

**Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring: bakgrunn,
nosologi og kliniske betraktninger med relevans for psykologer**

Egil A. Fors , Henrik B. Jacobsen , Petter C. Borchgrevink og Tore C. Stiles

**Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring: bakgrunn,
nosologi og kliniske betraktninger med relevans for psykologer**

Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring er utfordrende for både pasienter, psykologer og andre helsearbeidere. Hvordan kan vi forstå disse lidelsene?



Symptomer og lidelser uten utfyllende medisinsk forklaring, men som likevel har en somatisk presentasjon, er vanlige, men vanskelige å forstå. Inntil nylig har de blitt kalt *somatoforme lidelser* i klassifikasjonssystemene «International Classification of Disorders» (ICD)-10 (World Health Organization, 1993) og «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM)-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000; Cooper, 1999). Fra mai 2013 kalles de «somatiske symptom og relaterte lidelser» i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013; Regier, 2011), mens ICD varsler endringer med ICD-11-revisjonen i 2017 (WHO, 2014) som går i retning av en stresskonseptualisering med begrepet «Bodily Distress Syndrome» (BDS) (Fink & Schroder, 2010; Maercker et al., 2013). Det totale antallet av somatiske symptomer synes å være en avgjørende prediktor for nåværende og framtidig helsestatus (Tomenson et al., 2013), mens symptomkvantifiseringen tones ned i DSM-5 i forhold til DSM-IV (American Psychiatric Association, 2013). Dette feltet er en kontinuerlig utfordring i både psykologi og medisin, og det diskuteres blant både psykologer, medisinere og andre helsearbeidere hvordan disse pasientene skal håndteres (de Waal, Arnold, Eekhof & van Hemert, 2004; Escobar, Burnam, Karno, Forsythe & Golding, 1987; Leiknes, Finset, Moum & Sandanger, 2007; Stone, 2013).

Selv om medisin og psykologi har visst om denne pasientgruppen mer eller mindre i 2000 år, har det ikke blitt skapt en felles forståelse av hvordan vi kan best forstå og hjelpe disse pasientene

Forutsetningen for at psykologer skal kunne behandle disse lidelsene på en god måte, er at de får mer opplæring og trening i kroppslige symptomer uten medisinsk forklaring enn det som har vært vanlig frem til i dag. Formålet med denne artikkelen er derfor å gi en innføring i de såkalte «somatoforme lidelsene» med historikk, nosologiske betraktninger og dagens status. Samtidig vil den si noe om relevansen for psykologer og vise hva som kan være virksom behandling. Dette gjøres gjennom å diskutere følgende problemstillinger: Hvordan kan vi forstå disse lidelsene? Hvordan kan kliniske psykologer og psykiatere bidra til å behandle dem?

Bakgrunn og historikk

Symptombildet med uforklarte kroppslige symptomer, dysfori og funksjonsnedsettelse var kjent allerede i det gamle Egypt og ble forklart med en «vandrende livmor», noe også Hippocrates (460 f.Kr– 377 f.Kr) mente, mens Galenus (130–210) forklarte det med kvinnelig, seksuell deprivasjon.

Thomas Sydenham (1624–1689) og Robert Whytt (1714–1766) hevdet at symptombildet kunne finnes hos begge kjønn, og at det hadde med nervøse mekanismer i sinnet å gjøre. Ett vendepunkt for feltet var når psykiateren Paul Briquet publiserte en avhandling i 1859 som beskrev cirka 400 kasuistikker fra Salpêtrière hospital i Paris, hvor han hadde samlet og systematisert uspesifikke somatiske plager til ett syndrom han kalte hystera (Mai & Merskey, 1980). Briquet støttet med dette Sydenhams antakelser om at symptombildet hadde med nervøsitet å gjøre. Nevrologen George Miller Beard (1839–1883) brukte senere begrepet neurasthenia i 1869 om uspesifikke slitenhetssymptomer i betydningen «fysisk nervesvekkelse» (Beard, 1869). Han teoriserer at personer med disse symptomene ikke taklet bråket, mengden folk eller den generelle tempoøkningen i egne liv. Nevrolog Jean-Martin Charcot, psykiater Pierre Janet og nevrolog/psykiater Sigmund Freud beskrev og publiserte senere kasuistikker med uforklarte fysiske symptomer de kalte konversjonshysteri, ut fra antakelsen om at psykiske plager ble konvertert til kroppslige (Akagi, 2001).

Med DSM-I (1952) dukket konversjonsbegrepet opp under betegnelsen «konversjonsreaksjon», mens det i DSM-II (1968) ble gruppert sammen med dissosiasjonslidelser under den «nye» diagnostiske kategorien «hysterisk nevrose», egentlig en gjenspeiling av det gamle hysteribegrepet. Purtell og medarbeidere (Purtell, Robins & Cohen, 1951) og Perley og Guze (Perley & Guze, 1962) inkluderte angst og depresjon i tillegg til de somatiske kjennetegnene i hysteribegrepet. Begrepet «somatoforme lidelser» ble introdusert med DSM-III i 1980 (American Psychiatric Association, 1980) samtidig som hysteri, angst og depresjon ble fjernet som nødvendige diagnosekriterier. Dermed kan det faktisk hevdes at de deskriptive DSM-III og DSM-IV (1994) klassifikasjonssystemene ble mer psyke-soma-dualistiske enn sine forgjengere DSM-I (1952) og II (1968).

Begrepet «somatoform» har nomenklatur fra både gresk og latin. «Soma» er fra nylatin via gresk for *kropp*, mens «form» kommer fra latin (middelengelsk «forme» via latin *forma*) i betydningen *modell, figur, liknende* eller *mal*. Ifølge DSM-IVTR var kjennetegnene på somatoforme lidelser «... somatiske symptomer som antas å være forårsaket av generelle medisinske tilstander, men ikke kan forklares fullt ut av disse, andre mentale lidelser, simulering eller bruk av rusmidler. Symptomene må forårsake alvorlig ubehag eller nedsettelse av funksjon» (American Psychiatric Association, 2000). Andre har på sin side lagt mest vekt på atferdsmessige og opplevelsesmessige dimensjoner ved somatisering og somatoforme lidelser. Som når, basert på Pilowskys tankegang om abnormalitet (Pilowsky, 1969), somatoform lidelse ble definert av Lipowski som «en tendens til å oppleve og kommunisere somatisk ubehag og symptomer som ikke kan forklares gjennom

patologiske funn, attribuere dem til fysiologisk sykdom, for så å søke medisinsk hjelp for disse lidelsene» (Lipowski, 1986, 1987, 1988).

Denne korte historikken viser noe av mangfoldet og uenighetene i nosologi, språk og etiologi som preger dette feltet. Selv om den skrevne historien viser at medisin og psykologi har visst om denne pasientgruppen mer eller mindre i 2000 år, har det ikke blitt skapt en felles forståelse av hvordan vi kan best forstå og hjelpe disse pasientene. For videre gjennomgang av de somatoforme lidelsers historie henviser vi til annen litteratur (Leiknes, 2007).

Konseptuelle og nosologiske utfordringer

Begrepet «somatoforme lidelser» har vært og er fremdeles en utfordring fra et konseptuelt og nosologisk standpunkt (American Psychiatric Association, 2000; World Health Organization., 1993). De rapporteres som oftest i førstelinjen og har en høy grad av komorbiditet med depresjon og angst. I tillegg rapporteres de både som prosesser (somatisering) og utfallsmål (somatoform lidelse). Pasienter med disse plagene har ofte en klar formening om hva som skaper lidelsen deres og behandlingen av den, og de kan reagere negativt i forhold til annen konseptualisering (Nunes, Ventura, Encarnacao, Pinto & Santos, 2013). Et sentralt spørsmål i denne pågående diskursen er hvorvidt det er plausibelt å bruke beskrivende/etiologiske diagnoser eller prosess-/utfallskategorier for en lidelse.

Gullstandarden for en diagnose har tradisjonelt vært at navnet inneholder en forklaring. For eksempel sier sinusitis at pasienten har en sinusinfeksjon (bihule-), mens fibromyalgidiagnosen er deskriptiv og bare refererer til «smerte i musklene». Til sammenligning er det en populær teori at somatoforme lidelser oppstår fra psykobiologisk sensitivering av nevroner som opprettholder og skaper lidelsene gjennom økt oppmerksomhet og trusselmonitorering (Eriksen & Ursin, 2004), men dette er usikkert. Når vi skal konseptualisere somatoforme lidelser, kan det derfor være nyttig å skille mellom fenotyper¹ (det vi ser), symptomer (fysiske og psykiske plager som pasienten beskriver) og det som på engelsk kalles «illness» (pasientens opplevelse av sykdom) og «disease» (tilstander som påvirker en organisme gjennom en kjent patogenese) (McWhinney, 1987).

¹Fenotype = fremtoningspreg, i genetikken betegnelse på det man faktisk kan observere av egenskaper

Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS)

Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) er symptomer pasienten rapporterer, men som legen, andre behandlere og forskere ikke finner noen medisinsk forklaring på (Aamland, Malterud & Werner, 2012; Klaus et al., 2012). Andre betegnelser som brukes, er «subjektive helseplager» (SHC) (Ihlebaek, Eriksen & Ursin, 2002) og «sammensatte symptomlidelser» (Borchgrevink, Fredheim, Fors, Hara, Holen & Stiles, 2009).

Mellom 85 og 95 % av en gitt populasjon har ett eller flere somatiske symptomer i løpet av en 2–4 ukers periode (Hannay, 1979; Ihlebaek et al., 2002). En normal voksen person har et symptom hver 4.–6. dag (Verbrugge & Ascione, 1987), og 81 % av friske høyskolestudenter rapporterer minst ett somatisk symptom i en 3-dagers periode (Reidenberg & Lowenthal, 1968). Totalt er omtrent 33 % av alle fysiske symptomer uforklarlige (Kroenke & Price, 1993). I en tre års oversikt over ti vanlige symptomer i allmennpraksis hadde brystmerter, utmattelse, svimmelhet, hodepine, ødem, dyspné, insomni, magesmerter og nummenhet en kausal, organisk forklaring i mindre enn 10 % av tilfellene (Kroenke & Mangelsdorff, 1989).

Videre synes cirka 50 % av symptomene som rapporteres i førstelinjen, å være medisinsk uforklarlige i oppfølgingsstudier (Edwards, Stern, Clarke, Ivbijaro & Kasney, 2010). Rundt 10–15 % har en organisk forklaring etter 1 år, mens 4 % synes å være hovedsakelig organiske etter 6 år. Indikasjoner på hvor omfattende plagene er, kan avgjøres ved å se på mengden av de uforklarte plager og symptomer som pasienten har; for eksempel hvor mange steder han/hun rapporterer smerte, eller hvor mange gastrointestinale problemer som rapporteres. Andre aspekter er hvor lenge symptomene har vedvart, hvor mye de påvirker livskvaliteten, økt bruk av medisiner, antallet symptomkategorier og psykologiske samlidelser.

Mellom 85 og 95 prosent av en gitt populasjon har ett eller flere somatiske symptomer i løpet av en 2–4 ukers periode

Kunnskapen vår om uforklarte somatiske symptomer er på ingen måte komplett, og vi forstår ikke fullt ut de etiologiske rollene til biologiske, psykologiske og sosiokulturelle faktorer. For eksempel eksisterer ikke MUPS bare i industrielle samfunn. De filippinske mayganene lever i primitive samfunn ved kysten og i jungelen, men har flere muskel- og skjelettplager, mer utmattelse, humørsvingninger og gastrointestinale plager enn en nordisk populasjon, men ignorerer dem i større grad enn hos oss (Eriksen, Hellesnes, Staff & Ursin, 2004).

Pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer som smerter, utmattelse, søvnproblemer, nummenhet og prikking i huden, hodepine, depresjon, angst, munn- og øyetørrhet, mageproblemer, inkontinens og Raynauds fenomen (hvite, kalde hender og føtter) etc., representerer en stor gruppe (Clauw, 2010; EA Mayer, 2009; Fors, 2012; Ihlebaek et al., 2002; Wolfe, Ross, Anderson, Russell & Hebert, 1995). Grensen mellom disse tilstandene og de mer tradisjonelle aksepterte diagnosene er ikke tydelig. Medisinsk uforklarte symptomer har fått ulike merkelapper, som regel basert på de mest fremtredende symptomene, og danner av og til mønstre av symptomlidelser/syndromer.

Funksjonelle somatiske syndromer

Hvordan kan vi da forstå pasienter med subjektive symptomlidelser (Sovik, 2001), ofte kalt funksjonelle somatiske lidelser (Malt, Malt, Blomhoff & Refnin, 2002) eller syndromer? Et syndrom er en sammenstilling av symptomer og tegn som ofte opptrer sammen. Syndrombegrepet er deskriptivt, og bygger på empirisk opparbeidet kunnskap om samvariasjon av symptomer og tegn. Eksempler som møtes i førstelinjetjenesten kan være multippel kjemisk overfølsomhet (MCS), kronisk whiplash, bivirkninger av silikonimplantat, candida-infeksjoner, matallergi, symptomer fra eksponering av pcskjermer, diffus utmattelse, utbrenthet, psykogene hodepiner, el-allergi og tannamalgisme. Det finnes mange mer eller mindre seriøse betegnelser innenfor dette området.

Andrelinjen har sine egne fenotyper for symptomlidelser: For eksempel har ortopedi vanlige korsryggsmerter (lumbago); gynekologi har bekkensmerter og premenstruelle syndromer; øre-nese-hals har tinnitus, globulus-fenomen (klumpfølelse i halsen) og stemmebånds-dysfunksjon (dysfoni); nevrologi har uspesifisert svimmelhet og hodepine; kardiologi har hjertebank og atypiske brystmerter; lungemedisin har hyperventilering og brystmerter; revmatologi har fibromyalgi; tannleger har uspesifikke kjevesmerter (TMJD); indremedisinere og infeksjonsmedisinere har kronisk utmattelsessyndrom; gastroenterologi har irritabel tarm-syndrom; urologi har interstitiell cystitt (IC); endokrinologi har symptomer på lavt stoffskifte med normale blodprøver, labilt blodtrykk og hypoglykemi; fysikalsk medisin og rehabilitering har hjernerystelse; mens arbeidsmedisin har multippel kjemisk sensitivitet (MCS) (Wessely, Nimnuan & Sharpe, 1999).

Er somatoforme lidelser mentale eller somatiske lidelser?

Hos mange pasienter er det uklart hvorvidt symptomene stammer fra somatiske eller psykologiske faktorer, men det er et utdatert descartiansk skille å forsøke å forklare kausalitet som *enten soma eller psyke*. Jo lenger et uforklarlig symptom har vart, desto viktigere er det å lete etter vedlikeholdende faktorer som for eksempel personlighet, psykiske og miljømessige forhold (Holtedah, 2002) – samt overordnede samfunnsforhold – i samhandling med helseapparatet (Osterweis M., 1987). Altså en mer biopsykososial forklaringsmodell (Adler, 2009; Engel, 1977). En utdypning av den biopsykososiale modellen viser kanskje hvorfor et slikt descartiansk skille er problematisk og trolig fånyttet (Meland, 1997).

Somatisering har blitt definert på mange ulike måter, men på tross av ulikhetene har definisjonene en ting felles: tilstedeværelsen av somatiske symptomer som ikke kan forklares i tilstrekkelig grad av organiske funn. Det er lite kunnskap om somatisering og somatoforme lidelser både når det gjelder konseptene, nosologien, kausaliteten, patogenesen, kliniske fenotyper og behandling (Mayou, Levenson & Sharpe, 2003; Quill, 1985; Sharpe & Carson, 2001). Tradisjonelt har somatisering blitt kategorisert som «et fenomen underlagt psykologisk ubehag hvor det er en somatisk presentasjon», også kalt *presenterende somatisering*. Det å ha en somatisk presentasjon av psykologisk ubehag, for eksempel angst, regnes som en psykisk lidelse. Men somatiske symptomer kan også være knyttet til somatiske plager hvor spesifikke antagelser om kausalitet er ekskludert, som ved *funksjonell somatisering*. Skillet mellom somatoforme lidelser (somatiske symptomlidelser SSL) og psykiske lidelser som angst og depresjon er uklart. Angst og depresjon kjennetegnes også med mye somatiske symptomer, men skilles ut fra somatoforme lidelser i diagnosesystemene, og klassifiseres for eksempel som F54.x i ICD-10 hvor en psykologisk faktor påvirker en medisinsk (x) faktor (se tabell 1).

Under er noen eksempler på hvordan psykologiske faktorer kan påvirke medisinske diagnoser:

Eksempel 1: En pasient sier at han av og til er svimmel og kvalm. Ved nærmere utspørring sier pasienten at han har mild hjertebank og er tungpustet i korte perioder. Pasienten kan ha panikkangst, eventuelt panikk lidelse.

Eksempel 2: En trett og sliten pasient blir henvist med øm muskulatur. Pasienten har både søvn- og konsentrasjonsvansker i tillegg. Pasienten kan ha generalisert angstlidelse.

Eksempel 3: Pasienten kommer inn med såre og sprukne hender. Hun har dårlig utbytte av behandling med ulike håndkremer og andre hjelpemidler. Symptomene kan skyldes overdreven vasking på grunn av tvangslidelse (OCD).

Det er også eksempler hvor primært somatiske helseplager kan føre til psykiske lidelser:

Eksempel 1: En pasient uten psykisk lidelse får plutselig nakkeprolaps og utvikler angst. Dette etterfølges av katastrofetanker og en fysiologisk stressrespons med hjertebank, nattsvette og kløe. Plagene kan da skyldes en akutt mental reaksjon eller tilpasningsforstyrrelse (F43 i ICD-10) i forhold til en somatisk tilstand.

Eksempel 2: En pasient får en alvorlig infeksjon, men er ikke ferdig restituert etter behandling. Går tilbake til normale hverdagsaktiviteter inkludert trening, og forsinker restitusjon og rehabilitering. Får etter hvert bekymring om egen helse eller utvikler katastrofetanker rundt utmattelsen, noe som igjen blir en vedlikeholdende faktor for vedvarende slitenhet.

En slik inndeling mellom primært psykiske eller somatiske årsaker uttrykker uenigheten innenfor feltet, og gjør at tidligere konseptualiseringer og forskning på somatisering har vært så vanskelig (Frances, 2013). Det er rimelig å se på somatoforme lidelser som et kontinuum fra symptomer til lidelser og objektive funn (Sovik, 2001). En deling i somatiske og psykiske årsaker til sykdom og funksjonstap kan ikke forklare disse plagene, og derfor er det etter forfatterens mening mer hensiktsmessig å bruke nøytrale begreper (Borchgrevink et al., 2009)

Situasjonen i dag og veien videre

I dag er somatoforme lidelser en fellesbetegnelse i ICD-10 for lidelser hvor legemlige symptomer dominerer uten at legemlig sykdom kan påvises, samtidig som man finner holdepunkter for at psykologiske forhold er av avgjørende betydning for symptom bildet. Disse lidelsene ble også kalt det samme i DSM-systemet fram til mai 2013 (American Psychiatric Association, 2000). Et problem med ICD-10 er at en lidelse bare kan ha én forklarende årsakskategori, i motsetning til DSMs multiakse-nomenklatur. Problemet kan eksemplifiseres med at tretthet/utmattelse i ICD-10 kan være både respiratorisk (R53.82), nevrologisk (G93.3) eller psykisk (F48.0), men altså ikke ha mer enn én forklarende faktor om gangen. DSM har andre ufordringer, da den kun retter seg mot psykiske lidelser. Likevel, gjennom bruken av de ulike aksene gir DSM kanskje et bredere perspektiv på kausaliteten til lidelsen. For sannsynligvis stammer symptomlidelse- fenotyper fra en interaksjon mellom fysiske og psykiske dimensjoner. Da DSM-IV-TR ble erstattet med DSM- 5 i 2013, byttet de samtidig ut betegnelsen somatoforme lidelser med «somatiske symptom- og relaterte lidelser». I det nye ICD-11, som sannsynligvis kommer i 2017, kan det se ut til at begrepet somatoforme lidelser også forsvinner derfra (WHO, 2014). ICD vurderer i stedet å skifte til «Bodily Distress Syndrome» konseptet (Fink & Schroder, 2010), men dette er enda ikke avklart. Spørsmålet er om disse revisjonene øker forståelsen av plagene, og om de har noen praktisk betydning for håndteringen av disse pasientene.

Jo lenger et uforklarlig symptom har vart, jo viktigere er det å lete etter vedlikeholdende faktorer

Endringer og nye definisjoner

Somatoforme lidelser kalles altså somatiske symptom- og relaterte lidelser (SSRL) i det nye DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Gamle betegnelser på underkategoriene som somatiseringslidelse, hypokondri, somatoform smertelidelse og udifferensiert somatoform lidelse er fjernet fra DSM, og er slått sammen til begrepet «somatisk symptomlidelse» (SSL). SSL indikerer somatiske symptomer som enten er svært plagsomme eller medfører vesentlig forstyrrelse av funksjonen, samt tilstedeværelse av belastende tanker, følelser og atferd vedrørende disse symptomene. *Antallet* av somatiske symptomer har ikke lenger noen betydning. SSRL defineres ved

tilstedeværelse av positive symptomer, mens bruken av medisinsk uforklarte symptomer som MUPS er minimalisert og brukes bare ved konversjonslidelser og innbilt svangerskap (pseudocyesis). For å bli diagnostisert med SSL må symptomene vedvare hos pasienten i minst 6 måneder.

Smerte er et komplekst symptom som ofte preger disse pasientene, og smerte klassifiseres som «smertesymptom ved SSL» (SSL + smerte) i DSM-5, men smerte kan også klassifiseres som en «presenterende somatiseringslidelse»² (jf. F54 i ICD-10) eller en tilpasningsforstyrrelse. ICD-10-analogen F54 kan også brukes med andre somatiske symptomer enn smerte i DSM-5, f.eks. utmattelse, tungpust (dyspné) og liknende. En minoritet av hypokondriene klassifiseres nå som «helseangst» (illness anxiety disorder) i DSM-5 hvis pasientene er «overdrevent opptatt av alvorlig sykdom», og/eller om de mangler somatiske symptomer, mens de fleste hypokondriene som nevnt nå betegnes som SSL i DSM-5.

Tabell 1: Klassifikasjon av «somatoforme lidelser» i DSM og ICD

DSM-IV-TR	ICD-10	ICD-10 Koder	DSM-5	ICD-11 Beta draft (2014)
Somatoform lidelse	Somatoform lidelse	F45	Somatiske symptom- og relaterte lidelser (SSRL)	Bodily Distress Syndrome (BDS)
Somatiseringslidelse	Somatiseringslidelse	F45.0		
Udifferensiert somatoform lidelse	Udifferensiert somatoform lidelse	F45.1	Somatisk symptomlidelse SSL	(BDS)
Hypokondri	Hypokondri	F45.2	SSL/Helseangst	(BDS)
Somatoform smertelidelse	Somatoform smertelidelse	F45.4	SSL	(BDS)
Somatoform lidelse intet annet spesifisert, INA	Somatoform lidelse uspesifisert	F45.9	Somatoform lidelse ikke klassifisert andre steder	(BDS)
Konversjonslidelse	Dissosiativ lidelse: Somatoform autonomisk dysfunksjon	F44.4–7 F45.3	Konversjonslidelse Funksjonell nevrologisk syndromlidelse	Dissosiativ lidelse: (BDS)
Dysmorfofobi	Dysmorfofobi (i hypokondri)	F45.2	OCD-lidelse	(BDS)
nil	Nevrasteni	F48.0	nil	(usikker klassifikasjon: F?G? R?)

²Et fenomen underlagt psykologisk ubehag hvor den somatisk presentasjon i dette tilfelle er smerte

Münchausens syndrom	Münchausens syndrom	F68.1	Münchausens syndrom	Münchausens?
Münchausens syndrom by proxy/ Münchausens syndrom INA	Münchausens syndrom INA	F68.1	Munchausenssyndrom påtvunget andre	Münchausens syndrom påtvunget andre?
Psykologisk faktor som påvirker medisinsk (x)	Psykologisk faktor som påvirker medisinsk (x)	F54.x	Psykologiske faktorer som påvirker medisinsk (x)	Psykologisk og/eller afferdsmotor som påvirker en medisinsk tilstand (x)

Diagnosen *helseangst* forutsetter et stort mentalt symptomtrykk (angst), men utelukkes hvis tilstanden kan forklares av anerkjente psykiatriske diagnoser som panikk lidelse, bekymringsangst (GAD), dysmorfofobi, tvangslidelse (OCD) eller psykose (American Psychiatric Association, 2013).

Dimsdale og medarbeidere (2013) drøfter reliabilitet, validitet og prevalensen av SSL i DSM-5, i tillegg til dens nytte i forskning, undervisning og klinisk praksis, og er ganske positive. Den viktigste endringen med DSM-5 er at somatiske symptomer ikke skal klassifiseres som mentale helseproblemer *bare* fordi de er medisinsk uforklarte. For en oversikt og klassifikasjon over «somatoforme lidelser» i DSM og ICD, se tabell 1.

I det kommende ICD-11 ble «Bodily Distress Syndrome» (BDS) (eller funksjonelle somatiske lidelser) foreslått som en diagnose for å bidra til en felles terminologi og forståelse av multisymptom-/komplekse somatiske/psykologiske syndromer. Diagnosen baserer seg mindre på ekskludering av symptomer, slik mange av de mer tradisjonelle somatoforme diagnosene gjør. Dermed unngås en inndeling av fysiske symptomer som medisinsk forklarte eller uforklarte. I stedet introduseres en differensiering av alvorlighetsgrad (mild, moderat, alvorlig) og subgrupper (Fink, Rosendal, Dam & Schroder, 2010). Teorien bak BDS hevder at tre funksjonelle somatiske syndromer, nærmere bestemt hjerte- og lunge-, muskelsmerter- og mage- og tarm-symptomer, er ulike representasjoner av et felles underliggende fenomen. I tillegg til disse tre er det en dimensjon for «generelle » sentrale symptomer som inkluderer såkalte pseudonevrologiske symptomer. Det er dette fenomenet forskerne mener gir opphav til bodily distress-navnet, fordi symptomprofilene tyder på at disse symptomene må tilskrives *sentraliserte mekanismer* snarere enn abnormaliteter i perifere organer. Opphavsmennene til den foreslåtte BDS-diagnosen fremhever også at den kan bidra til å definere to viktige grenser: (1) grensen mellom normalitet og sykdom, noe som er av stor betydning i primærhelsetjenesten, og (2) skillet mellom milde og alvorlige funksjonelle begrensninger. Dermed er den også nyttig for å selektere pasientgrupper som har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten (Fink, Toft, Hansen, Ornbol &

Olesen, 2007). I teorien skal dermed BDS-diagnosen gjøre det lettere å skille mellom «funksjonell» sykdom og andre sykdommer. Men det gjenstår mye forskning for å vise hvor nyttig diagnosen er i kliniske settinger.

Som disse nye definisjonene og endringene antyder, er det en vanskelig og lang vei å gå før vi har en forståelse av etiologien bak disse symptomlidelsene. Vi kan heller ikke se at de nye DSM-5-diagnosene medfører noen framskritt slik de nå står. DSM-bøkene har lenge vært sett på som et felles språk for psykiske lidelser og har sin styrke i reliabiliteten, ikke validiteten av diagnosene de foreslår. Det ironiske er at diagnosene er definert av konsensusgrupper og reliabiliteten i grunnen skapes av klinikerne som følger disse standardene. Med andre ord blir validiteten mindre viktig, og vi fortsetter å sette diagnoser på grunnlag av symptomer som vi ikke har noen objektiv forståelse av. For å kunne få en bedre forståelse av psykiske lidelser må vi forsøke å forske frem en ny nosologi som ikke forkaster funn fordi de ikke passer inn i en konsensusbasert kategori. Forskningen bør styre diagnosene, ikke omvendt. National Institute of Mental Health (NIMH) i USA besluttet i fjor at de ikke lenger vil støtte forskning som baserer seg på kategorier (DSM-systemet) som en følge av de ovennevnte argumentene (Adam, 2013). Det er ikke dermed sagt at DSM ikke inneholder mye kunnskap om psykiske lidelser, men konsensusbaserte, kategoriske diagnoser kan ikke lenger være gullstandarden for forskning.

På vår avdeling ved Smertesenteret, St. Olavs Hospital benytter vi heller nøytrale symptomdiagnoser som «lumbale smerter» eller «nakkesmerter» og opplyser samtidig om at det dreier seg om en sammensatt symptomlidelse, når vi treffer pasienter som vi verken kan gi en spesifikk somatisk eller psykisk diagnose. Vi mener at uttrykket «sammensatt symptomlidelse» er bedre enn «somatisk symptomlidelse». Sammensatt er bedre fordi det er nøytralt og henspiller på at både etiologien og opprettholdende faktorer er komplekse eller sammensatte. Både biologiske, psykologiske, sosiale og arbeidsrelaterte faktorer er relevante. Kanskje legen skal benytte symptombeskrivelser som underkategorier, for eksempel: «Sammensatt symptomlidelse: Kroniske ryggplager» eller «Sammensatt symptomlidelse: Irritabel tykktarm». Betegnelsen sammensatt symptomlidelse kommuniserer at legen har vurdert det som at tilstanden ikke har en *vesentlig* medisinsk forklaring. Underkategorien gir psykologen et hint om hvilken mer spesifikk psykologisk behandlingsmetode som bør benyttes, i den grad de finnes. Vi benytter kun F-diagnoser fra ICD-10 når vi er sikre på at de somatiske symptomene har startet på grunn av store psykiske belastninger, eller når de på en avgjørende måte vedlikeholdes av slike.

Relevans for psykologer

Sammensatte symptomlidelser i tidlige faser kan med hell håndteres i førstelinjetjenesten (som MUPS), mens andre- og tredjelinjetjenesten bør forbeholdes de mest komplekse og langtrukne tilstandene. Psykologer og psykiatere i spesialisthelsetjenesten bør derfor søke å vise pasienten at jakten på en «underliggende fysisk/organisk sykdom» skader i det lange løp, at medisiner og andre former for invasiv behandling bør stoppe, og at man bør legge mer vekt på rehabilitering, mestring og akseptering (Harris, 2013). Psykologer kan regne med å møte pasienter med uforklarte somatiske plager både i sin praksis og i ulike nivåer av helsetjenesten. Fastlegen er likevel den som oftest vurderer pasienten først, og som bestemmer videre henvisning til somatisk eller psykologisk behandling (van der Feltz- Cornelis et al., 1997).

Allmennleger synes ifølge noen studier å ha en dualistisk tilnærming til disse lidelsene (Stone, 2014), men det eksisterer ikke gode data på dette fra Norge. Somatoforme lidelser er vanlige og kan havne enten i somatikken eller psykisk helsevern avhengig av hvordan henviser og mottaker tolker plagene. Forfatterens erfaring er at mange psykologer er usikre på disse tilstandene og ofte henviser videre hvis det dukker opp medisinsk uforklarte symptomer. Det vil være en stor fordel om psykologen blir tryggere i håndteringen av slike lidelser, og for legen en stor fordel å ha en psykolog med slik kompetanse på «nabokontoret». Mange psykologer jobber tettere med leger enn tidligere; både i primærhelsetjenesten, ved raskere tilbake-tiltak og i tilknytning til private legekontor og i biopsykososiale tverrfaglige team i andre- og tredjelinjetjenesten, for eksempel i DPS-er eller ved større smerteklinikker. Likevel er slikt samarbeid sjeldent; på en måte en «missing link». En løsning kan da være å ansette kommunepsykologer med slik kompetanse.

Det er avgjørende for behandlingsresultatet og tryggheten i samarbeidet mellom psykolog, lege og pasient at det er gjennomført en grundig somatisk utredning før psykologen kan komme i posisjon. En utredning og videre håndtering av den somatoforme pasient kan derfor være tidkrevende, men det er også eksempler på at disse pasientene kan håndteres i akuttmedisinen (Stephenson & Price, 2006). Forutsetningen for at psykologer kan diagnostisere somatoforme lidelser, vil være at de får mer opplæring og trening enn det som har vært vanlig til nå. Feltet er relevant for psykologer fordi mange med disse lidelsene vil ha mest nytte av psykologiske behandlingstilbud etter hensiktsmessig, medisinsk utredning og avklaring av somatiske problemstillinger. Det er eksempler på konkrete samarbeidsmodeller for håndtering av somatoforme lidelser (somatiske symptomlidelser) som i

Nederland, hvor psykiatere jobber tett sammen med fastlegene i primærhelsetjenesten (van der Feltz-Cornelis, van Oppen, Ader & van Dyck, 2006). Pasienter med for eksempel hypokondri (se tabell 1) bruker gjerne konsultasjon med fastlege som en mestringsteknikk for å roe egne bekymringer rundt sykdom. Det er sjelden en god håndtering av problemet, siden de fleste kun opplever midlertidig bedring, og dermed kan vandre fra lege til lege (Usherwood, 1999.). Det vil være bedre å involvere psykolog/psykiater for å yte riktige behandling (van der Feltz-Cornelis et al., 2006; Wilhelmsen & Bodtker, 1996).

På tross av ulikhetene har definisjonene en ting til felles: tilstedeværelsen av somatiske symptomer som ikke kan forklares i tilstrekkelig grad av organiske funn

Samarbeid i spesialisthelsetjenesten er også nyttig. Personer med dysmorfofobi (se tabell 1) har oftere kontakt med dermatologer og kosmetiske kirurger enn med psykologer. Samarbeid mellom ulike spesialiteter som for eksempel allmennlege, dermatolog, kosmetisk kirurg og psykolog/psykiater vil være nødvendig for å bedre behandlingsresultatet (Mufaddel, Osman, Almugaddam & Jafferany, 2013).

Behandling

Kognitiv atferdsterapi (KAT) synes å være nyttig i behandling av MUPS og subjektive helseplager; en 6 x 30 minutters KATbehandlingsserie i primærhelsetjenesten bedret både generell helse og pasientfornøydhet og reduserte antall konsultasjoner til fastlegen (Sumathipala, Hewege, Hanwella & Mann, 2000). I 2007 publiserte Henningsen og medarbeidere en oversiktsartikkel om behandling av funksjonelle somatiske syndromer (Henningsen, Zipfel & Herzog, 2007): Ikke-medikamentell behandling som involverer aktiv deltakelse av pasienter, for eksempel i mosjon og psykoterapi, synes å være bedre enn passive fysiske tiltak som injeksjoner og operasjoner. En balanse mellom biomedisinske og kognitive metoder virker mest hensiktsmessig, og terapeut-pasient-forholdet synes å være av særlig stor betydning (Henningsen, Zipfel & Herzog, 2007; Schroder et al., 2012).

I en oversiktsartikkel tar Kurt Kroenke og kollegaer for seg effektiviteten av behandling for somatoforme lidelser i allmennpraksis (Kroenke, 2007). Han fant at KAT hadde effekt på somatiseringslidelse, udifferensiert somatoform lidelse og MUPS i fem av de syv studiene som var inkludert i oversikten. De mest positive resultatene var bedring av somatiske symptomer, mens det var mindre effekt for psykologiske og funksjonelle utfallsmål. Korttids psykodynamisk terapi har vist

moderat effekt på fysiske og psykiske symptomer og sosial funksjon (Schroder et al., 2012). KAT var ifølge Kroenkes oversikt effektiv mot *hypokondri* i fire av fire studier. KAT hadde effekt mot *dysmorfofobi* i to av to studier. Når det gjaldt *konversjonslidelse*, var resultatene ikke tilstrekkelige til å trekke noen konklusjoner.

Evidensen for andre psykoterapeutiske eller psykofarmakologiske behandlinger enn KAT og antidepressiver er lav. Lesley Allen gjennomførte en systematisk oversikt i 2010 hvor KAT fungerte tilfredsstillende for behandling av somatiseringslidelse, udifferensiert somatoform lidelse, hypokondri og dysmorfofobi (Allen & Woolfolk, 2010). Antidepressiver og antikonvulsiver synes å være effektive i noen studier, men den medierende faktoren virker uklar, og placebo kan ha hatt en viktig rolle (Kapfhammer, 2012). Det er for lite datamateriale til å konkludere hvordan behandlingen påvirker forbruket av helsetjenester. I det siste har acceptance and comittment-terapi (ACT) blitt mye brukt ved kroniske smerter (Harris, 2013) i tillegg til operante metoder og atferdsmedisinske tilnærminger med gradert trening, fryktunngåelsesparadigmer, mindfulness based-stress-reduction og korttids psykodynamiske metoder. Behandlingserfaringene er mindre ved andre somatiske symptomlidelser. Pasienter synes å akseptere bruk av psykologer ved uklare tilstander i førstelinja, spesielt ved de mer komplekse og uttalte problemstillingene (Speckens, van Hemert, Bolck, Hawton & Rooijmans, 1995).

Hvilke undersøkelser bør fastlegen gjøre før han henviser til psykolog?

Fastlegen må på vanlig måte vurdere om disse pasientene skal håndteres i primærhelsetjenesten, henvises videre til en spesialist for spesifikk somatisk lidelse, eller til en psykolog for behandling av en antatt somatoform (somatisk symptom-) lidelse. I henvisningen bør det stå at spesifikk sykdom er utelukket, og at pasienten henvises for behandling av en somatoform lidelse (ev. «sammensatt» eller «somatisk symptomlidelse»). Å høre fra en psykolog at det ikke er noen alvorlig medisinsk feil, er i mange tilfeller ikke tilstrekkelig for pasienten. Pasienten trenger å høre det fra en kompetent lege.

Hva skal psykologen gjøre når pasienten er henvist?

Psykologen må ta de somatiske symptomene på alvor og gi pasienten god tid til å fortelle sin sykehistorie, hvor egne årsaksattribueringer, bekymringstanker og katastrofetenkning blir kartlagt.

Psykologen bør være veldig bevisst på å skille mellom selve symptomet og tolkningen av det, og på en terapeutisk måte bevisstgjøre pasienten på dette skillet. Det er selve grunnsteinen i behandlingen. Psykologen bør så kartlegge i hvilken grad familiemedlemmer og venner forsterker bekymringen og katastrofetenkningen, og i hvilken grad pasienten selv gjennom atferd og ytringer forsterker andres bekymringer og katastrofetenkning. Psykologen bør også nøye kartlegge i hvilken grad pasienten har utviklet unnvikelse for en del situasjoner, og i hvilken grad de anvender trygghetsstrategier i ulike situasjoner. Forholdet til egen arbeidsplass bør også kartlegges for å undersøke om sykefravær også er en unnvikelsesatferd. I dette ligger at kognitive atferdsterapeutiske tilnærminger har vist seg mest anvendelige, da de tar de somatiske symptomene på alvor, ikke krangler med pasienten om årsaksforklaringer, men kun fokusere på faktorer som opprettholder problemet.

Den viktigste endringen med DSM-5 er at somatiske symptomer ikke skal klassifiseres som mentale helseproblemer bare fordi de er medisinsk uforklarte

Når er psykologisk behandling indisert alene, og når er tverrfaglig behandling best?

I de mer alvorlige og kronifiserte tilfellene kan det være lettere å avgjøre at en somatoform pasient skal henvises til psykolog/ psykiater eller til et tverrfaglig team (van der Feltz-Cornelis, Knispel & Elfeddali, 2008) hvis de ikke kan håndteres i primærhelsetjenesten. I andre- og tredjelinjetjenesten er det allerede etablert en viss grad av samarbeid; dette gjelder kanskje spesielt i konsultasjons-liaison-psykiatri (CL) og ved smertesentrene ved de større sykehusene. Men mye tyder på at man også her kan øke bruken av psykologer. Noe av utfordringen ligger også i at det er svært få psykologer som føler seg kompetente på dette området, og derfor ikke søker på stillinger i feltet, rådgir eller utfordrer det somatiske helsevernet. Dersom psykologutdanningen i større grad evner å gi adekvat opplæring på området og tilbyr praksisplasser ved smertesenter/andre relevante poliklinikker, kan vi oppleve at psykologer blir en naturlig del av behandlingsforløpet hos disse pasientene. Da kan vi også i større grad forhindre at pasienter får feil/for lite behandling, for mye behandling eller gjennomfører veldig mange dyre og uhensiktsmessige medisinske undersøkelser.

Diskusjon

Betegnelsene på lidelser hvor verken psykiske eller somatiske faktorer har overbevisende forklarende kraft, er mange. Forekomsten virker stabil, og siden de er relativt vanlige, må psykologer regne med å møte dem ofte i sin praksis. DSM-5 har endret begrepet somatoforme lidelser til somatiske symptom- og relaterte lidelser (Voigt et al., 2012), og dermed også kategoriseringen av de tidligere subtypene. Uansett hva man kaller disse lidelsene, så representerer de antakelig ikke noe nytt (Wessely et al., 1999), og psykologisk behandling vil sannsynligvis være relevant på alle nivåer av helsetjenesten. Blir dagens pasienter mindre beroliget av bekreftelser, forklaringer og lindrende behandling enn tidligere? Noen forhold tyder på det: Måten leger og annet helsepersonell kommuniserer lidelsene på, kan være for dårlig. Kanskje de medisinske og psykologiske forklaringene som presenteres, verken beroliger, trygger eller har lindrende effekt (Malterud, 2002). Publikum kan være påvirket av media, som ofte bruker tabloide tilnærminger og ukritisk journalistikk for å skildre funksjonelle somatiske syndromer. Preliminære funn, enkeltsaker og tentative funn skildres som konkluderende medisinske bevis (Broderick, Kaplan-Liss & Bass, 2011). I tillegg kan dagens debattklima være formet av de politiske, juridiske, økonomiske og regulative konsekvensene av somatiske symptomidelser, og enkelte uttalelser kan være med på å opprettholde og forsterke troen på somatiske årsakssammenhenger, som antakelig har høyere status enn de psykologiske (Knudsen et al., 2011; Turk & Okifuji, 2002). Noen forfattere hevder til og med at deltakelse i brukerfora og pasientorganisasjoner kan være assosiert med en dårligere prognose (Friedberg, Leung & Quick, 2005; Holtedahl, 2002).

Kognitiv atferdsterapi er foreløpig den best dokumenterte behandlingen. Psykologer bør derfor gi dette feltet økt oppmerksomhet. Fortsatt ser det ut til at det mangler en samlende modell eller full forståelse for disse lidelsene. Det store spørsmålet er om de klassifikasjonsendringene som har kommet i det siste, har gjort det lettere å bruke dem i forskning, undervisning og klinisk praksis. Forfatterne av denne artikkelen er ikke overbevist om dette og foretrekker en nøytral betegnelse så lenge man ikke kjenner patogenesen. Vår erfaring fra Smertesenteret ved St. Olavs Hospital er at mange pasienter klassifisert med somatoforme lidelser ikke tilfredsstillende verken en somatisk eller psykologisk diagnose, og vi har derfor valgt å bruke det nøytrale begrepet sammensatte symptomidelser. Eksempler på dette kan være generaliserte muskelsmerter. Erfaringsmessig oppfatter pasientene begrepet sammensatte symptomidelser som nøytralt og mindre stigmatiserende enn betegnelsene somatoform, psykosomatisk eller funksjonell lidelse, og behandling foregår i

tverrfaglige team med leger, psykolog og fysioterapeut, eventuelt andre faggrupper. Man vet heller ikke om disse lidelsene er uavhengige, diskrete tilstander, eller uttrykk for ett felles syndrom med en felles mekanisme (Bruusgaard & Natvig, 2009; Fink & Schroder, 2010; Wessely et al., 1999). Selv om forfatterne av DSM-5 skriver at SSL er sjeldne i psykiatriske populasjoner og vanligere i førstelinja, er det fortsatt et dilemma at DSM klassifiserer somatiske symptomer i et psykiatrisystem. ICD har på sin side ikke noe system for å klassifisere multimorbiditet hvor hovedårsaken er ukjent.

Konklusjon

Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring er utfordrende for både pasienter, psykologer og andre helsearbeidere. Den nye DSM-5-revisjonen, som kom i mai 2013, kaller de tidligere somatoforme lidelsene for «somatiske symptom- og relaterte lidelser». Det pågående arbeidet med ICD-11 konkluderer foreløpig med at de har sammenheng med belastning og langvarig stress, og de ønsker å bruke begrepet Bodily Distress Syndrome (BDS) om lidelsene. Dette er ikke avklart, i og med at ICD-11 først kommer i 2017. Det burde uansett være relevant for psykologer å øke sin kompetanse innenfor dette feltet, som verken somatiske eller psykologisk orienterte helsearbeidere har et naturlig eierforhold til. De kunne øke tilstedeværelsen i førstelinjetjenesten og jobbe sammen med fastlegene, men også bidra i tverrfaglige team i spesialisthelsejenesten.

BOKS 1: ALFABETISK FORKORTELSSESLISTE

APA	American Psychiatric Association
BDS	Bodily Distress Syndrome
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (USA)
GAD	General Anxiety Disorder, bekymringsangst
ICD	International Classification of Disorders
IC	Interstitiell cystitt (blæresmerter uten objektive funn).
KAT	Kognitiv adferdsterapi
MCS	Multipel kjemisk overfølsomhet
MUPS	Medisinsk uforklarte plager og symptomer
NIMH	National Institute of Mental Health (USA)
OCD	Obsessive Compulsive Disorder (tvangslidelse)
SD	Somatoform Disorders (somatoforme lidelser)
SSL	Somatisk symptom-lidelse

BOKS 1: ALFABETISK FORKORTELSESLISTE

SSRL	Somatiske symptom- og relaterte lidelser
TMJD	Temporo-mandibular joint disorder (kjevesmerter uten objektive funn)
WHO	Verdens helseorganisasjon

Referanser

Referanser:

- Aamland, A., Malterud, K. & Werner, E. L. (2012). Phenomena associated with sick leave among primary care patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: a systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30(3), 147–155. doi: 10.3109/02813432.2012.704812
- Adam, D. (2013). Mental health: On the spectrum. *Nature*, 496(7446), 416–418. doi: 10.1038/496416a
- Adler, R. H. (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), 607–611. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.08.008
- Akagi, H. H., House, A. (2001). The epidemiology of hysterical conversion. I C. B. I P. Halligan, J. Marshall (red.), *Hysterical Conversion: clinical and theoretical perspectives* (s. 73–87). Oxford Oxford University Press.
- Allen, L. A. & Woolfolk, R. L. (2010). Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 579–593. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.014
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed)* (3d ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA American Psychiatric Publishing.
- Beard, G. (1869). Neurasthenia, or nervous exhaustion. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 217–221.
- Borchgrevink, P., Fredheim, O., Fors, E., Hara, K., Holen, A. & Stiles, T. (2009). Hva er sammensatte lidelser? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129, 1368.

- Broderick, J. E., Kaplan-Liss, E. & Bass, E. (2011). Experimental induction of psychogenic illness in the context of a medical event and media exposure. *American Journal of Disaster Medicine*, 6(3), 163–172.
- Bruusgaard, D. & Natvig, B. (2009). [Unclear conditions – common mechanisms?]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(15), 1481–1483. doi: 10.4045/tidsskr.08.0667
- Clauw, D. J. (2010). Perspectives on fatigue from the study of chronic fatigue syndrome and related conditions. [Review]. *PM R*, 2(5), 414–430. doi: 10.1016/j.pmrj.2010.04.010
- Cooper, J. (1999). The Classification of Somatoform Disorders in ICD-10. I Y. Ono, A. Janca, M. Asai & N. Sartorius (red.), *Somatoform Disorders* (Vol. 3, s. 11–18): Springer Japan.
- de Waal, M. W., Arnold, I. A., Eekhof, J. A. & van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 470–476.
- Dimsdale, J. E., Creed, F., Escobar, J., Sharpe, M., Wulsin, L., Barsky, A., . . . Levenson, J. (2013). Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 223–228. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.06.033
- Mayer, E. A., Bushnell, M. C. (red.). (2009). *Functional Pain Syndromes: Presentation and Pathophysiology*. Seattle: IASP Press.
- Edwards, T. M., Stern, A., Clarke, D. D., Ivbijaro, G. & Kasney, L. M. (2010). The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. *Mental Health in Family Medicine*, 7(4), 209–221.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Eriksen, H. R., Hellesnes, B., Staff, P. & Ursin, H. (2004). Are subjective health complaints a result of modern civilization? *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(2), 122–125. doi: 10.1207/s15327558ijbm1102_9
- Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2004). Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 445–448. doi: 10.1016/s0022-3999(03)00629-9
- Escobar, J. I., Burnam, M. A., Karno, M., Forsythe, A. & Golding, J. M. (1987). Somatization in the community. *Archives of General Psychiatry*, 44(8), 713–718.

- Fink, P., Rosendal, M., Dam, M. L. & Schroder, A. (2010). [New unifying diagnosis of functional diseases]. *Ugeskrift for Laeger*, 172(24), 1835–1838.
- Fink, P. & Schroder, A. (2010). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 415–426. doi: 10.1016/j.jpsychores. 2010.02.004
- Fink, P., Toft, T., Hansen, M. S., Ornbol, 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. doi: 10.1097/PSY.0b013e31802e46eb
- Fors, E. A. (2012). *Hva er smerte* (Vol. 46). Oslo: Universitetsforlaget.
- Frances, A. (2013). The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *British Medical Journal*, 346, f1580. doi: 10.1136/bmj.f1580
- Friedberg, F., Leung, D. W. & Quick, J. (2005). Do support groups help people with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia? A comparison of active and inactive members. *The Journal of rheumatology*, 32(12), 2416–2420.
- Hannay, D. R. (1979). *The symptom iceberg : a study of community health*. London ; Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Harris, R. (2013). ACT – enkelt og greit. En innføring i aksept og *forpliktelsesterapi*.: Gyldendal Akademisk.
- Henningsen, P., Zipfel, S. & Herzog, W. Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*, 369(9565), 946–955. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60159-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60159-7)
- Henningsen, P., Zipfel, S. & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*, 369(9565), 946–955. doi: 10.1016/s0140-6736(07)60159-7
- Holtedahl, R. (2002). [The somatization patient in the modern society]. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 122(11), 1130–1132.
- Ihlebaek, C., Eriksen, H. R. & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(1), 20–29.
- Kapfhammer, H. P. (2012). [Psychopharmacological treatment in patients with somatoform disorders and functional body syndromes]. *Nervenarzt*, 83(9), 1128–1141. doi: 10.1007/ s00115-011-3446-9

- Klaus, K., Rief, W., Brahler, E., Martin, A., Glaesmer, H. & Mewes, R. (2012). The Distinction Between «Medically Unexplained» and «Medically Explained» in the Context of Somatoform Disorders. *International Journal of Behavioral Medicine*. doi: 10.1007/ s12529-012-9245-2
- Knudsen, A. K., Omenas, A. N., Harvey, S. B., Lovvik, C. M., Lervik, L. V. & Mykletun, A. (2011). Chronic fatigue syndrome in the media: a content analysis of newspaper articles. *Journal of the Royal Society of Medicine Short Report*, 2(5), 42. doi: 10.1258/shorts.2011.011016
- Kroenke, K. (2007). Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 881–888. doi: 10.1097/ PSY.0b013e31815b00c4
- Kroenke, K. & Mangelsdorff, A. D. (1989). Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *American Journal of Medicine*, 86(3), 262–266.
- Kroenke, K. & Price, R. K. (1993). Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. *Archives of Internal Medicine*, 153(21), 2474–2480.
- Leiknes, K. A. (2007). Medically unexplained symptoms and somatoform disorders: prevalence, course and comorbidity: an eleven year general population study in Norway. PhD, Oslo, University of Oslo.
- Leiknes, K. A., Finset, A., Moum, T. & Sandanger, I. (2007). Course and predictors of medically unexplained pain symptoms in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 119–128. doi: 10.1016/j.jpsychores. 2006.08.009
- Lipowski, Z. J. (1986). Somatization: a borderland between medicine and psychiatry. *Canadian Medical Association Journal* , 135(6), 609–614.
- Lipowski, Z. J. (1987). Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47(3–4), 160–167.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358–1368.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., . . .
- Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206. doi: 10.1002/wps.20057
- Mai, F. M. & Merskey, H. (1980). Briquet’s Treatise on hysteria. A synopsis and commentary. *Archives of General Psychiatry*, 37(12), 1401–1405.

- Malt, U. F., Malt, E. A., Blomhoff, S. & Refnin, I. (2002). [Functional somatic diseases—a review]. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122(14), 1379–1384.
- Malterud, K. (2002). Functional Somatic Syndromes – Understanding the patient with medically unexplained disorders – a patient-centred approach. *New Zealand Family Physician (NZFP)*, Volume 29 (6), 374–379.
- Mayou, R., Levenson, J. & Sharpe, M. (2003). Somatoform disorders in DSM-V. *Psychosomatics*, 44(6), 449–451. doi: 10.1176/appi.psy.44.6.449
- McWhinney, I. R. (1987). Health and disease: problems of definition. *CMAJ*, 136(8), 815. Meland, E. (1997). Vi intervjuer George Engel: En inspirasjonskilde til humanisme i medisinen. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 117. 568–569.
- Mufaddel, A., Osman, O. T., Almugaddam, F. & Jafferany, M. (2013). A Review of Body Dysmorphic Disorder and Its Presentation in Different Clinical Settings. *The Primary Care Companion for CNS Disorders* 15(4). doi: 10.4088/PCC.12r01464
- Nunes, J., Ventura, T., Encarnacao, R., Pinto, P. R. & Santos, I. (2013). What do patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS) think? A qualitative study. *Mental Health in Family Medicine*, 10(2), 67–79.
- Osterweis M, K. A., Mechanic D. (1987). *Pain and disability. Clinical, behavioral, and public policy perspectives*. Washington D.C.: National Academy Press
- Perley, M. J. & Guze, S. B. (1962). Hysteria—the stability and usefulness of clinical criteria. A quantitative study based on a follow-up period of six to eight years in 39 patients. *New England Journal of Medicine*, 266, 421–426. doi: 10.1056/nejm196203012660901
- Pilowsky, I. (1969). Abnormal illness behaviour. *British Journal of Medical Psychology*, 42(4), 347–351.
- Purtell, J. J., Robins, E. & Cohen, M. E. (1951). Observations on clinical aspects of hysteria; a quantitative study of 50 hysteria patients and 156 control subjects. *Journal of the American Medical Association*, 146(10), 902–909.
- Quill, T. E. (1985). Somatization disorder. One of medicine's blind spots. *Journal of the American Medical Association*, 254(21), 3075–3079.
- Regier, D. A. (2011). *The conceptual evolution of DSM-5* (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Pub.

- Reidenberg, M. M. & Lowenthal, D. T. (1968). Adverse nondrug reactions. *New England Journal of Medicine*, 279(13), 678–679. doi: 10.1056/nejm196809262791304
- Schroder, A., Rehfeld, E., Ornbol, E., Sharpe, M., Licht, R. W. & Fink, P. (2012). Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 200(6), 499–507. doi: 10.1192/bjp.bp.111.098681
- Sharpe, M. & Carson, A. (2001). «Unexplained» somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift? *Annals of Internal Medicine*, 134(9 Pt 2), 926–930.
- Sovik, O. (2001). [The concept of disease in historical and current context]. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121(22), 2624–2627.
- Speckens, A. E., van Hemert, A. M., Bolk, J. H., Hawton, K. E. & Rooijmans, H. G. (1995). The acceptability of psychological treatment in patients with medically unexplained physical symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(7), 855–863.
- Stephenson, D. T. & Price, J. R. (2006). Medically unexplained physical symptoms in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*, 23(8), 595–600. doi: 10.1136/emj.2005.032854
- Stone, L. (2013). Making sense of medically unexplained symptoms in general practice: a grounded theory study. *Mental Health in Family Medicine*, 10(2), 101–111.
- Stone, L. (2014). Mixed emotional and physical symptoms in general practice: what diagnoses do GPs use to describe them? *Primary Health Care Research & Development*, 1–7. doi: 10.1017/s1463423613000558
- Sumathipala, A., Hewege, S., Hanwella, R. & Mann, A. H. (2000). Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for repeated consultations for medically unexplained complaints: a feasibility study in Sri Lanka. *Psychological Medicine*, 30(4), 747–757.
- Tomenson, B., Essau, C., Jacobi, F., Ladwig, K. H., Leiknes, K. A., Lieb, R., . . . Creed, F. (2013). Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. *British Journal of Psychiatry*, 203(5), 373–380. doi: 10.1192/bjp.bp.112.114405
- Turk, D. C. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678–690. doi: 10.1037/0022-006x.70.3.678
- Usherwood, T. (1999.). *Understanding the consultation..* Buckingham: Open University Press

- van der Feltz-Cornelis, C. M., Knispel, A. & Elfeddali, I. (2008). Treatment of mental disorder in the primary care setting in the Netherlands in the light of the new reimbursement system: a challenge? *International Journal of Integrated Care*, 8, e56.
- van der Feltz-Cornelis, C. M., Lyons, J. S., Huysse, F. J., Campos, R., Fink, P. & Slaets, J. P. (1997). Health services research on mental health in primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27(1), 1–21.
- van der Feltz-Cornelis, C. M., van Oppen, P., Ader, H. J. & van Dyck, R. (2006). Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(5), 282–289. doi: 10.1159/000093949
- Verbrugge, L. M. & Ascione, F. J. (1987). Exploring the iceberg. Common symptoms and how people care for them. *Medical Care*, 25(6), 539–569.
- Voigt, K., Wollburg, E., Weinmann, N., Herzog, A., Meyer, B., Langs, G. & Löwe, B. (2012). Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder. A comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration. *Journal of Psychosomatic Research*. 73(5) 345–350.
- Wessely, S., Nimnuan, C. & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: one or many? *The Lancet*, 354(9182), 936–939. doi: [http:// dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)08320-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(98)08320-2)
- WHO, W. H. O. (2014). <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>. *The International Classification of Diseases 11th Revision* Retrieved 03.02.2014, 2014
- Wilhelmsen, I. & Bodtker, J. (1996). [Chronic fatigue syndrome and cognitive therapy]. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 116(13), 1615.
- Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., Russell, I. J. & Hebert, L. (1995). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis and Rheumatism*, 38(1), 19–28.
- World Health Organization. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization.