

## Er kvinnfolk mer pinglete enn menn?

Denne teksten ble først publisert på <http://einarflydal.com> den 2. juli 2017

Blant dem som er el-overfølsomme, er det klart mest kvinner. Middelaldrende kvinner. Og mange av dem lider gjerne også av diverse andre overfølsomheter og utmattelse. De er dessuten sykere enn mennene. Dette gjenspeiler seg i de innsendte egenbeskrivelsene under "[Våre historier viser hvorfor vi ikke vil ha "smartmålere"](#)" på min blogg om elektromagnetiske felt og helse, der jeg omtaler forskning og gir litt praktiske råd.

Hvorfor er det en slik fatt med kvinnene? Jeg trodde - ganske konvensjonelt - at det var fordi kvinner "lytter mer til sin egen kropp" og til sine egne følelser. Og de går jo oftere til lege og er mer opptatt av kosthold og helse. Menn derimot "står han av".

En dansk lege fikk meg på andre tanker. Hans lille gjennomgang setter samtidig norsk helsepolitikk på feltet i et pinlig lys.



I boka *Blinde pletter - om lægevidenskabens og sundhedssektorens amputerede virkelighed* (Isager 2011) tar lege Henrik Isager for seg - ja nettopp - en del blinde flekker innen skolemedisinens sykdomsforståelse. Særlig er han opptatt av dagens epidemi av *energitap-lidelser*, de såkalte *multisystemlidelser*. Blant dem regner han blant annet ME, fibromyalgi, el-overfølsomhet og multippel kjemisk overfølsomhet (MCS), som er lidelser man ofte regner som "uforklarte".

Ett av Isagers hovedpoeng er at skolemedisinen ikke har maktet å få noen brukbar forståelse av disse lidelsene fordi faget er preget av tradisjoner som gjør legene blinde for fellestrekkene ved dem: Energitap-lidelsene har det til felles at cellenes energiproduksjon i deler av kroppen er redusert. Det skjer først og fremst etter påvirkning av ytre faktorer - miljøgifter - som fører til vedvarende forhøyet oksidant-produksjon - inflammasjon. Så fører dette til energitap fordi mitokondriene, cellens kraftprodusenter, skades. Derpå følger en flora av andre mulige skadevirkninger i mange av kroppens delsystemer. Hvorav navnet *multisystemlidelser*.

Isager trekker i stor grad på biokjemiker og genetiker Martin L Palls store forskningsgjennomgang, som jeg har skrevet om i mange tidligere bloggposter. Det er Pall som i følge Isager er opphavsmannen til betegnelsen "multisystemlidelser", og som har klart å se og formidle det store, felles mønsteret (Pall 2007).

Men hvorfor er (middelaldrende) kvinner overrepresentert? Jo, her finner Isager fram en rekke poeng som setter de "psykogenetiske" forklaringene - troen på at det kunne bunne psykologien - i skammekroken:

Isager viser i et lite avsnitt i boka (s 171-174) hvordan kvinnekroppen rent fysisk har høyere sannsynlighet enn mannekroppen for å bli rammet av inflammasjon ved eksponering for miljøgifter. Kvinnekroppen har ganske enkelt lavere toleranseterskler, mens grenseverdier og hele tenkningen i medisinfaget bygger på hva menn tåler. Referansen er altså menns kropp. Dermed blir de kvinnene som rammes, automatisk sett på som pingler, og dermed ligger psykogenetiske forklaringer og kognitive terapier snublende nær: "Ikke rart hun blir syk, så mye som hun er opptatt av slikt. Hun burde tenke mindre på det, få noe annet å være opptatt av, ja, ta seg sammen - lære å leve med plagene!"

Her er Isagers forklaringer - i min kortversjon og uten Isagers mange referanser. Noen av forklaringene er begrunnede antakelser, andre er sikre observasjoner, og noen er observasjoner på dyr som man mener godt kan overføres til mennesker:

- kjønnshormonet østrogen gir økt sykdomsrisiko
- kvinner, spesielt voksne kvinner, har lavere hormonrespons på belastninger fra miljøfaktorer, noe som gir dårligere stoffskifte for å håndtere miljøgifter
- kvinner har relativt mer fett i underhud og annet vev, noe som øker risiko for opphopning av fetopløselige toksiner (bl.a. pesticider og tungmetaller)
- kvinner har mindre samlet mengde mitokondrier og lavere energibudsjett både absolutt og i forhold til kroppsvolum
- voksne hunkjønnede dyr har større følsomhet, f.eks. for organofosfat-pesticider
- samspillseffekter fra p-piller, hormonforstyrrende kjemikalier og menstruasjonssyklus, som kan påvirke evnen til å bryte ned toksiner
- kvinner har hyppigere langtidsmedisinering med medisiner som har et forgiftningspotensiale spesielt på mitokondriene, f.eks. ikke-steroider, giktmedisiner og paracetamol, og antidepressive og antipsykotiske preparater, og har dessuten en belastning fra giftstoffer i sminke

Mellom alle disse faktorene kan det være samspillseffekter som i praksis er for komplekse til å kartlegges, og derfor bare må antas ut fra teori og fra delstudier.

Disse *fysiogenetiske* forklaringene treffer langt bedre enn de psykogenetiske: De passer selv når det ikke kan påvises psykiske årsaker. Dermed snus årsaksrekken på hodet: lidelsenes psykiske sider kan i stedet ses som *resultat av* den fysiske lidelsen i stedet for *årsak til* den. Lidelsen påføres fordi samfunnet tillater eksponeringer som man har ment fungerer bra på menn, mens de altså blir for høye for kvinner. Kvinner sykkeliggjøres altså fordi forståelsen av hva de tåler, er feil, og samfunnet tillater eksponeringer som utfordrer deres tålegrenser.

Ser vi på Isagers liste med forskningsmetodens briller på nesa, ser vi at de fysiogenetiske forklaringene har høyere *prediksjonsverdi*: ut fra dem kan man utlede testbare hypoteser om at kvinner vil være overrepresentert blant dem som rammes av multisystemlidelser, og at noen av dem, f.eks. de som bruker mye paracetamol over lang tid, vil være mer overrepresentert enn andre. Bekreftes slike antakelser, trengs ikke de psykogenetiske forklaringene.

De psykogenetiske forklaringene har ikke noe tilsvarende å vise til: De kan bare vise til studier som *ikke* fant noen medisinske fysiske årsaker til lidelsene. Det holder ikke når andre studier finner slike årsaker og står for rimelig kritikk. Muligheten for at det fins psykogenetiske årsaker alene, altså at folk blir syke fordi de blir så engstelige for sykdommene, sviner inn til bare å være en sær, teoretisk mulighet man grep til i mangel av bedre forståelse. At det derimot kan gi psykiske virkninger å gå i lengre tid med slike lidelser, burde ikke forundre noen.

Forskere har også spekulert på hvorfor kvinnekroppen og mannekroppen har fått disse forskjellene. En åpenbar forklaring (Wentz 2017) er evolusjonær, men den er selvsagt spekulativ, for det kan ikke bevises om forklaringen er rett selv om den kan virke rimelig:

- Det har vært en evolusjonsmessig fordel for kvinnekroppen å reagere på toksiner og alvorlig stress (som krig, sult) på en måte som gjør at hun ikke blir gravid. For å bli gravid i krise vil utgjøre en stor risiko for ikke å overleve, og har hun barn fra før, trues også deres overlevelse om mor dør. Da er det bedre at hun blir litt syk, og trekker seg tilbake til hulen, sover mye og tar mest mulig vare på sin energi.

De psykogenetiske forklaringene har altså svakere forklaringskraft, og bør havne på vitenskapens skraphaug. Helsepolitikk som baserer seg på de psykogenetiske forklaringene bør gå samme vei. Synet på el-overfølsomhet som en lidelse uten annet enn psykogenetiske forklaringer, som er det norske helsevesenets offisielle standpunkt (FHI 2012:3), bør åpenbart gå samme vei.

Einar Flydal, 10. juni 2017

### **Referanser:**

Alexander, Jan et al.: Svake høyfrekvente elektromagnetiske felt – en vurdering av helserisiko og forvaltningspraksis, FHI-rapport 2012:3, Folkehelseinstituttet, 2012, lastes ned fra <http://www.fhi.no/>

Isager, Henrik: Blinde pletter - om lægevidenskabens og sundhedssektorens amputerede virkelighed, Forlaget Hovedland, 2011

Pall, ML: Explaining «Unexplained Illnesses – Disease Paradigm for Chronic Fatigue Syndrome, Multiple Chemical Sensitivity, Fibromyalgia, Post-Traumatic Stress Disorder, Gulf War Syndrome, and Others, 2007

Wentz, Izabella: Why Women Have More Thyroid Disorders: The Izabella Wentz Safety Theory, bloggpost 5. januar 2017, <https://thyroidpharmacist.com/articles/women-thyroid-disorders/>