare fick också ta del av ett antal preliminära rapporter om biologiska effekter av elektromagnetiska fält, skrivna av fysikern *Kjell Hansson Mild* m fl, bl a under 1989 [23].

Dessa uppgifter om icke fullt bekräftade verkningar på celler och experimentdjur var av intresse, men de kunde givetvis inte översättas till något som hade med praktisk sjukvård att göra. De skapade däremot allmän oro. I en översiktsartikel 1993 skrev två dermatologer och en stressforskare [24] att oron för att bildskärmar och annan ordinär elektrisk utrustning skulle påverka huden och andra organ var betydligt mer utbredd i Sverige än i andra länder. De konstaterade att det inte fanns några kända fysikaliska/elektromagnetiska faktorer som framkallade symtomen. De ansåg att dessa i stället kunde tillskrivas psykosociala mekanismer, framför allt betingning förstärkt av massmediernas larmrapporter. Några vägande skäl att ändra den bedömningen har mig veterligen inte framkommit under de följande åren.

Riskföreställningen har kvarstått och vidgats till att omfatta olika former av elektromagnetiska fält och strålning och många former av symtom. Patientföreningen Föreningen för El- och Bildskärmsskadade, bildad 1987, har bytt namn till Elöverkänsligas Riksförbund. Sin mest dramatiska form har elöverkänsligheten fått hos de personer (enligt uppgift ett 50-tal) som anser sig ha blivit

tvingade att bli »elflyktingar«, dvs att leva i elfria husvagnar eller fritidshus, och som anser sig få symtom av t ex ett batteridrivet armbandsur som bärs av en besökare. Åtskilliga ytterligare personer har fått förtidspension på grund av det symtombaserade tillståndet elöverkänslighet, som saknar känd medicinsk grund.



»Är klorosen verkligen utdöd?« frågade Jan Waldenström i nr 32/1941. Han svarade själv att kloros visst fanns kvar men under den mer adekvata benämningen järnbristanemi. På motstående sida hade Läkartidningen påpassligt nog sålt spaltutrymme för en annons om blodkroppsräkneapparater … ett marknadsföringstrick som idag är helt oförenligt med tidningens redaktionella policy.

Mobiltelefoni dagens elöverkänslighet

Under de senaste åren har mikrovågsstrålningen vid mobiltelefoni varit det viktigaste objektet för oro. Skräcken för mobiltelefonerna som sådana har fått mycket liten utbredning i befolkningen, kanske på grund av att telefonerna är så omtyckta. I stället fokuseras motviljan på telefonimasterna med deras sändare, trots att enhälliga experter försäkrar att den strålning som når människan från dem är negligerbar. Den vetenskapliga uppmärksamheten ägnas för närvarande främst eventuella effekter av mobiltelefonmikrovågor på hjärnan: dels djurexperimentella data, dels en vetenskaplig kontrovers angående hjärntumörer [25].

Elöverkänslighet har beröringspunkter med amalgamsjuka. Åtskilliga personer har förklarat sig lida av båda problemen. Debatten har i båda fallen haft hög intensitet, med stor täckning i medierna och med politiska partier och enskilda politiker som deltagare. Kontroversen om elöverkänslighet har ägnats två böcker. Den kan också studeras i en rapport som Rådet för arbetslivsforskning gav ut 2000 på regeringens uppdrag.

Som alltid i situationer av mångårig oenighet om miljörisker och om orsak–verkan har läkarnas situation varit vansklig. Medan forskarna har kunnat ta många år på sig (»mer forskning behövs«) har läkarna måst agera omgående: Existerar verkligen elöverkänslighet, kan den orsaka total arbetsoförmåga, är det berättigat att intyga att s k elsanering bör utföras?

Elöverkänslighet är ett utmärkt exempel på sjukdomskoncept som uppstått utan stark medverkan av forskande läkare och som därför kommit in i sjukvårdens vardag som en främmande fågel. Problemets intensitet tycks emellertid ha avtagit för sjukvårdens del, i stället förs nu bataljen på de arenor som svarar för mobiltelefonin och dess utbyggnad.

Mystisk kloros var järnbristanemi

Trötthet är förvisso ett av medicinens kardinalsymtom. Oförklarlig långvarig trötthet är en av läkarens största utmaningar. Antalet tänkbara förklaringar till trötthet är enormt, och trötthet kan dessutom vara av antingen psykiskt eller somatiskt ursprung eller av bådadera i kombination.

Läkartidningen publicerade under tidigt 1900-tal åtskilliga artiklar om trötthet betraktad ur psykologisk eller fysiologisk synvinkel. Av utrymmesskäl måste de förbigås här. Naturligtvis diskuterades bl a 1800-talsdiagnosen neurasteni, som nutida lärdomshistoriker intresserat sig för och felaktigt förklarat vara övergiven. Diagnostermen finns kvar i nu gällande diagnosförteckning (KSH97) och är väl varken bättre eller sämre än det också befintliga alternativet överansträngning. I Läkartidningen gav *Göran Struwe* 1979 en omsorgsfull översikt över det neurasteniska syndromet [26].

En trötthetsdiagnos som kan spåras till 1500-talet är kloros. Den grekiska ordstammen avsåg att beskriva blekhet med grönaktig färgton (i förening med svår trötthet). Kloros ansågs bara finnas hos unga kvinnor, och spekulationerna om sjukdomens natur blev många under årens lopp. Retrospektivt kan kloros ses som ett av medicinens större misslyckanden – det tog orimligt lång tid att komma till klarhet.

Thomas Sydenham beskrev redan 1681 att behandling med järn kunde ha god effekt vid kloros. Den observationen kom sedan att höljas i dimmor av kontroverser och ofullbordade behandlingsförsök. Man förstod inte att järn måste ges under lång tid och att man måste övertala patienterna att motstå de magknip som järnmedicinen kunde ge. Vidare dröjde det länge innan man fick insikt i betydelsen av stora menstruationsblödningar och ännu längre innan man fick möjlighet att göra något åt det problemet. Angående namnet kloros skrev den berömde Boston-hematologen *Richard Clarke Cabot* 1915 att det var helt fiktivt: grönaktigheten är inbillad, hos brunetter är blekheten gulaktig och hos blondiner är den helt vit.

Jan Waldenström ställde 1941 i Läkartidningen frågan »Är klorosen verkligen utdöd?« [27]. Han svarade att kloros fanns kvar men under det uppenbart bättre namnet järnbristanemi, närmare bestämt hos yngre personer, vanligast hos kvinnor. Artikeltexten framhöll bl a hur viktigt det är att ge järn i stora doser. Den berättade också att det ännu under 1900-talets tidigaste år fanns svenska läkare som ansåg att kloros uppträdde i epidemier orsakade av infektioner. Ett tidstypiskt inslag i artikeln är den utförliga diskussionen om den eventuella rollen av otillräcklig sekretion av magsaft.

Kloros är omtyckt bland historiker på grund av namnets ålder och den omfattande litteraturen. Lärdomshistorikern *Karin Johannisson* skrev om kloros i Läkartidningen 1992 [28]. Hon ansåg att en del av de flickor som fick diagnosen kloros kring sekelskiftet 1900 hade anorexia nervosa. Detta förefaller fullt möjligt, men det har i medicinens vetenskapshistoria en begränsad plats jämfört med den enormt långsamma färden fram till insikten att blekhet betyder anemi och att anemi hos yngre kvinnor nästan alltid beror på järnbrist.

Epidemier av kroniskt trötthetssyndrom

Kroniskt trötthetssyndrom blev nästa stora trötthetsdiagnos. Sjukdomsbegreppet hade sitt något paradoxala ursprung i lokala epidemier av akut trötthet och muskelsvaghet. Den mest kända epidemin i Europa var den som 1955 drabbade läkare och annan personal (sammanlagt över 300 personer) vid Royal Free Hospital i London. Symtomen, som började plötsligt men blev långvariga, var svår trötthet, muskelvärk och muskelsvaghet. Epidemin tilldrog sig naturligtvis mycket stor uppmärksamhet. Den beskrevs i en gästledare i The Lancet 1956 (osignerad som alltid på den tiden) med titeln »A new clinical entity?« [29].

Skribenten menade att det vid detta och vissa andra liknande utbrott under senare år kunde röra sig om ett nytt syndrom som förslagsvis skulle kunna benämnas »benign myalgisk encefalomyelit«. I ledarens sista mening påpekas att tillståndet skilde sig från andra akuta neurologiska sjukdomar och från »need it be said, hysteria«. Men det som därmed framhölls som irrelevant framstod efter hand som det korrekta alternativet beträffande Royal Free-epidemin: den var med all sannolikhet en psykogen epi-

demi av akuta somatiseringssymtom.

Lancet-ledarens mer fantasifulla än välgrundade diagnosbenämning har, oftast i form av akronymen ME, nu överlevt i nästan 50 år i Europa som en bland patienter omtyckt benämning på kroniskt trötthetssyndrom (som i regel uppträtt sporadiskt, utan lokala epidemier av akut insjuknande). Åtminstone en av de brittiska patientföreningarna har meddelat att man insett att benämningen ME inte är korrekt, men man väljer att använda den ändå. I USA däremot har termen ME aldrig blivit allmänt känd. Sjukdomsbenämningen har där blivit CFS (chronic fatigue syndrome), sedermera CFIDS (chronic fatigue and immune dysfunction syndrome).

Kroniskt trötthetssyndrom (KTS) har avhandlats i Läkartidningen åtskilliga gånger. En allsidig genomgång av virologiska, immunologiska och andra patogenetiska möjligheter presenterades 1989 av *Annika Linde* [30]. Ytterligare tänkbara etiologiska virusarter har varit aktuella sedan dess, liksom enzymrubbning, men det kan inte sägas att någon biologisk etiologi bevisats. En artikel 2002 [31] avsåg att upplysa läkarkåren om de senaste kunskaperna. Det som framgick tydligast var i stället KTS-konceptets markanta svaghet: tänkbara orsaker framstod som oskiljbart hopblandade med differentialdiagnoser till KTS (som av artikelförfattaren i denna svenskspråkiga text konsekvent kallas CFS i enlighet med den svenska patientföreningens preferens).

Enligt tillgänglig information ställs KTS-diagnosen nu alltmer sällan i Sverige. Det är glädjande att KTS inte, såvitt jag vet, drabbat svenska barn, i motsats till vad som bevisligen är fallet i Storbritannien, där ME uppges vara den vanligaste orsaken till att barn under långa perioder är borta från skolan. En rektor som är förtidspensionerad på grund av ME har givit ut boken »ME – the new plague« och har gått ut i pressen med skrämmande uppgifter om hur barn smittar varandra med ME i skolorna. Inom fransk barnmedicin däremot uppges CFS/ME vara okänd.

Utbrändhet har fått sjukdomsstatus

Den mest aktuella trötthetsdiagnosen är givetvis utbrändhet. Termen »utbränning« förekommer också och kan väl (för dem som accepterar konceptet) anses syfta på den process som leder fram till utbrändhet. I Läkartidningen tycks begreppet ha nämnts för första gången 1986 i en artikel av *Mats Nilsson* m fl från Umeå [32]. Författarna beskriver utbrändhet som ett »fenomen« av psykologisk/sociologisk natur, ordet sjukdom nämns inte.

… måste faktiskt i praktiken även dogmatiska helhetsivrare fundera på om en viss symtombild har biologiska/somatiska orsaker eller psykiska/psykosociala eller en kombination av båda.

Artikeln inkluderar en kritisk recension av den svenska utgåvan (1985) av den första boken (originalutgåva 1982) om utbrändhet av den amerikanska psykologen *Christina Maslach*, som kommit att bli den flitigaste skribenten inom området. Hennes nästa bok, tillsammans med den kanadensiske psykologen *Michael Leiter*, kom 1997, svensk översättning 1999. Det är notabelt att böckerna skildrar utbrändhet utifrån perspektiven arbetsmiljö, arbetsvillkor, andra sociala förhållanden och stress. Ordet »syndrom« kan förekomma, men det står ingenstans att utbrändhet är en sjukdom.

I Sverige är emellertid medikalisering ett starkt fenomen sedan länge; det finns en markant benägenhet att formulera mänskliga och sociala problem som medicinska problem. Mycket riktigt: utbrändhet kom nästan genast att uppfattas som en sjukdomsbenämning i Sverige. Självutnämnda experter framträdde i massmedierna och sade att det tar lång tid att »komma tillbaka«, ofta två år eller mer. Något faktaunderlag för det påståendet redovisades inte och existerar inte såvitt jag vet.

Detta är nog också en del av Sveriges »medical culture«: ängslan för att bli uppfattad som bagatelliserande medför att man hellre tar i åt det överdrivande hållet. *Olle Hellströms* rubrik på recensionen av Maslachs andra bok i Läkartidningen [33] var mycket fyndig: »Mänskligt dilemma som fått sjukdomsstatus«. Men den syftade alltså på skeenden i Sverige, inte på boken. När det sedan 2001 kom ut en svensk bok om utbrändhet var medikaliseringsprocessen fullbordad. Boktiteln var »Utbrändhet – den nya folksjukdomen«.

Det har uppstått en livlig diskussion om utbrändhet, inte minst eftersom termen har blivit en stor sjukskrivningsdiagnos. Är utbrändhet en bra diagnos? Många av dem som fått diagnosen har visat sig ha depression, en viktig diagnos eftersom den möjliggör en i regel effektiv behandling. Några av dem som anser sig utbrända kanske har en somatisk sjukdom som förklarar deras kraftlöshet. Om en person anser sig vara utbränd och varken har depression eller somatisk sjukdom är det kanske en rimlig slutsats att han/hon är utsatt för ett mänskligt dilemma, en livskris, men inte ska ha en medicinsk diagnos och inte är i behov av fortsatt läkarkontakt.

Diskussionen har också förts på det formella planet. En företrädare för Socialstyrelsen ifrågasatte i en dagspressintervju om det var korrekt att använda termen utbrändhet som diagnos. (Jag förbigår här min uppfattning att läkare alltid bör få använda valfri diagnosbenämning, förutsatt att den kan anknytas till en kod i KSH97.)

Utbrändhet finns emellertid faktiskt i gällande alfabetiska diagnosförteckning (Z73.0). De flesta jäktade diagnostisörer har säkert undgått att observera att Z-koderna tillhör den systematiska förteckningens kapitel XXI, som inte innehåller diagnoser i vanlig mening utan tilläggsinformation, nämligen »Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården«. Här finns bl a en lång rad psykologiska och sociala begrepp listade. Oklarhet hade undgåtts om Socialstyrelsen hade behandlat kapitel XXI precis som kapitel XX (Yttre orsaker till sjukdom och död), alltså inte blandat in dess termer i den alfabetiska förteckningens huvuddel, utan placerat dem sist och separat med uppgift om att de inte är egentliga diagnosbenämningar.

Helhetssynens predikare

Avslutningsvis några ord om kropp och själ i Läkartidningen. Då och då har det dykt upp funderingar som går ut på att vi bör undvika att tänka dualistiskt (»cartesianskt«), dvs att vi inte ska göra en åtskillnad mellan psykiskt och somatiskt. I stället, predikas det, ska vi ha en helhetssyn på patienterna. Dessa skenbart djupsinniga välmenta yttranden är problemfria utom då det gäller diagnostiskt arbete, som kräver en allsidig syn i stället för en förutbestämd rigid helhetssyn som hindrar analys.

Med tanke på val av behandling måste faktiskt i praktiken även dogmatiska helhetsivrare fundera på om en viss symtombild har biologiska/somatiska orsaker eller psykiska/psykosociala eller en kombination av båda. En av möjligheterna är somatisering, en situation där symtom av somatisk karaktär har uppstått, eller förstärkts, på grund av en- ➡

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

dera psykisk störning eller psykosociala påfrestningar.

Läkartidningen hade 1990 en noggrant begreppsanalyserande medicinsk kommentar om detta, skriven av psykiatern *Ingemar Sjödin* [34], delvis baserad på en ledare om ämnet i British Medical Journal. Två viktiga punkter framhölls: dels är problemet underskattat i den somatiska sjukvården, dels förstärker brister i läkarnas agerande somatiseringsprocessen så att den delvis blir iatrogen.

Somatisering kontra psykologisering

Sjödins artikel orsakade inte någon diskussion i Läkartidningen. När ämnet somatisering återkom i en ny medicinsk kommentar 2001 [35], tillsammans med ett antal närstående artiklar i samma nummer, inkom ett antal protesterande diskussionsinlägg. Begreppet somatisering förkastades, på något olika grunder, av dem som protesterade. De menade att det alltid finns somatiska orsaker till somatiska symtom, att begreppet innebär ett patientkränkande sätt att försöka dölja läkarens kunskapsbrist, att begreppet är förlegat (ingen distinkt motivering gavs).

Vi kan förbigå det formella faktum att förkastelsen kontrasterar mot att somatisering finns som ett särskilt avsnitt i den systematiska diagnosförteckningen (Somatoforma syndrom). Det är däremot notabelt att *Anders Lundin*, psykiater verksam inom rehabilitering, i sin replik skrev att de somatoforma tillstånden har förutsättningar att bli en av detta århundrades stora utmaningar för sjukvården [36]. Den uppfattningen kan sägas stämma med den informella och ungefärliga upplysning jag fått från primärvården att hos uppskattningsvis varannan yngre (<50 år) vuxen patient med symtom av somatisk karaktär visar sig symtomens orsak vara helt övervägande av psykosocial natur.

Jag hoppas att detta intressanta område återkommer i Läkartidningen, inte bara som debatt utan också i form av undersökningsresultat. Eftersom somatisering vid psykisk störning redan är välkänd (framför allt inom psykiatrin) är det främst en större kunskap om psykosocialt orsakad somatisering som behövs. Förhoppningsvis kommer allmänmedicinen att presentera kartläggning, analys och modeller för bemötande och åtgärder.

Psykologisering innebär bl a att en person som fått sjukdomssymtom av somatiskt slag väljer att ge dem en psykologisk förklaring som är helt eller delvis felaktig. Exempelvis kan en person förklara illamående, aptitlöshet och viktminskning med att han plågas av vantrivsel med sitt arbete. Detta kan medföra att han uppskjuter att söka läkare. Psykologiserande förklaringar kan också användas av läkare. (De som ogillar begreppet somatisering brukar anse att diagnoser av det slaget bygger på oberättigad psykologisering.)

Ett speciellt och tragiskt exempel i det nära förgångna var när dåliga relationer mellan föräldrar och barn förklarades vara orsak till autism hos barn (detta var mest utbrett i USA såvitt jag vet). I ett kommande nummer av Läkartidningen beskriver *Kelm Hjälmås* ett annat exempel som gäller barn: den psykologisering enligt psykoanalytisk modell som under lång tid plågade barn med enures och deras föräldrar.

*

Yngve Karlsson, Läkartidningens tidigare mångårige medicinske huvudredaktör, har genom sitt arkeologiska arbete låtit mig få ta del av många artiklar (av mig okända eller bortglömda) från tidningens 1900-tal. Av utrymmesskäl framträder bara ett urval av dem i artikeln och referenslistan.

Referenser

1. Shorter E. From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic disease in the modern era. New York: Simon & Schuster Inc; 1992.
2. Nilsson CG, Göthe CJ, Molin C. »Environmental somatization syndrome«. Hur hanteras det yttre miljösyndromet? Nord Med 1994;109:121-5.
3. Göthe CJ, Molin C, Nilsson CG. The environmental somatization syndrome. Psychosomatics 1995;36:1-11.
4. Hyams KC. Developing case definitions for symptom-based conditions: the problem of specificity. Epidemiol Rev 1998;20:148-56.
5. Diamant M. Myten om fokalinfektion. Läkartidningen 1964;61:4131-46.
6. Salén EB, Gustafsson N. Specialavdelning för undersökning och behandling av gengasförgiftningsfall öppnas vid Sabbatsbergs sjukhus. Läkartidningen 1941;38: 945-9.
7. Leonhardt T. Amalgamsyndromet ur ett idéhistoriskt perspektiv. Kvicksilver – nyttovara och hälsohot. Läkartidningen 2001; 98:3817-24.
8. Leonhardt T. Amalgamsyndromet ur ett idéhistoriskt perspektiv. Den svenska amalgamsjukeepidemin. Läkartidningen 2001; 98:3940-8.
9. Alfvén J. Några ord om den s.k. muskelreumatismen. Läkartidningen 1924;21:200-6.
10. Hedfors E. Reumatologiska diagnoser – hur långt liv har de? Läkartidningen 1989;86: 513-4.
11. Henriksson KG. Fibromyalgi – funktionsstörning i det nociceptiva nervsystemet. Läkartidningen 2000;97:4118-9.
12. Anderberg UM. Fibromyalgi – sannolikt ett resultat av långvarigt stressyndrom. Läkartidningen 2000;97:2641-2.
13. Forslind K, Fredriksson, E, Nived O. Does primary fibromyalgia exist? Br J Rheumatol 1990;29:368-70.
14. Bejerot N. Socialmedicinska synpunkter på ryggsjukdomar (II): »Psykiska ryggar«. Läkartidningen 1966;63:3970-9.
15. Axelsson JA, Blume J. Psykosociala arbetsmiljöfaktorer ofta bakomliggande orsaker till ländryggssmärtor. Läkartidningen 1988;85:4431-4.
16. Nachemson A. Ont i ryggen – slutet för välfärdsstaten? Nord Med 1994;109:70-1.
17. Nachemson A. När inte politikerna vågar eller vill måste vi – för patienternas bästa. Läkartidningen 2002;99:673.
18. Nyberg C, Rundström L, Lind U. Ryggsjukdomar som försvann. Svenska Ryggföreningen underkänner SBU:s rapport. Läkartidningen 2001;98:1706-7. [Replik av Jonsson E, Nachemson A, Norlund A. p. 1707-8.)
19. Strandell LR. Nu kommer studierna över »dagissjukan«. Arbetsgrupp svarar för information. Läkartidningen 1982;79:4542.
20. Fällman H. Han vill vidga synen på »sjuka hus«: Lång och komplicerad process viktigare än yttre miljöfaktorer. Läkartidningen 1999;96:4458-60.
21. Lagerholm B. Bildskärmar och hudförändringar: Ingående undersökningar motiverade. Läkartidningen 1986;83:60-1.
22. Bengtsson G. Strålskyddsinstitutets kommentar om strålning och bildskärmar. Läkartidningen 1986;83:61.
23. Hansson Mild K, Nordenson I, Hamnerius Y. Oklar hälsorisk men biologiska system känsliga för svaga elektriska och magnetiska fält. Läkartidningen 1989;86:3887-8.
24. Berg M, Lidén S, Arnetz B. Bildskärmsallergi – ett svenskt problem? Nord Med 1993;108:193-5.
25. Ahlbom A, Feychting M. Hur farlig är mobiltelefonen? Läkartidningen 2000;97: 3160-2.
26. Struwe G. Det neurasteniska syndromet. Läkartidningen 1979;76:4253-6.
27. Waldenström J. Är klorosen verkligen utdöd? Läkartidningen 1941;38:1613-26.
28. Johannisson K. Kloros (bleksot) – en äldre syster till anorexi? Läkartidningen 1992; 89:4521-3.
29. A new clinical entity? [editorial]. Lancet 1956;1:789-90.
30. Linde A. Kroniskt trötthetssyndrom – en diagnos att ta på allvar? Läkartidningen 1989;86:1687-90.
31. Merz S. Chronic fatigue syndrome. Allt fler differentialdiagnoser kräver en förändrad syn på problemet. Läkartidningen 2002;99: 3282-7.
32. Nilsson M, Norberg A, Winblad B, Åström S. Risk för utveckling av utbrändhet bland personal inom äldrevården. Läkartidningen 1986;83:3413-6.
33. Hellström O. Mänskligt dilemma som fått sjukdomsstatus. Läkartidningen 2000;97: 3007-8.
34. Sjödin I. Psykiska besvär i somatisk skepnad. Läkartidningen 1990;87:1233-7.
35. Malmquist J. Somatisering – en viktig orsak till svårbegripliga symtombilder. Läkartidningen 2001;98:5852-5.
36. Lundin A. Somatisering – en utmaning för sjukvården. Läkartidningen 2002;99:1239.