

DE FUNKTIONELLE LIDELSER: SYGDOM, PSYKE OG SOMA

Peter la Cour¹

Forståelsen af de funktionelle lidelser er på alle måder kompleks: sprogforbistringen, den rodede diagnostiske klassifikation og det uafklarede omkring årsager til sygdommene. Der fremlægges i artiklen nutidige positioner omkring sygdomsforståelse og sygdomsmodeller, og der fremlægges to ganske forskelligartede psykologiske positioner i relation til lidelserne. I lyset af nyere empirisk forskning må en stor del af de tidligere tiders sygdomsforklaringer afskrives, men der dukker ikke af sig selv nye forståelser op til erstatning. Man må finde sig i at navigere og behandle i uvished, hvilket giver en række dilemmaer. Er man mere artikuleret omkring den sundhedspsykologiske og den psykosomatiske tradition, er det måske muligt at kunne iværksætte psykologisk behandling, der er mere præcis og relevant over for den enkelte patient.

Indledning

De funktionelle lidelser repræsenterer om noget en kompleks virkelighed. Psykologisk skal man som behandler forholde sig til noget, man ikke ved, hvad er, og som bestandigt undslipper de enkle forklaringer og klassificeringer, der ellers gør den virkelighed, vi kender, forudsigelig og håndterbar. Det er denne artikels formål at skabe et overblik over den nyeste fagpsykologiske viden om funktionelle lidelser og de dilemmaer, der i deres mangfoldighed kun kan beskrives som et øjebliksbillede af en faglig udvikling i rivende fart.

Psyke, soma og sygdomsmodel

Psykiateren G. Engel slog i to artikler i 1977 og 1980 til lyd for, at det nye paradigme for forståelse af sygdom og sundhed skulle hedde den biopsykosociale model (Engel, 1977; 1980). Det nye paradigme skulle afløse den gamle biomedicinske model, der med sin mekanistiske opfattelse af sygdom som en fejl, der skulle rettes, ikke kunne medtænke de sociale, psykologiske

¹ Peter la Cour, specialist i sundhedspsykologi, Ph.D. Leder af Videncenter for funktionelle lidelser i Region H.

og eksistentielle forhold. Man blev på dette tidspunkt i stigende grad klar over, at flere af disse forhold spillede altafgørende ind på helbredet: gode levevaner, gode venner, tilfredshed med arbejdet, gode kostvaner, god økonomi, tilfredshed med livet og en sund indstilling til kroppen – og alt dette var ikke biomedicinsk forståeligt. Et nyt sundhedsbegreb kunne vokse frem: Sundhed er mere end fravær af sygdom; sundhed er en ressource, som det hed og stadig hedder, når der tænkes lidt overordnet (Saugstad & Mach-Zagall, 2009).

Der opstod imidlertid hurtigt den meget konkrete (mis)forståelse af den biopsykosociale model, at sygdommenes årsager så enten kunne være biologiske, sociale eller psykologiske, men med delene forstået og analyseret som én årsag ad gangen. Den tanke kunne gå hånd i hånd med den endnu ældre model om de psykosomatiske sygdomme, der i helt konkret form var læren om, at særlige psykologiske/sociale problemer satte sig fast i kroppen og udløste bestemte fysiske sygdomme. Var sygdomsårsagen ikke fysisk, så måtte den nødvendigvis være psykisk eller social.

Denne forståelse var på ingen måde budskabet med den biopsykosociale model, men alligevel var det en sådan forsimplet tænkning, der stod bag det paradigme, der ca. 20 år efter opstod omkring de funktionelle lidelsers – de medicinsk uforklarede lidelsers – natur. Der var udenlandske forlæg for forsimplingen (Showalter, 1998), men herhjemme blev det neuropsykologen Lise Ehlers, der med bogen *Ondt i livet* (Ehlers, 2000) gjorde sig selv til fortaler for den tolkning af den biopsykosociale model, at hvis en sygdom ikke er fysisk, må den nødvendigvis være psykisk.

Det var misforstået, for det var netop kompleksiteten – i modsætning til den monokausale biomedicinske model – man forsøgte at fastholde i den biopsykosocial-eksistentielle model. Det var den komplekse og besværlige virkelighed, at sygdom og sundhed ikke eksisterer uden for kontekst. Der findes ikke abstrakte sygdomme i et tomrum, kun syge mennesker med faktiske, reelle livshistorier, der har formet deres livs elementer, og at der er et evigt gensidigt samspil mellem kategorierne: det fysiske, det psykiske, det sociale og det eksistentielle². Det ene element betinger det andet, og sammen flytter de den menneskelige helhed i en uendelig spiral, der varer, *så længe livet leves* (Mirdal, 1990, 1999).

2 Det eksistentielle er blevet bortgemt i den oprindelige biopsykosociale model, men det er en anden historie.

Det komplekse biopsykosocial-eksistentielle samspil

1. Lille Jens bliver mobbet og har nogle meget svære år i skolen. Han er trist og stresset, og hans immunsystem er nedsat gennem hele denne periode. Med sit nedsatte immunforsvar pådrager han sig en grim meningitis. Som voksen har han en øget tendens til hovedpine. Og her er det forkerte spørgsmål: Er årsagen til den øgede tendens til hovedpine fysisk eller psykisk?
2. Rasmus på 23 er stormende forelsket i en pige, men efter et kort forhold dropper hun ham. Han går i krise med forstyrret nattesøvn, for meget alkohol, og han tager også stoffer et par gange. Han er bitter og fuld af hævnfantasier mod ekskæresten. I bar frustration opsøger han i fuldskab en prostitueret og køber sex uden kondom. Han får uheldigvis HIV og har nu neurologiske symptomer og smerter over det hele. Er sygdomsårsagen til HIV så biologisk, psykologisk eller social? Det er et meningsløst spørgsmål.
3. Fru Andersens mand dør i en alder af 83 efter 60 års trofast ægteskab. Tre måneder efter dør fru Andersen. Hvad dør hun af? Man må godt sige "sorg", for det kommer nok sandheden nærmest. Men hun er jo ikke død af sorg på den måde, at sorgen direkte har slået hende ihjel. Det er heller ikke den dødsårsag, lægen kan skrive på dødsattesten; der skal stå hjertestop eller noget andet, der repræsenterer en utilgivelig reduktion af virkeligheden, selvom det naturligvis også er sandt. Den eksistentielle sorg, den sociale ensomhedsfølelse, den psykologiske depression, det dysfunktionelle hjerte er alt sammen sande dødsårsager på én og samme tid.

Sammenhængene illustreres måske bedst med nogle eksempler, der i boks 1 er tegnet lidt skarpt op for tydelighedens skyld.

Den samme komplekse forståelse gælder også udviklingen i den nyere neurovidenskab: Hjernen former psyken, og psyken former hjernen på én og samme tid – et spiralførløb. I forståelsen af de psykiske sygdomme arbejder man sig langsomt nærmere på, hvad der er det hjernemæssige (biologiske) korrelat, årsag til eller følge af psykologien. Man indstiller sig på at forstå, at begge dele altid er i gang på samme tid i al sin kompleksitet (Forstmann, Burgmer & Mussweiler, 2012).

Når vi inddeler sygdomme i psykiske og fysiske sygdomme, er og bliver det en konstruktion, vi foretager og har foretaget af historiske og praktiske årsager. Et eksempel på, at denne konstruerede virkelighed faktisk kan lykkes nogenlunde, kan ses med demens-sygdommene: Det er klart neurologiske

sygdomsprocesser, der imidlertid har deres hovedsymptomer i det psykologiske i form af hukommelsesforstyrrelser og personlighedsforandringer, der ændrer vaner, der igen ændrer det fysiologiske. Denne dobbelthed kan imidlertid ikke rummes organisatorisk, derfor er demens opført både i den neurologiske diagnoseliste og i den psykiatriske diagnoseliste, og vi behandler både det fysiske og det psykiske, så godt vi kan, men som regel i hver sit regi.

Virkeligheden og de funktionelle sygdomme

Disse fine erkendelser forstyrres imidlertid fuldstændig, når man vender blikket mod de øvrige sygdomme i den virkelige verden. Her står den komplekse biopsykosociale sygdomsmodel ofte i direkte modsætning til sundhedsvæsnets opbygning og selvforståelse. Der er vandtætte skotter mellem at fejle noget psykisk og noget fysisk, og det bliver hverken forstået eller behandlet efter samme målestok.

Sygdomme i sindet opfattes som noget, der i princippet kan kontrolleres og styres, og kan man ikke det, har man moralske mangler. Kroppen kan derimod ikke foretage valg og være ansvarlig, den er uskyldig. Nogenlunde sådan formulerer antropologen T.M. Luhrmann problemet, som findes i den praktiske virkelighed (Luhrmann, 2000). Psykisk sygdom repræsenterer noget, man burde være bedre i kontrol over. Vi ved alle, at det slet ikke holder for en logisk efterrationalisering, men alligevel ligger denne tankegang gennemgående underneveden. Man diskuterer fx i nyere juridisk debat forholdet mellem forbrydelse, strafudmåling og fri vilje: Skal man dømme den samme forbrydelse mildere, hvis forbryderen er hjerneskadet, end hvis han har en psykopatisk personlighedsforstyrrelse? (Felthous, 2010).

Der er bestemt forskel på sygdomme. Nogle sygdomme er "finere" end andre – hvilket man kan konstatere ved at se på sundhedsbudgetter og personalenormeringer. Psykiske sygdomme er ikke i så fine som fysiske sygdomme, og de psykiske sygdomme prioriteres igen og igen lavere hvad angår bevillinger og andre ressourcer (<http://www.sind.dk/nyheder?n=20672>).

Endnu værre er det så med sygdomme, der tilsyneladende hverken har en fysisk eller psykisk forklaring. Sådan en gruppe sygdomme er de funktionelle lidelser. Sygdommene kaldes "funktionelle" i den forstand, at når man ikke kender til en medicinsk forklaring, beskrives sygdommene ud fra den eller de funktioner, der er gået tabt. Oprindeligt drejede det sig om funktioner, der normalt skulle være under viljens kontrol, dvs. sanse- og bevægeforstyrrelser; nu om stunder dækker udtrykket dog især funktioner, man normalt ikke er herre over, dvs. funktioner, der styres af det autonome nervesystem, som fx kroniske smerter og træthed.

Der findes ingen kendt afgrænsning af de funktionelle lidelser. Funktionelle lidelser er ikke nogen diagnose; betegnelsen findes ikke i nogen diagnoseliste. Det er blevet en form for fællesbetegnelse, der er opstået historisk,

og som bedst er defineret negativt ved, at en forventet medicinsk forklaring ikke er der. Det kan så igen tolkes på to måder: 1) at den gode medicinske forklaring ikke er fundet endnu (som fx med syfilis, hvor man først i 1905 opdagede den bakterie, det drejede sig om, og som forvandlede sygdommen fra at have årsag i en moralsk brist (skøgepest) til en bakteriel sygdom); 2) at den gode medicinske forklaring slet ikke kan findes, fordi der ikke er nogen (som fx at sygdommen skyldes indbildning, søgen efter opmærksomhed, ønske om førtidspension eller hypokondri).

Man kan også fremsætte en teoretisk forklaring ved at opfatte sygdommene som gammeldags psykosomatiske sygdomme, hvor patienterne betragtes som fysisk syge af ubevidste psykiske årsager. Årsagerne er ubevidste, og patienterne er ikke selv klar over dem. Denne synsvinkel har den indlagte fælde, at den aldrig kan modbevises, da det jo netop er ubevidste processer. Hvis de var bevidste, kendte vi jo til en årsag, og så ville vi diagnosticere symptomerne som PTSD, belastningsreaktion eller noget andet traume-relateret.

Diagnostisk forvirring

De uforklarede lidelser har helt uigennemskuelige overlap mellem de mange forskellige navngivninger, der findes på området, se boks 2. Rent diagnostisk er det kun termerne "somatiseringstilstande" og "dissociative lidelser" der har officiel status, dvs. indgår i det officielle danske diagnosesystem ICD-10 som F-diagnoser (psykiatri). Nogle af de mere specifikke lidelser kan imidlertid også diagnosticeres med officielle somatiske diagnoser, fx kan en tilstand som fibromyalgi diagnosticeres på tre måder i ICD-10: fysiologisk (DM797 fibromyalgi), psykiatrisk (DF 45.4 somatoform smertetilstand) og som symptomdiagnose (DR522E kompleks langvarig/kronisk non-malign smerte).

Nogle af de mest kendte betegnelser for funktionelle lidelser

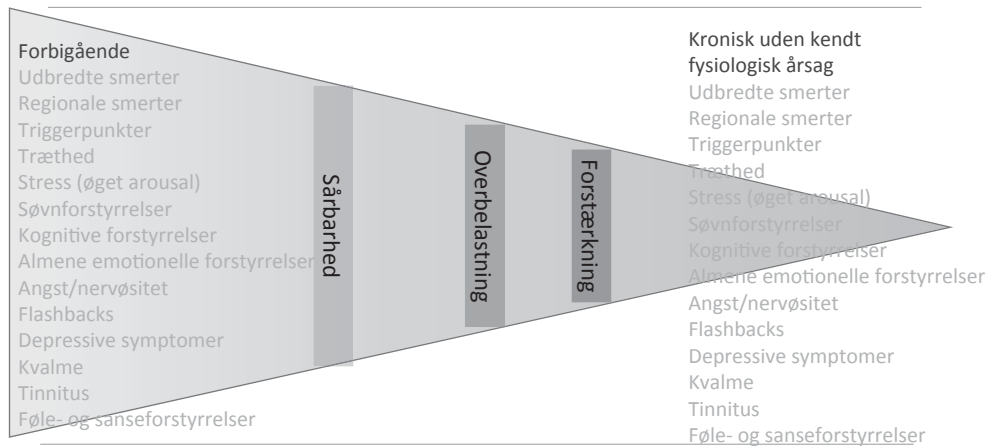
Somatiseringstilstande
Medicinsk (endnu) uforklarede sygdomme (MUS)
Medicinsk uforklarede (uforklarlige) sygdomme
Bodily distress-tilstande
Kroniske smerter
Liaison-psykiatriske tilstande
Somatisk symptom-relaterede lidelser
Kroniske belastningsreaktioner
Dissociative lidelser
Konversioner

Der er nu om stunder en udbredt opfattelse af, at den nugældende psykiatriske diagnostik (ICD10) er meget kompleks og til meget lille klinisk nytte (Creed & Gureje, 2012). Det er alligevel de diagnoser, der nødvendigvis skal registreres, når de syge kommer i kontakt med psykiatrien. Det er en del af grunden til den patient-utilfredshed, der kendetegner dele af området; mennesker med fx kroniske smerter ønsker ofte ikke at blive udstyret med en psykiatrisk diagnose alene på baggrund af smertetilstanden. Det er ikke svært at forstå, for diagnosebetegnelsen følger jo patienten rundt i systemet.

Når det drejer sig om nyere klassifikationer af tilstandene, starter en mere substantiel uenighed op. Den handler om, hvorvidt man bedst forstår disse lidelser som en samlet kategori, eller hvorvidt man skal differentiere lidelserne i større eller mindre underkategorier, fx efter hvilke symptomer der er de mest fremtrædende. På engelsk betegnes synspunkterne som henholdsvis "*lumpers and splitters*" (Wessely & White, 2004), på dansk vel nærmest "samlere og sprede".

På Forskningsklinikken for funktionelle lidelser i Aarhus (under ledelse af professor Per Fink) er man stærke tilhængere af samler-synspunktet, og de har der med betegnelsen Bodily Distress Syndrome (BDS) foreslået en helt ny diagnostisk term, der samler alle de funktionelle symptomer under én kategori. Den underopdeles derefter yderligere efter sværhedsgrad og organsystem. Hovedargumentet for dette synspunkt er, at symptomerne i statistiske analyser i høj grad overlapper hinanden, specielt hvis der er tale om svær sygdom (Fink, Toft, Hansen, Ørnbøl & Olesen, 2007). Symptomerne er ganske vist mangeartede, men de menes at være underformer af én og samme sygdom. Der opregnes som eksempler på hjemmesiden www.funktionellelidelser.dk/-enhed/symptomer otte symptomer fra hjerte og lunger (fx hjertebanken); ti symptomer fra mave og tarm (fx mavesmerter); syv fra musklerne (fx smerter i arme og ben) og fem som almene symptomer (fx svimmelhed). Patienter i BDS-kategorien kan være plaget af symptomer fra enten en eller flere af disse organsystemer. Sygdomsforståelsen handler om, at symptomerne er opstået ved en kombination af sårbarhed, oplevet stress og fortløbende vedligeholdelse. Nogle personer reagerer med depression og angst, andre med fysiske symptomer, når de udsættes for større belastning, end de kan klare. Synspunktet kan grafisk fremstilles som i figur 1. En samlet skriftlig fremstilling kan findes i fx Dansk Selskab for Almen Medicins kliniske vejledning omkring funktionelle lidelser, der kan hentes på nettet: (<http://vejledninger.dsam.dk/media/files/10/funktionelle-lidelser.pdf>)/funktionelle-lidelser.pdf).

Bodily Distress Syndrom



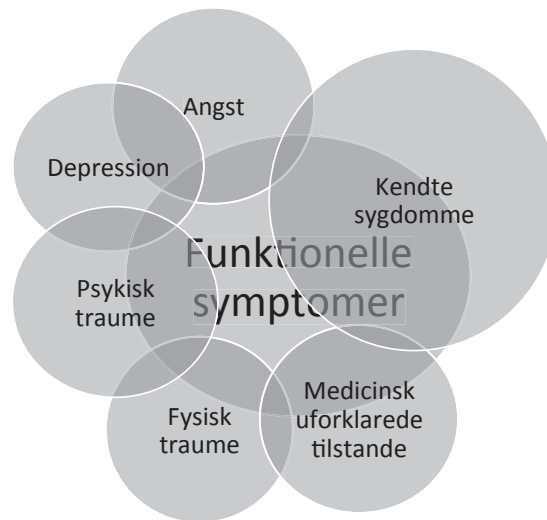
Sårbarhed: Erhvervet eller medfødt

Overbelastning – udløsende faktorer: Fysisk traume, sygdom, social eller emotionel belastning

Forstærkning: Reaktioner (kognitiv/emotionel), sundhedsvæsnets/socialvæsnets, neurofysiologiske forandringer

Figur 1. BDS-synspunktet om en fælles underliggende sygdomsmekanisme bag de funktionelle symptomer.

Spredersynspunkterne er ikke på samme måde repræsenteret herhjemme i samlet form, idet de mere specifikke sygdomsforståelser findes spredt ud på de enkelte medicinske specialer, fx reumatologi, mave-tarm, neurologi etc. Den engelske lærebog om funktionelle lidelser for de praktiserende læger: *The ABC of MUS* (Burton, 2013) repræsenterer imidlertid klart spredersynspunktet med beskrivelser af de mange tilstandes egenart; de beskrives i hver sit kapitel og med hver sine behandlingsforslag. Spredersynspunkterne er også underliggende i de to nugældende diagnosesystemer, ICD10 (WHO's diagnoseliste) og DSM5 (den amerikanske forsknings-diagnoseliste), der tydeligt opretholder skellen mellem fx kognitive, neurologiske og smerte-relaterede symptombilleder. Grafisk kan spredersynspunktet fremstilles som i figur 2, der illustrerer, at der på mange måder kan være tale om en fælles symptomængde, men at vejene hen til symptomerne kan være meget forskellige. Kvalme kan fx være symptom på både kræft, influenza og graviditet, men kan også være en medicinsk uforklaret lidelse. Figuren illustrerer imidlertid ikke helt, at der også er et meget stort sammenfald mellem de andre tilstande; angst, depression, stress og følger af fysisk og psykisk traume.



Figur 2. Symptomsammenfald mellem forskellige sygdomstilstande.

En helt særlig diagnostisk klassifikations-forvirring er opstået omkring lidelsen sygdomsangst (hypokondri), der i ICD10 er medtaget i kapitlet om “Somatoforme lidelser” og i DSM5 er medtaget i kapitlet om “Somatisk Symptom Lidelse”, begge steder som om sygdomsangst handlede om uforklarede symptomer. Det gør sygdomsangst jo ikke. Sygdomsangst består af angst for sygdomme, der netop *ikke* er til stede, og det er en angsttilstand, der kan og skal behandles som en angsttilstand.

Psykosomatik versus sundhedspsykologi

I fagpsykologien har området historisk udviklet sig med to traditioner, der har forskellige grundholdninger til lidelserne. Det ene grundsynspunkt bygger oven på de gamle psykosomatiske teorier, dvs. at der er særlige psykosomatiske symptomer og lidelser, der rammer mennesker, der af den eller anden grund er sårbare i forhold til at udvikle fysiske symptomer. Psykologiske vanskeligheder i form af traumer, uløselige konflikter eller ophobet stress kan forvandle sig (konvertere) til fysiske symptomer (somatisering), eller de syge flygter ubevidst fra deres problemer ved at adskille deres bevidste personlighed helt eller delvist fra problemerne (dissociation). Dette grundsynspunkt finder faglig legitimering og udvikling i patientgrupper, der tydeligvis har sygdomshistorier, der indeholder traumer, uløselige konflikter og ophobet stress, som fx torturofre, mennesker, der har været udsat for incest i barndommen, PTSD og andre hårdt stressbelastede. Sådanne traumatiserede mennesker rammes nogle gange – men ikke altid – af funktionelle symptomer og dissociationsfænomener. (For en moderne dansk psykologisk fremstilling se *Pigen der hoppede ud af sin krop* (Claesson, 2014)).

Det andet grundsynspunkt bygger på de nyere sundhedspsykologiske erfaringer, der for det meste er indhentet omkring store sygdomsgrupper, som fx kræft og (forklaret) smerte. Her ser man på det psykologiske som en aktiv medspiller i sygdomstilstanden, men psykologiske vanskeligheder ses først og fremmest som naturlige reaktioner på de begrænsninger, de fysiske symptomer stiller for livsudfoldelsen. Depression og angst ses fx som en naturlig følge af de ændrede livsbetingelser, sygdommen stiller – de psykiske reaktionsmåder kan forværre tilstanden væsentligt, men er ikke årsag til tilstanden. Dette synspunkt finder legitimering og faglig udvikling i patientgrupper, hvor normale mennesker med normale livshistorier mødes af invaliderende sygdom. Den invaliderende sygdom kan nemlig sagtens være fysiologisk uforklarede tilstande som smerter og lammelser.

Psykologer og læger drager deres faglige erfaringer ud fra de patienter, de normalt har i behandling. Man tager erfaringerne fra de forrige patienter med over til de nye patienter, og alt efter hvilke patienter man normalt ser, kan der let opstå et hovedindtryk af, at de funktionelle symptomer oftest enten er dybest set psykologisk betingede eller dybest set ikke psykologisk betingede. Sandheden er formentlig, at begge dele kan være tilfældet, men det er på dette felt, at den faglige kamp om hønen og ægget udfolder sig – uanset hvilken fagprofession man så tilhører.

Afmytologisering

Man har beskæftiget sig med forklaringer på funktionelle symptomer, så længe som vi overhovedet har medicinske optegnelser. Både i det gamle Ægypten og hos lægekunstens fader, Hippokrates, herskede der en opfattelse af, at sådanne uforklarede symptomer og tilstande var særlige kvindesygdomme, og at de havde deres forklaring i, at livmoderen kunne rive sig løs fra sin naturlige plads. Derefter vandrer den rundt i kroppen og blokerer passager, besværliggør åndedrættet og skaber sygdom. Denne opfattelse har i lidt andre former været dominerende helt op til starten af det 20. århundrede, idet forklaringerne på symptomerne blev ved med at være knyttet til livmoderen, og rigtig mange kvinder blev på den konto hysterektomeret (kirurgisk fjernelse af livmoderen) langt op i 1900-tallet (Shorter, 1992).

Trods det eventyrligt forvrøvlede i disse oldgamle forestillinger synes det alligevel, som om centrale elementer i dem er holdt ved helt op til vore dage – i hvert fald i forestillingen om, at sygdommene har deres årsager knyttet tæt til kvinders psykologiske problemer. Man har hæftet sig ved, at ca. to tredjedele af patienterne med funktionelle lidelser er kvinder, ligesom det er tilfældet med depression, og man har syntes, at der lå en særlig forklaringsværdi i dette. Det er imidlertid ikke det samme med sygdomme, der rammer mænd. For eksempel rammer skizofreni næsten dobbelt så mange mænd som kvinder (Nicole, Lesage & Lalonde, 1992), og den specielle hovedpine-

form Hortons hovedpine rammer med overvægt 80 % mænd. Jeg mener ikke nogensinde at have hørt om nogen, der mener, at disse sygdomme derfor har deres udspring i penis eller i specielle psykologiske mande-problematikker.

Med en stadig udarbejdelse af empiriske undersøgelser på området tegner der sig langsomt et nyt billede af sygdommene med en helt anden sprogbrug og sygdomsforståelse. Som det er tilfældet med mange af de kroniske/langvarige sygdomme, er det oftest de socialt mest udsatte, der rammes hårdest (Odgen, 2012), sygdommene “vender den tunge ende nedad”. Dette er også tilfældet med de funktionelle lidelser, hvor der er fundet en statistisk overrepræsentation af personer med mange traumer (se fx Heim et al., 2009) og med ustabil social baggrund (se fx Carstensen, 2012). Men det nye er, at man ikke længere formulerer disse ting som årsager til kroniske lidelser, men i stedet beskriver dem som *risikofaktorer* i forbindelse med kronisk sygdom.

At der er fundet overrepræsentation af traume-belastede i den samlede gruppe, betyder ikke, at man kan generalisere dette fund og hermed “forklare” sygdommene. Rigtig mange mennesker oplever traumer uden at få funktionelle symptomer, og langtfra alle med funktionelle symptomer har en traumefyldt baggrund. Den officielle erkendelse af, at de samme funktionelle symptomer kan optræde hos både traumatiserede og ikke traumatiserede personer, er en forholdsvis ny, det er først autoritativt udmøntet i 2013 i DSM5, der i definitionen og kodningen af “*conversion disorder*” (motoriske dissociationssymptomer) nøgternt afslutter med at bede lægen om en kode for, om lidelsen optræder “*with psychological stressor*” eller “*without psychological stressor*”.

Det gør de med god grund. I en helt nylig offentliggjort hollandsk undersøgelse (Radziej, Schmid, Dinkel, Zwergal, & Lahmann, 2015) sammenlignes forklarede og ikke-forklarede vestibulære symptomer (symptomer relateret til det indre øre, fx svimmelhed) med hinanden i relation til alvorligheden af psykologiske traumer. Man finder ingen forskel i de to grupper (de psykologiske traumer er de samme i både de forklarede og ikke-forklarede symptomgrupper), men for begge grupper gælder det, at mængden af psykologiske traumer forværrer tilstanden og giver mere angst. En anden helt ny undersøgelse, denne gang af personer med funktionelle bevægeforstyrrelser, undersøgte på samme måde forklarede og ikke-forklarede bevægeforstyrrelser og en række psykologiske forhold ved hjælp af spørgeskemaer om angst og depression (SLC 90) og et spørgeskema om dissociation (PDQ4). Disse grupper blev så sammenlignet med nogle helt raske kontroller (van der Hoeven et al., 2015). Resultaterne viste igen, at der ikke var forskel på de forklarede og ikke-forklarede tilstande hos de syge, men at der for begge grupper var forskel i forhold til de raske kontroller. Der konkluderes derudover, at en substantiel andel af patienter med ikke-forklarede bevægeforstyrrelser scorer fuldstændig normalt i personlighedsspørgeskemaerne, og at det derfor er rigtigt at kode for, hvorvidt der foreligger traume eller ej.

Der synes med andre ord at være et afgørende paradigmeskift på vej, der gør op med automat-tænkningen omkring de formodede psykologiske/sociale forhold bag de uforklarede lidelser. En afmytologisering, der kommer til at gælde flere faglige specialer både i lægevidenskaben og i psykologien.

Psykiateren Morten Birket-Smith gjorde i sin disputats i 1998 allerede opmærksom på en række misforhold mellem den sædvanlige måde at tænke på og de fund, han gjorde blandt de 154 patienter, han undersøgte grundigt (Birket-Smith, 1998). Han arbejdede på Liaisonpsykiatrisk klinik i København og behandlede der patienter med forskellige diagnoser i kategorien. Han opdeler i disputatsen patienterne i tre grupper: a) sygdomsangst (hypokondri), b) somatisering og c) konversion, og han gør i sine undersøgelser rede for en række uoverensstemmelser mellem den dengang almindeligt herskende forforståelse og hans resultater: Man havde tidligere arbejdet ud fra opfattelsen af, at "somatisering" især ramte patienter fra de lavere socialklasser. Morten Birket-Smith finder, at der ikke er forskel i socialklasserne mellem grupperne somatisering og sygdomsangst. Han finder tillige, at den gamle psykosomatiske teori om, at svære følelser "somatiseres" til fysiske symptomer, der derved mildner de psykologiske symptomer, ikke kan genfindes empirisk. Han finder, at smerte og depression har stor komorbiditet, men noterer, at han ikke har nogen grund til at antage, at lidelserne derfor også har samme ætiologi (årsag). Han vender desuden spørgsmålet om forudgående traumer om, så han i stedet for at udspørge om, hvilke traumer patienterne har været udsat for, registrerer, hvor mange patienter der mener, at de *ikke* har været udsat for *selv en let belastning* ved deres symptomdebut. Han finder, at det gælder 24 % af patienterne med konversionslidelser (dissociation), 33 % af patienterne med somatiseringstilstande og 44 % af patienterne med kronisk smerte. (Her bør det noteres, at patienterne alle var henvist til psykiater, og at undersøgelserne blev foretaget på en ambulant afdeling under psykiatrien. Det ville være virkelig mærkeligt, hvis ikke en del havde psykiske belastninger i bagagen).

Endelig finder han, at det specielt for smertepatienterne gælder, at der ikke kan findes nogen særlige personlighedstræk eller personlighedsforstyrrelser, hvilket jo ellers havde været den almindelige antagelse, eftersom alle disse lidelser blev henført under "hysteri" og det hysteriske temperament.

Personlighedsteorier på slingrekurs

De mange personlighedsteorier, der gennem tiden er blevet foreslået, er i sig selv ganske interessante, også fordi der stadig funderes livligt over, hvilke personlighedstræk der er fremherskende i patientgruppen med funktionelle lidelser. Som nævnt kan den psykosomatiske tradition ses i forlængelse af myten om den vandrende livmoder. Termen hysteri bruges om en bestemt personlighedstype som en slags omskrivning af denne myte (*hysterus* = liv-

moder). I ældre tiders psykiatri arbejdede man jo ikke med statistiske metoder, i stedet blev enkeltpatienter med en tydelig historie fremhævet som en slags prototyper, en model-fremstilling, som resten af patientgruppen med samme symptomer kunne forstås ud fra. Havde man fx en patient med hysteriske personlighedstræk, der samtidig også udfoldede uforklarlige fysiske symptomer, havde man allerede en model – som det fx var tilfældet med en af hysteriforskningens fædre, neurologen Jean-Martin Charcot, der blev berømt for at fremvise en kvindelig patient, der kunne besvime på hans kommando (Shorter, 1992).

I den klassiske psykosomatiks storhedstid omkring 1950 blev det antaget, at der var syv bestemte sygdomme, der havde ganske specifik psykologisk ætiologi. Således mente man, at *astma* skyldtes tilbageholdt gråd efter moderen; *højt blodtryk* grundede sig i tilbageholdt vrede over for autoritet; *leddegigt* havde rod i forbitrelse og forsuring; *mavesår* skyldtes tilbageholdt hævnfølelse; *irritabel tyktarm*, at man var tunget til konformitet og lydighed i barndommen; *eksem* bundede i utilgivende forældre, oversensitiv natur og et uopfyldt ønske om omsorg; mens *højt stofskifte* skyldtes umodne ambitioner om succes og manglende evne til at udtrykke vrede (Ham, Alexander, & Carmichael 1952). Det havde ikke rigtig hold i virkeligheden, som vi senere lærte den at kende, og teorierne er senere blevet alment tilsidesat. Så konkret kan man alligevel ikke forholde sig til vekselvirkningen mellem psyke og soma. En lille del af teorierne er dog blevet stående tilbage, men nu med langt større empirisk belæg og med en anden forståelse og sprogbrug: Irritabel tyktarm figurerer således stadig som en funktionel, uforklaret lidelse (Irritable Bowel Syndrome (IBS)), højt blodtryk er nu statistisk relateret til vredlatheden og stress, der betegnes som “risikofaktorer”. Astma er en allergisk sygdom, men har et overlap med det psykologiske; et astmaanfald kan udløses af fx plastikblomster, som patienten et øjeblik tror er rigtige og nogle af dem, der er allergisk reaktion over for. Mavesår er nu klart forbundet med en bakterie, men er også på ubestemt måde koblet til stress. Med andre ord: Der er forskelligartede vekselvirkninger mellem psyke og soma alle steder – også der, hvor der er “ægte” fysiologiske sygdomme på spil.

I 1970'erne dukkede begrebet alexitymi (manglende evne til at sætte ord på følelser) op som forklaring på de funktionelle lidelser (Sifneos, 1973). Man viste, at personer, der ikke kunne formulere sig om kropslige funktioner, var særligt udsatte for at få uforklarlige fysiske symptomer. Det viste sig senere, at personer med alexitymi var overrepræsenteret rigtig mange steder, bl.a. PTSD, depression, angst, personlighedsforstyrrelser mv.

Man har på mange tidspunkter ledt efter de særlige personlighedstræk eller personlighedsforstyrrelser, der fører til funktionelle lidelser. Fra historien har vi antagelsen om, at funktionelle symptomer særligt forekommer hos de hysterioforme kvinder (der hedder histrioniske personlighedsforstyrrelser i nutidig diagnostik). Dette blev forsøgt undersøgt empirisk i 1992 (Rost, Akins, Brown, & Smith, 1992). I deres undersøgelse af personlighedsfor-

styrrelse og funktionelle symptomer fandt de, at det mod forventning var personer med *avoidant personality disorder*, der var flest af i deres gruppe med funktionelle symptomer (27 %), mens personer med histrionisk personlighedsforstyrrelse var helt nede på sjettepladsen blandt personlighedsforstyrrelserne (13 %). Denne undersøgelse ophævede således det formodede tætte bånd mellem hysteri og funktionel lidelse, men satte i stedet en formodning om, at særligt personer med undgåelsesadfærd (anti-aggressivitet) udviklede funktionelle lidelser. Det kan ikke genkendes i nutidens klinik, men nu om stunder taler klinikere ofte om, at funktionelle patienter ofte drejer sig om personer, der er *over-achievers*, dvs. personer, der er perfektionistiske og ude af stand til at sætte realistiske grænser for sig selv. I en litteratursøgning kan der kun findes en enkelt undersøgelse af sammenhængen mellem “selvkritisk perfektionisme”, (der er en forsknings-omskrivning af “over-achievement”) og kronisk træthedssyndrom (Kempke et al., 2015). Resultatet er negativt, der er ingen relation mellem over-achievement og funktionel lidelse i denne undersøgelse. Der kommer formentlig flere undersøgelser om dette i fremtiden, men for nu må vi konstatere, at det ikke er lykkedes på nogen konsistent måde at finde en personlighedsprofil eller et personlighedstræk, der fører til funktionelle lidelser. Man må konstatere, at forskningen har været vidt omkring: hysteri, undgåelse og over-achievement – tre personlighedstyper uden synderligt overlap, ja, faktisk kan de opfattes som hinandens modsætninger, hvilket i sig selv er interessant. Måske er de formodede periodevise sammenhænge produkt af noget andet, fx tidstypiske træk i kulturen, der forandrer sig med årene.

Den livlige debat og de mange synspunkter og formodninger kan genfindes næsten helt uforandret i nutidens debatter om funktionelle sygdomme. I skrivende stund findes konfrontationerne omkring vaccinen for livmoderhalskræft (HPV) og dens mulige bivirkninger. I Danmark har ca. 1500 unge kvinder (samt enkelte mænd) rapporteret om voldsomme symptomer opstået i forbindelse med vaccinen, bl.a. smerter, besvimelser, svimmelhed, ortostatisk intolerance, overvældende træthed og kognitiv dysfunktion. Symptomerne er for en del kvinders vedkommende fuldstændig invaliderende, og de ophører med skole, uddannelse og arbejdsforhold. Diskussionen om forståelsen af disse kvinder indeholder alle de allerede kendte positioner og elementer (videnskab.dk, 2105): På den ene side kan patienterne anskues som unge kvinder før seksuel debut, modtagelige for “massehysteri”, ofre for “nocebo” (blevet syge, fordi de forventer negativt udkomme), piger karakteriseret ved at være (over)stræbsomme elitepiger, hvilket i denne sammenhæng er en betegnelse, der antyder, at pigerne formentlig har svært ved at sige fra på andre måder end ved at udvikle sygdom. På den anden side kan de samme kvinder anses som ganske alvorligt invaliderede kvinder, der midt i deres livsudfoldelse pludselig bliver ramt af alvorlige fysiske symptomer, der på en brutal måde spænder ben for deres planer, udfoldelser og livsperspektiv, og som naturligt reagerer psykologisk på denne personlige katastrofe.

Enhver kan have sin *mening* om dette, men det synes decideret ufornuftigt at være faglig fortaler for såvel det ene som det andet synspunkt, så længe man reelt ikke ved noget faktisk. Det må imidlertid gælde begge synspunkter, at de skal belægges med empiriske fund for at gøre sig gældende. Som dækning for synspunkterne om, at det psykologiske er sygdomsmekanismen, må man kræve, at der faktisk påvises en psykologisk problemstilling eller psykologiske fællestræk. Som dækning for synspunkterne om en fysiologisk sygdomsmekanisme må man kræve en såkaldt biomarkør (påvisning af fysiologiske forandringer).

Nyere fysiologiske forståelser – afmytologisering fortsat

Trods de faglige bølgeskulp og dønninger synes der ikke at være meget tvivl om, i hvilken retning de sidste 10-20 års forskning og videnskabelige erkendelser har bevæget sig. De gamle positioner om rent psykiske/psykiatriske årsager og forklaringer på de funktionelle lidelser er på retur.

På smerteområdet blev en psykologisk teori om “*gate control*” fremsat i 1960. “*The gate control*” blev oprindeligt antaget at være en mekanisme, hvor man ad psykologisk vej kunne regulere oplevelsen af smerte. Mekanismen findes, men det har senere vist sig at dreje sig om en basal fysiologisk funktion, lokaliseret i den grå substans i rygmarven (Mendell, 2014). Det er nu ikke længere en teori, men et neurologisk faktum kaldet *central sensibilisering*. Det handler om basal smerteprocessering, der er kommet ud af kontrol, og hvor de ramte mister evnen til at kunne skelne lettere påvirkninger af kroppen fra alarmerende smerte, hvilket kan ses på hjernescanninger: Den alarmtilstand, der udløses ved smerteoplevelse, ser fuldstændig ens ud, hvad enten smerte er forklaret eller uforklaret. Folk har nøjagtig lige så ondt, som de siger, de har. Der er således ikke længere noget, der hedder psykisk, indbildt eller psykogen smerte (Bourke, Langford & White, 2015).

Sundhedsstyrelsen i Danmark lagde sig i forlængelse af denne nye forståelse, da de udarbejdede de “Nationale kliniske retningslinjer for generaliseret smerte i bevægeapparatet” (2015). De slår her fast, at generaliserede smerter i bevægeapparatet er en reel sygdom, at behandlingen helst skal foregå tværfagligt, og at der er evidens for både farmakologisk og sundhedspsykologisk behandling. Behandlingen er ikke længere primært et psykiatrisk projekt.

I januar 2015 kom den amerikanske sundhedsstyrelse med en 235 sider lang rapport om kronisk træthedssyndrom. De slår efter omfattende studier fast, at der er tale om en alvorlig, kompleks multisystem-sygdom, som de ønsker at omdøbe til SEID (Systemic Exertion Intolerance Disease), og de ønsker helt at fjerne muligheden for psykiatrisk diagnostik af den, fordi den ikke hører til i psykiatrien (IOM, 2015).

Massehysteri er heller ikke længere en betegnelse, der forklarer meget om funktionelle lidelser. I de originale beskrivelser og definitioner af fænomenet fremgår det, at massehysteri handler om symptomer, der er tidsbegrænsede og benigne (Wessely, 1987; Bartholomew & Wessely, 2007), som det står listet i boks 3. Massehysteri som dokumenteret fænomen handler typisk om fx en gymnasieklasse, hvor alle på uforklarlig vis kaster op, mener sig forgiftede eller besvimer over nogle dage i eksamensperioden. Som det fremgår, har det intet som helst at gøre med de alvorlige, invaliderende, livslange symptomer, der ofte kendetegner de funktionelle lidelser.

Kendetegn for fænomenet massehysteri

1. symptomerne har ingen plausibel organisk forklaring
2. symptomerne er forbigående og godartede
3. symptomerne sætter hurtigt ind og forsvinder hurtigt igen
4. symptomerne optræder i en afgrænset gruppe
5. der er ekstraordinær angst til stede
6. symptomer spredes visuelt eller auditivt
7. spredningen foregår nedad i aldersskala – begynder med de ældre eller dem, som er højere i social status
8. overvægt af kvindelige ofre

En ny rolle for psykologien og for den kliniske psykologi

Som det er fremgået, synes de sidste 10-15 års udvikling at have sat spørgsmålstegn ved en række ældre, alment accepterede ideer. Opsamlende er der sået alvorlige tvivl ved ideerne om en særlig “psykogen smerte”, om specielle personligheder, der er særlig sensitive over for kronisk smerte, og ideen om, at patienter med alvorlige symptomer “stjæler” symptomer fra andre (massehysteri). Ligeledes er det fundet, at fænomenerne “sekundærgevinst” – dvs. lindring ved øget opmærksomhed og omsorg fra andre, og “*belle indifférence*” – dvs. emotionel upåvirkethed i beskrivelsen af langvarige, invaliderende symptomer – ikke er eksklusive for det funktionelle felt. De er i lige så høj grad til stede ved andre kroniske lidelser.

Alt dette kunne altså tale for, at den kliniske psykolog alene skal koncentrere sig om det sundhedspsykologiske i behandlingen af patienter med funktionelle lidelser, hvilket betyder, at man beskæftiger sig med psykiske problemer, der ses som opstået som reaktion på en livssituation, der er alvorligt ændret af sygdom. Dette ville imidlertid være både forhastet og forkert, for ligesom der findes stadig øget påvisning af fysiologiske forhold, er det lige så åbenbart, at der findes en række fysiske symptomer, der opstår på baggrund af egentlige og erkendte traumer eller under ekstreme psykiske

tilstande som depression og angst. Her tænkes i første omgang på især somatiske følger af PTSD og følgevirkninger efter incest i barndommen. Det ville synes helt meningsløst, hvis den kliniske psykolog ikke med-inddrager det traumatologiske og placerer selve traumatet centralt i forståelsen af patientens problematik i disse tilfælde.

Sådan må det også være omkring depression og angst med generende kropsoplevelser, fornemmelser og over-optagetheder, der ikke er egentlige fysiske symptomer, men netop angstfyldte og depressive forestillinger, hvor kroppen og dens mulige forfald spiller en hovedrolle, som fx hos en tidligere kræftpatient, der konstant frygter, at kræften skal komme tilbage, og derfor fx er søvnforstyrret, kognitivt forstyrret og socialt dysfunktionel. Her synes det også mest oplagt, at psykologen adresserer den grundlæggende psykologiske problemstilling direkte.

Med disse mange kompleksiteter synes det rigtig svært at indtage noget klart synspunkt i den faglige og offentlige debat. Hvad man mener i nogle situationer omkring visse af tilstandene, kan meget let føre til, at man kommer til at overse og tale forbi de mange patienter, hvis vanskeligheder tager udgangspunkt i en anden situation. Det allerværste er naturligvis, hvis man kommer til at lade den ene logik dække det andet felt og som psykolog udtaler sig generaliserende omkring patientgrupper, hvor man reelt ikke ved noget om sygdomsforklaringerne.

Det synes at være det mest vederhæftige kliniske standpunkt, at man tager udgangspunkt i det, der åbenlyst foreligger, symptomerne, som patienten fremlægger dem, og holder alle forklaringsmuligheder åbne, men egentlige forklaringsmodeller tilbage. Det er formentlig også den mest sandfærdige attitude, men den er i praksis også meget svær at opretholde, fordi man så skal leve med kompleksiteten og uvisheden – og det er let u håndterbart. Vi behøver brugbare abstraktioner for at kunne arbejde konstruktivt som behandlere.

Derfor skal der her voves et øje med en forsøgsvis opstilling over forskellige positioner relateret til forskellige tilstande – vel vidende at der hele tiden er tale om flydende overgange og netop ikke om faste pladser som på et lager, hvor alting har sin logisk rette hylde. Komplexitet og flydende overgange støder formentlig på en af den menneskelige tænkningens værste begrænsninger: at vi ikke er i stand til at tænke uden kategorier og abstraktioner. Kategorierne er en stor hjælp på vej mod en videre erkendelse, også selvom de bestandigt revideres. Videnskabens historie er de reviderede fejltagelsers historie, som nogen så klogt har udtrykt det engang. Reviderede fejltagelser er vores arbejdsgrundlag – også omkring de funktionelle lidelser.

De midlertidige erkendelser eller fejltagelser, der kan stå foran en fremtidig revidering, men som er et resultat af denne artikels gennemgange, kan fremstilles som i figur 3. Det skal bemærkes, at figuren handler om de psykologiske behandlingsforståelser og derfor går på tværs af de psykiatriske diagnostiske klassifikationer. Behandlingen tager udgangspunkt i den åben-

lyst foreliggende symptompræsentation, og derfor går visse sygdomskategorier igen flere steder. Opdelingen kan synes selvindlysende, men den findes alligevel slet ikke i den almindelige fremstilling af feltet.

Somatiske tilstande	Psykisk traumerelaterede tilstande	Angst/depressionsrelaterede tilstande
<p>Diagnostiske kategorier, bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kroniske smerter • Sensibiliserede (udbredte smerter i bevægeapparatet) • Træthed – HPV • Konversion (neurologiske symptomer) <p><i>Behandlingen/attituden er sundhedspsykologisk som ved andre fysiske sygdomme. Stor opmærksomhed i forhold til de lægevidenskabelige specialer. Funktionstabet formodes ikke traumerelateret, men er for tiden fysiologisk uforklaret.</i></p>	<p>Diagnostiske kategorier, bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumerelaterede smerter • Dissociation/konversion (neurologiske symptomer) • Angst med sensorisk motorisk funktions- tab (PTSD, reaktive tilstande) <p><i>Behandlingen/attituden medtager traume-baggrunden. Funktionstabet formodes bundet til traume på en psykologisk åbenbar måde.</i></p>	<p>Diagnostiske kategorier, bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygdomsangst • Depression med somatiske klager • Overbæmring ved fysisk sygdom <p><i>Behandlingen/attituden er egentlig psykologisk/ psykiatrisk. Der er ingen tab af fysisk funktion, derfor er det ikke "funktionelle lidelser".</i></p>

Figur 3. En mulig moderne opdeling af psykologisk for-forståelse af funktionelle tilstande.

Psykologisk behandling af funktionelle lidelser – en række dilemmaer

Den psykologiske behandling af funktionelle lidelser er kendetegnet ved en række dilemmaer af helt forskellig natur.

For det første er der et dilemma omkring, hvad man skal fokusere på i behandlingen. Hvis man fokuserer på det fysiske og reaktionerne på invaliderende symptomer, kommer man måske til at overse eller underbetone den rolle, som psykiske traumer spiller. Psykiske traumer er ikke altid det første, der italesættes i en samtaleterapi, nogle gange kræver det både stor tillid og stort mod for patienterne at tale om traumer. Hvis man derimod fokuserer på de mulige traumer, der ligger bag symptomerne, kan man komme til at om-

skrive patientens historie som traumatologi og dermed overse eller underbetone de faktiske funktionsnedsættelser, patienten kæmper med i sin hverdag – foruden at man pådutter patienten problemer eller personlighedsegenskaber, der muligvis overhovedet intet har med symptomerne at gøre.

For det andet er det svært at vide, hvornår man kan benytte erfaringer fra tidligere patienter med lignende problemstillinger. På den ene side kan man fokusere på de fælles symptombilleder, der ofte er til stede (samle-synspunktet) og indrette et behandlingstilbud til dem. Det kan have kliniske stordriftsfordele. På den anden side kan man med en alt for bred, generaliserende tilgang komme til at nedtone eller overse netop den specificitet, der gør, at patienten føler sig set og forstået, hvilket er en helt afgørende præmis for overhovedet at få en terapeutisk alliance.

For det tredje har psykologisk behandling en tendens til at “psykologisere” problemer, især hvis der foreligger en psykiatrisk diagnose. I dette felt med mange fysiske symptomer kan det komme til at stå i vejen for, at man reagerer adækvat og rettidigt over for fx nytilkomne fysiske symptomer, der måske burde henvises til fysisk undersøgelse. Det kan nogle gange være rigtigt, at en fysisk forværring afspejler en psykisk proces. Andre gange er det ikke rigtigt; selv voldsomt somatisk optagede og sygdomsangste patienter kan faktisk udvikle kræft under et psykoterapeutisk forløb.

For det fjerde er der forskel på patienters måde at tackle symptomerne på. Nogle patienter har en tendens til at frygte deres symptomer – især smerte – på en måde, så de undgår dem så meget som muligt. Dette kan føre til, at lemmerne stivner, og patienterne undgår aktiviteter og bevægelser, hvilket gør dem passive og stillesiddende, hvilket igen fører til dårligere fysisk form og depression, der igen fodrer optagetheden af smerter (cirklen kaldes “*fear avoidance*”). Sådanne patienter skal naturligvis opmuntres til at overskride deres egne grænser i forsøget på at få brudt den onde cirkel af stadigt større passivitet. Andre patienter har derimod en tendens til at lade, som om de ikke er fysisk begrænsede, og forsøger at opretholde et aktivitetsniveau som før, de fik symptomer (fænomenet kaldes “*boost and bum*”). Disse patienter bliver konstant overbelastede både fysisk og psykisk, og de bør naturligvis opmuntres til blive bevidste om og at respektere deres egne grænser. Det bestandige kliniske spørgsmål er naturligvis: Hvilke patienter tilhører hvilken kategori?

For det femte er der en del patienter, der slet ikke er motiverede for at arbejde med de psykologiske aspekter af deres tilstand. Det kan være, fordi de ikke er psykologisk mindede, eller det kan være, at de føler, at de får presset en psykologisk forklaring ned over hovedet omkring, hvad de opfatter som et rent fysisk problem – hvilket det også sagtens kan være. Sådanne patienter kan føle sig intimiderede af den psykologiske tilgang og kan have stor modstand mod at tale med en psykolog. Det er imidlertid en erfaring, at psykologisk hjælp som regel gør patienter bedre i stand til at kunne klare en symp-

tombelastet hverdag. Skal sådanne patienter presses til at modtage psykologisk hjælp?

Det overordnede mål med psykologisk behandling må som altid være at møde den enkelte patient relevant og præcist. Dette synes at være en særlig udfordring over for de funktionelle lidelser, hvor de historiske forståelser stadig spiller så stor en rolle, og hvor de nye erkendelser peger på en overmåde stor kompleksitet, som vi hverken synes at have begrebsapparat eller sprog til at kunne begribe rigtigt. Igen og igen vender vi tilbage til problemet med "hønen og ægget", om psyke eller soma kommer først, men det hjælper ikke patienterne at afkræve et svar på dette problem, før vi er i stand til at handle adækvat. Indtil videre må vi derfor arbejde med *både* hønen og ægget. I alle fagprofessioner og specialer.

REFERENCER

- Bartholomew, R., & Wessely, S. (2007). Canada's "Toxic Bus": The new challenge for law enforcement in the post-9/11 world/mass psychogenic illness. *Canadian Journal of Criminology and Criminal*, 49(5), 657-671.
- Birket-Smith, M. (1998). *Somatoforme tilstande: en deskriptiv og sammenlignende undersøgelse af patienter med somatiske symptomer uden organisk grundlag*. København: FADL.
- Bourke, J.H., Langford, R.M., & White, P.D. (2015). The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Burton, C. (2013). *ABC of Medically Unexplained Symptoms*. Oxford: Wiley-Blackwell BMJ Books.
- Carstensen, T.B.W. (2012). The influence of psychosocial factors on recovery following acute whiplash trauma. *Danish Medical Journal*, 59(12), 1-14.
- Claesson, B. (2014). *Pigen der hoppede ud af sin krop. En bog om dissociation*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Creed, F., & Gureje, O. (2012). Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 556-567.
- Ehlers, L. (2000). *Ondt i livet*. København: Gyldendal.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129-136.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- Felthous, A.R. (2010). Psychopathic disorders and criminal responsibility in the USA. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(S2), 137-141.
- Fink, P., Toft, T., Hansen, M.S., Ørnbøl, E., & Olesen, F. (2007). Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 69(1), 30-39.
- Forstmann, M., Burgmer, P., & Mussweiler, T. (2012). "The mind is willing, but the flesh is weak" The effects of mind-body dualism on health behavior. *Psychological Science*.
- Ham, G.C., Alexander, F., & Carmichael, H.T. (1952). A psychosomatic theory of thyrotoxicosis. *Psychosomatic Medicine*, 13(1), 18-35.
- Heim, C., Nater, U.M., Maloney, E., Boneva, R., Jones, J.F., & Reeves, W.C. (2009). Childhood trauma and risk for chronic fatigue syndrome: association with neuro-

- endocrine dysfunction. *Archives of General Psychiatry*, 66(1), 72-80. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.508>
- IOM, Institute of Medicine: <http://iom.nationalacademies.org/Activities/Disease/DiagnosisMyalgicEncephalomyelitisChronicFatigueSyndrome.aspx> (tilgået oktober 2015)
- Kempke, S., Luyten, P., Coninck, S. De, Houdenove, B. Van, Mayes, L.C., & Claes, S. (2015). Effects of early childhood trauma on hypothalamic – pituitary – adrenal (HPA) axis function in patients with Chronic Fatigue Syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 52, 14-21.
- Landsforeningen Sind: <http://www.sind.dk/nyheder?n=20672> (tilgået oktober 2015)
- Luhrmann, T.M. (2000). *Of two minds: The growing disorder in American psychiatry*. Michigan: Knopf.
- Mendell, L.M. (2014). Constructing and deconstructing the gate theory of pain. *Pain*, 155, 210-216.
- Mirdal, G. (1990). *Psykosomatik. Sårbarhed, stress og sygdom*. København: Munksgaard.
- Mirdal, G. (1999). Mellem sundhed og sygdom: reflektioner over somatisering. *Psyke & Logos*, 1, 60-74.
- Nicole, L., Lesage, A., & Lalonde, P. (1992). Lower incidence and increased male:female ratio in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 161, 556-557.
- Ogden, J. (2012). *Health psychology. A textbook. Fifth edition*. London: Open University Press.
- Radziej, K., Schmid, G., Dinkel, A., Zwergal, A., & Lahmann, C. (2015). Psychological traumatization and adverse life events in patients with organic and functional vestibular symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(2), 123-129.
- Rost, K.M., Akins, R.N., Brown, F.W., & Smith, G.R. (1992). The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. *General Hospital Psychiatry*, 14(5), 322-326.
- Saugstad, T., & Mach-Zagall, R. (2009). *Sundhedspædagogik for praktikere*. København: Munksgaard.
- Shorter, E. (1992). *From paralysis to fatigue: A history of psychosomatic medicine in the modern era*. New York: Maxwell Macmillan International.
- Showalter, E. (1998). *Hystories: Hysterical epidemics and modern media*. New York: Columbia University Press.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
- Sundhedsstyrelsens retningslinjer for generaliserede smerter: https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/~/_/media/C2305D647E6F4E5B9229D88E96322335.ashx (tilgået oktober 2015)
- Van der Hoeven, R.M., Broersma, M., Pijnenborg, G.H.M., Koops, E.A., van Laar, T., Stone, J., & van Beilen, M. (2015). Functional (psychogenic) movement disorders associated with normal scores in psychological questionnaires: A case control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(3), 190-194.
- Videnskab.dk 2015: <http://videnskab.dk/krop-sundhed/her-er-de-mest-sandsynlige-for-klaringer-pa-hpv-vaccinens-bivirkninger> (tilgået oktober 2015)
- Wessely, S. (1987). Mass hysteria: two syndromes? *Psychological Medicine*, 17(01), 109-120.
- Wessely, S., & White, P.D. (2004). There is only one functional somatic syndrome. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 185(2), 95-96.