

Funktionelle lidelser og symptomer

Dilemma omkring klassifikation og begreber

Per Fink, dr.med, ph.d.

Et velkendt og meget hyppigt fænomen i vores sundhedsvæsen er patienter, der går til behandling for eller udredning for somatisk sygdom, uden at en sådan kan påvises. Vi kalder dette fænomen somatisering, medicinsk uforklarede symptomer, funktionelle symptomer eller lidelser, helbredsangst eller hypokondri og meget andet. Der hersker en udtalt begrebsmæssig og terminologisk forvirring på området. I denne artikel gives en kort gennemgang af enkelte, relevante begreber og centrale problemstillinger på området. Desuden beskrives en ny inddeling af tilstande, der præsenterer sig med funktionelle fysiske symptomer, dvs. fysiske symptomer, der ikke kan tilskrives nogen kendt ortodokst defineret somatisk lidelse. Endeligt præsenteres en mere moderne forståelse af somatiseringsbegrebet, og mulige årsagsforklaringer på funktionelle tilstande gennemgås.

Indledning

Et velkendt og hyppigt fænomen i vores sundhedsvæsen er patienter, der går til behandling for eller udredning for somatisk sygdom, uden at en sådan kan påvises. Dette fænomen kaldes ofte somatisering. Forfatteren til denne artikel har igennem de sidste ca. 20 år forsket i dette fænomen, haft patienter med somatisering i behandling og har undervist læger og andre faggrupper i somatisering. Et problem, som jeg igen og igen støder på, er den udtalte begrebsmæssige og terminologiske forvirring, der

hersker på området. Dette vanskeliggør formidlingen og bevirker, at en artikel eller en samtale altid må indledes med, at de forskellige begreber først defineres. Dette er nødvendigt for at sikre, at man forstår det samme ved begreberne eller i det mindste er klar over, at modparten anvender en anden betegnelse end én selv.

Der bringes konstant nye tanker og forståelser på banen, specielt i den mere humanistisk prægede litteratur, som har været ret fremherskende på området. I denne tradition forsøger man at nå frem til en begrebsafklaring og forståelse af fænomenet igennem argumentering og sammenligning af forskellige synspunkter. Denne praksis kan være nødvendig, men når det kommer til behandling af konkrete patienter, er det nødvendigt med et praktisk orienteret begrebsapparat. I den stringente og praktisk orienterede lægelige tankegang søger man derfor efter 'evidens', man ønsker et begrebsapparat baseret på empiriske data, dvs. undersøgelser, der inkluderer patienter, og som følger en bestemt videnskabelig metode. Der findes en meget omfattende litteratur på området, men meget lidt, der ud fra et lægeligt praktisk synspunkt, indeholder brugbar viden. Denne artikel skal derfor ikke ses som en litteraturgennemgang eller som en balanceret beskrivelse af forskellige opfattelser eller retninger, idet dette ville kræve en omfattende, selvstændig afhandling. Jeg vil derimod tage et lægeligt / lægevidenskabeligt udgangspunkt og ser det som et af formålene med artiklen at formidle en sådan forståelse også til andre faggrupper.

Der er aktuelt en international proces i gang, der skal føre til en revision af vores diagnosesystemer (ICD-11 og DSM-V). Der er i den forbindelse en intens diskussion blandt forskere på området, og der har været afholdt møder med diskussion af emnet. Dette har afdækket en stor uenighed, og det er derfor vanskeligt at formidle denne diskussion. Aktuelle artikel kan også opfattes som et indlæg i denne debat.

På grund af begrebsforvirringen på området vil jeg indlede med en kort gennemgang af enkelte relevante begreber og centrale problemstillinger. Jeg vil ikke komme ind på obsolete betegnelser som f.eks. hysteri og psykosomatiske lidelser, men for en historisk gennemgang kan der henvises til Fink (Fink 1996, Fink 2003). Jeg vil herefter forsøge at afklare og skitsere en mere moderne forståelse af fænomenet.

Terminologi og begreber

Der er 2 hovedproblemstillinger, der går igen i litteraturen, og som afspejles i terminologien. For det første om somatisering er en sygdom hos individet, eller om

det er betegnelsen for en proces, hvor også individuafhængige faktorer medinddrages. For det andet om det er en psykisk eller en somatisk lidelse. Helt indtil starten af 1900-tallet med fremkomsten af psykoanalysen blev hysteri og hypokondri opfattet som en sygdom, dvs. individbundet. Man mente, at hysteri skyldtes en sygdom i livmoderen (heraf navnet, hystera = livmoder) og tilsvarende, at hypokondri skyldtes en sygdom i den sorte galde (Fink 1996), dvs. somatiske lidelser. Man kan sige, at soma-psyke problemstillingen er affødt af vores klassifikationssystem. I den ældre psykiatriske tradition for sygdomsklassifikation anvendte man en ætiologisk (årsagsmæssig) klassifikation, dvs. man navngav diagnoserne efter årsagen eller den formodede årsag. Hysteridiagnosen er ovenfor nævnt som eksempel. Med fremkomsten af den amerikanske psykiatriske klassifikation DSM-III forsøgte man at rydde alle ætiologiske diagnoser ud, idet årsagssammenhænge ofte var udokumenterede og spekulative. Ved enkelte diagnoser er årsagen dog så veldokumenteret, at man bibeholdt den ætiologiske klassifikation. Man indførte i stedet en deskriptiv og dermed årsagsneutral klassifikation, hvor primært symptomer og sygdomsbilledet dannede grundlag for sygdomsklassifikationen. Man har dog ikke været helt konsekvent i beskrivelser og sprogbrug, og dette sammenholdt med den relative sparsomme forskning på området kan være en medvirkende årsag til, at det endnu ikke er lykkedes helt at ændre tænkningen på området. Soma-psyke problemstillingen spiller derfor fortsat en rolle på trods af at moderne forskning viser, at det er vanskeligt at opretholde denne dikotomi.

Somatisering

Som process

Betegnelsen stammer oprindeligt fra psykoanalysen, hvor den anvendes om den ubevidste proces, hvormed emotionelle spændinger og konflikter kommer til udtryk i fysiske symptomer.

I en nyere definition defineres somatisering som:

“A process whereby a physician and / or a patient or family focuses exclusively and inappropriately on the somatic aspects of a complex problem” (McDaniel 1989).

Det ses her, at begrebet udvides til ikke kun at dække den indre proces i individet som i den psykodynamiske forståelse, men også den behandlingsmæssige og sociale proces og sammenspillet mellem disse. Ud fra denne definition kan somatisering forekomme uden personens aktive medvirken, f.eks. den autoritetstro patient der sendes fra en læge til en anden og fra en undersøgelse til en anden, uden der er fagligt grundlag for det.

Endeligt har somatisering som proces været operationaliseret som en somatiseret depression eller angstlidelse, dvs. at patienten ifølge lægen går til læge pga. af fysiske symptomer, men som ved nærmere undersøgelser viser sig at skyldes en angstlidelse eller en depression (Morriss 1998). Man kan diskutere, om dette fænomen ikke nærmere skyldes, at lægen har manglende kendskab til, at veldefinerede psykiske lidelser kan præsentere sig med fysiske symptomer, og at det således mere drejer sig om dårlig lægekunst end et problem hos patienten.

Som sygdom / diagnose

Fra 1960'erne forsøgte man at ændre meningen af betegnelsen til en rent empirisk deskriptiv betegnelse for det fænomen, at patienten præsenterer medicinsk uforklarede fysiske symptomer (MUS), dvs. som en sygdomsbetegnelse og uden antydning af årsagen til symptomerne.

I 1980'erne blev betegnelsen *somatiseringstilstand* (somatization disorder) indført i DSM-III og ICD-10 under hovedgruppen af somatoforme tilstande som en specifik diagnose for patienter med multiple, medicinsk uforklarede symptomer fra flere organsystemer af mindst 2 års varighed.

Et hovedproblem ved betegnelsen somatisering er, at den historisk altid vil være tæt forbundet med psykoanalysen og dermed implicit indikerer, at problemet har en psykisk årsag. Det er derfor aldrig lykkedes at ændre betydningen af betegnelsen til noget rent deskriptivt.

Somatoforme tilstande

Somatoforme tilstande er en overordnet betegnelse for gruppen af psykiske sygdomme, der primært kommer til udtryk ved fysiske symptomer, som blev introduceret med fremkomsten af DSM-III (den amerikansk-psykiatriske klassifikation) og senere ICD-10 (WHO klassifikationen af sygdomme). Udover somatiseringstilstand drejer det sig i hovedtræk om hypochondriasis, somatoform smertetilstand og dissociative- eller konversionstilstande.

Medicinsk uforklarede symptomer

Betegnelsen medicinsk uforklarede symptomer er den hyppigst anvendte betegnelse igennem de senere år og blev introduceret som en ren deskriptiv og årsagsneutral betegnelse i en erkendelse af, at det aldrig fuldt ud er lykkedes at ændre meningen af somatiseringsbetegnelsen til en årsagsneutral betegnelse (Mayou 1991).

Betegnelsen har den ulempe, at den indikerer, at fænomenet er en udelukkesdiagnose, der først anvendes, når alle somatiske lidelser er udelukket. Endvidere har moderne neuroimaging-teknikker og biofysiologiske målinger antydning, at der findes et neuro-fysiologisk / -biologisk grundlag for disse tilstande, hvorfor betegnelsen er misvisende. Endeligt er der en tilbøjelighed til konkludere, at hvis symptomerne ikke er medicinsk forklarede, så må det være noget psykisk, og dermed er udtrykket ikke længere neutralt. Der er internationalt ret bred enighed om, at man bør arbejde på at få denne betegnelse ud af det faglige sprogbrug.

Funktionelle lidelser og symptomer

Betegnelsen *funktionelle lidelser eller sygdomme* har været anvendt gennem de sidste 150 år, især i neurologien. Betegnelsen har omfattet både forstyrrelser i kroppens funktion uden organisk (medicinsk/kirurgisk) årsag og forstyrrelser af tanke-mæssig eller følelsesmæssig art, som f.eks. lammelser, der skyldes, at personen har været udsat for et voldsomt psykisk traume.

Betegnelsen er ikke ideel men at foretrække frem for de andre foreslåede, idet navnet, i modsætning til f.eks. somatiseringsbetegnelsen, ikke antyder en spekulativ årsagssammenhæng men er neutralt. Samtidig er betegnelsen ikke stigmatiserende i forhold til patienten (Stone 2002).

Funktionelle lidelser eller sygdomme kan defineres som tilstande, hvor patienten klager over fysiske symptomer, der volder individet besvær, bekymring eller får personen til at gå til behandler, men som ikke kan tilskrives nogen kendt klassisk defineret somatisk lidelse (Fink 2003). Tilsvarende kan *funktionelle symptomer* defineres som symptomer, der ikke kan tilskrives nogen kendt og traditionelt defineret somatisk sygdom.

Funktionelle somatiske syndromer

Der anvendes i litteraturen endvidere en lang række syndrombetegnelser som f.eks. fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom (CFS) og 'multiple chemical sensitivity'.

Disse såkaldte *funktionelle somatiske syndromdiagnoser* bygger alene på subjektive klager og ikke objektive / parakliniske fund. Deres årsag er ukendt, og klinisk er det ikke muligt at skelne dem fra de øvrige funktionelle / somatiserende tilstande (Wesseley 1999, Barsky 1999, Aaron 2001). Det er derfor nærliggende at opfatte dem som tilhørende somatiseringsspektret.

Psykisk eller somatisk lidelse

Krop-sjæl dualismen har været et centralt filosofisk tema, siden Descartes introducerede en skelnen mellem den maskinlignende krop og det tænkende jeg, sjælen. Temaet er fortsat dominerende på trods af, at der både klinisk, i forskningen og i moderne klassifikationssystemer er sat et stort spørgsmålstejn ved denne skelnen. F.eks. skrives der i indledningen til DSM-IV klassifikationen af psykiske lidelser

“...the term mental disorder unfortunately implies a distinction between ‘mental’ disorders and ‘physical’ disorders that is a reductionistic anachronism of mind/body dualism. A compelling literature documents that there is much ‘physical’ in ‘mental’ disorders and much ‘mental’ in ‘physical’ disorders. The problem raised by the term ‘mental’ disorder has been much clearer than its solution, and, unfortunately, the term persists in the title of DSM-IV because we have not found an appropriate substitute” (DSM-IV 1994, s. xxi.)

Soma-psyke problematikken kan anskues fra fire synsvinkler, nemlig en ætiologisk, én ud fra symptomer, én ud fra behandling og endelig én ud fra patientens egen opfattelse.

Sygdomme bliver inddelt i psykiske og i somatiske lidelser ud fra en *ætiologisk betragtning* om, at psykiske sygdomme opstår i psyken og somatiske i kroppen. Denne skelnen er dog problematisk, idet mange af de sygdomme, vi kalder psykiske, og som fremtræder med emotionelle symptomer, har et klart organisk grundlag (f.eks. demens, delirium) eller et formodet organisk eller pato-fysiologisk grundlag (f.eks. manio-depressiv lidelse). Modsvarende kan der være et væsentligt psykisk element i en somatisk lidelses opståen. Det kan være direkte, f.eks. forhøjet blodtryk ved stress, eller indirekte, f.eks. skrumpelever efter alkoholmisbrug. Der har gennem flere år været forsket intensivt i at afdække de mekanismer, der medierer psykiske processers indflydelse på somatiske lidelser. Interessen samler sig om de tre retninger; psyko-endokrinologi, psyko-immunologi og psyko-neurofysiologi. Resultaterne er endnu sparsomme, men det kan konkluderes, at en skarp skelnen

mellem psyken eller centrale processer (dvs. hjernen) og kroppen ikke er mulig eller giver mening, idet psyken og kroppen er tæt integrerede. En tanke eller følelse kan ikke opstå, uden at det vil afspejle sig i et biologisk system i hjernen og kan ses på en PET hjernescanning.

Symptomer bliver på samme måde som sygdomme inddelt i fysiske og psykiske symptomer, men er dette muligt? Symptomer, som vi sædvanligvis kalder fysiske, kan være særdeles hyppige og prominente ved psykiske lidelser. Symptomer som træthed, vægttab, nedsat motorik er f.eks. hyppige ved depressioner. Og hjertebanken og uro i kroppen er hyppige symptomer ved angst. Omvendt er emotionelle symptomer hyppige og kan være helt dominerende ved somatiske lidelser, f.eks. nedtrykthed, sårbarhed og irritabilitet ved influenza eller træthed, sløvhed og depression ved for lavt stofskifte, psykoser ved forstyrrelser i calciumstofskiftet etc. Symptomer som træthed, søvnbesvær, vægttab, smerter etc. er så uspecifikke, at det er svært at afgøre, om de bør grupperes som psykiske eller fysiske.

Ud fra klassifikation der bygger på en mere fænomenologisk tankegang, kan symptomerne inddeles i *subjektive symptomer*, som er sensationer og andre klager, f.eks. smerter og føleforstyrrelser, der ikke kan verificeres af en anden person eller ved diverse undersøgelsesmetoder og i *objektive symptomer*, som er patientens observationer på sit legeme og dets produkter f.eks. blod i urinen eller et sår. Objektive symptomer er således, modsat de subjektive, verificerbare. Subjektive symptomer kan derfor opfattes som psykologiske fænomener, idet det er subjektive personlige oplevelser, som ikke kan måles eller verificeres af andre. Dette indebærer tillige, at de er underlagt en psykologisk bearbejdning.

Kliniske fund ved den objektive lægelige undersøgelse kan inddeles i *provokerede fund*, dvs. subjektive symptomer som ømhed ved tryk eller sensibilitetsforstyrrelser, der først bemærkes af patienten ved den lægelige objektive undersøgelse og i *sikre fund*, som kan være objektive symptomer, der verificeres, men også fænomener som patienten ikke har bemærket som f.eks. en udfyldning i maven eller en hjertemislud. Provokerede fund er således ikke objektive observationer, selv om de ofte opfattes sådan men derimod subjektive symptomer, der fremkommer under den 'objektive' lægelige undersøgelse.

Der kan skelnes mellem psykiske og somatiske lidelser ud fra *patientens egen forståelse* af sin sygdom (se også artikel ved Lisbeth Frostholt). Patienten opbygger altid en egen opfattelse, der bygger på patientens kulturelle kontekst, viden og påvirkninger, herunder påvirkninger fra læger. Patientens opfattelse kan være markant forskellig fra den lægelige opfattelse. Alle mennesker bliver massivt påvirket

af informationer, som kan være modstridende, og patienten må vælge en bestemt opfattelser ud af flere mulige. Problemet med uoverensstemmelse mellem den lægelige forståelse og lægmand forståelsen opstår ofte, fordi patienten ikke føler, at den lægelige forklaring giver mening og/eller forklarer generne. De "organiserer" (Balint 1965) derfor deres sygdomme i en for dem mere meningsfyldt forståelsesramme. Fysiske symptomer kan derfor organiseres som 'fysisk sygdom', og sygdomme med emotionelle symptomer som 'psykisk lidelse'. På engelsk skelner man mellem 'illness', som er *patientens egen subjektive opfattelse* af at være syg og 'disease' eller 'disorder', som er objektive verificerbare sygdomme, dvs. sygdomme med verificerbare forandringer eller et velkendt klinisk billede. Det dansk sprog besidder ikke denne vigtige nuance.

Endelig kan sygdomme inddeles i psykiske og somatiske ud fra, hvorvidt de behandles efter en psykiatrisk eller somatisk *behandlingsmetode*. Klassifikationen af en blindtarmsbetændelse som somatisk og en angstneurose som psykisk er vigtig, fordi det påvirker *valget af behandling*. Blindtarmsbetændelse behandles bedst med kirurgiske behandlingsmetoder, hvorimod psykiske lidelser behandles bedst med psykiatriske metoder. Denne inddeling er meningsfyldt, idet den har store praktiske konsekvenser med hensyn til behandlingen.

Ud fra en behandlingsmæssig synsvinkel synes der ikke at herske tvivl om, at de funktionelle tilstande er psykiatriske lidelser, idet psykiatriske/psykologiske behandlingsmetoder er de eneste, der har dokumentere effekt.

Stigmatisering

Et af problemerne ved inddelingen i somatiske og psykiske lidelser er, at mange finder det stigmatiserende af få en psykiatrisk diagnose. Holdningen er desværre udbredt i samfundet og blandt læger.

At psykiske lidelser opfattes stigmatiserende kan føres tilbage til religiøse eller mere primitive forestillinger om årsagen til sygdom. Disse opfattelser er stadigvæk underliggende temaer i samfundet i dag, hvilket bl.a. afspejler sig i, at alternative behandlingsmetoder er populære også i dag (Fink 1996, Fink 1997). Indtil den sene middelalder opfattede man i den vestlige verden al sygdom som gudsstraf eller forårsaget af hekse eller besættelser. Sygdom var dermed ikke et lægeligt men et religiøst anliggende. Med fremkomsten af den moderne lægevidenskab og dennes mange landvindinger ændredes denne opfattelse sig gradvist i befolkningen. Holdningen ændredes først for lidelser, hvor en klar årsagssammenhæng var åbenbar for enhver, dvs. somatiske lidelser med klare objektive på-

viselige fund. For psykiske lidelser har den ændrede opfattelse haft vanskeligere ved at slå igennem.

Disse holdninger til sygdomme afspejler sig i lovgivningen og i vores samfund. F.eks. kan en patient, der er invalideret af muskelsvind få bevilget døgnhjælp, hvorimod patienten med svær skizofreni, på trods af funktionsmæssigt at være lige så handicappet, ikke kan få nær den samme hjælp. Patienter med funktionelle lidelser kan møde den holdning fra sagsbehandlere, at de ikke er rigtigt syge og blot skal tage sig sammen og komme i gang. De har svært ved at opnå pension. Det kan derfor ikke undre, at patienterne kæmper for, at deres lidelser anerkendes, dvs. at de får påhæftet en somatisk diagnose.

Klassifikation

Klassifikation er et af fundamentene for akademisk tænkning. At danne begreber og klassificere er en almenmenneskelig måde at organisere information på, dvs. den universelle kognitive proces, som gør os i stand til at huske og forstå informationer. En klassifikation indebærer en erkendelse af ligheder og forskelle mellem ting, organismer, koncepter, aktiviteter mv., og at disse inddeles i nogle grupper på basis af disse relationer. En god klassifikation skal gøre det muligt at opsummere informationer i bundter, som kan beskrives i simple termer, som f.eks. en diagnose.

En klassifikation er også heuristisk, idet den gør det muligt at generere nye hypoteser og at teste dem videnskabeligt, f.eks. at et bestemt sygdomsbillede er forårsaget af en bestemt virus. Et mere omstridt aspekt af videnskabelige klassifikationer er, at de ofte antages at reflektere nogle mere fundamentale naturlige processer og lovmæssigheder ved sygdom f.eks. den antagelse, at smerter altid skyldes vævsforandringer eller pato-fysiologiske processer.

Moderne lægevidenskab bygger på Hippokrates' grundtese om, at det er lægens pligt altid at forsøge at finde sædet for eller årsagen til en lidelse, fordi kun herved kan man yde den optimale behandling. Som følge heraf tilstræber man primært at klassificere sygdomme efter årsag. Problemet er dog, at ved mange sygdomme kender man ikke årsagen. I de tilfælde hvor årsagen ikke er kendt, forsøger man i stedet at klassificere efter fælles karakteristika, dvs. primært efter symptombilledet. Dette ud fra tesen om at symptomer, der optræder sammen, må have fælles årsag, og ved at samle patienter under en fællesnævner er det muligt at identificere denne årsag og/eller at finde en behandling for tilstanden.

Et af hovedproblemerne i en klassifikation af subjektive symptomer og provokerede fund, dvs. symptomer der ikke understøttes af verificerbare fund, er, at de er

påvirkelige af psykologiske og andre faktorer, hvilket kræver særlige hensyn hvad angår klassificering. Det kræver større grupper af personer, som ikke i forvejen er udvalgt, fordi de er blevet indlagt på en bestemt type afdeling, eller som har søgt læge pga. af et bestemt symptom. De mange funktionelle syndromer, der er fremkommet, kan forklares ud fra bl.a. sådanne simple metodologiske fejl. Sagt med andre ord; diagnosen er i disse tilfælde mere afhængig af, hvilken læge patienten har mødt eller hvilken afdeling, de er blevet indlagt på, end hvad de fejler.

Diagnoseinddeling

Der er således et udtalt behov for et bredt anerkendt, praktisk anvendeligt og ikke-stigmatiserende klassifikationssystem.

Der er principielt 3 forskellige grundlæggende forklarings modeller for somatiseringsfænomenet; 1) individet er plaget af fysiske symptomer og/eller en stærk overdreven bekymring for at være syg, uden at der ved tilbundsgående undersøgelser kan stilles en diagnose på en ortodokst defineret somatisk lidelse, eller 2) patienten bliver af omgivelserne, dvs. primært lægen, vedholdende og fejlagtigt mistænkt for at have en somatisk lidelse og bliver derfor vedholdende undersøgt og forsøgt behandlet, 3) personen simulerer bevidst og overlagt en sygdom for at opnå en eller anden fordel. Den sidste gruppe bliver sædvanligvis ikke betragtet som hørende til somatiseringsspektret og vil ikke blive behandlet yderligere i denne artikel. Problemstillingen nævnt under punkt 2 kunne klassificeres som 'iatrogen' sygdom, dvs. lægelig skabt sygdom, men idet fænomenet er bundet til en proces og ikke er et karakteristikum hos individet, kan fænomenet ikke danne grundlag for en diagnose.

I tabel 1 er en ny diagnoseinddeling angivet for patienter, der præsenterer funktionelle fysiske symptomer (Fink 2005), dvs. det under punkt 1 nævnte fænomen.

'Normale sensationer eller symptomer' er symptomer, som ikke giver mistanke om sygdom, og som ikke har betydende indflydelse på personens funktionsniveau og velbefindende. Patienten kan alligevel søge læge for sådanne banale klager, fordi han eller hun ønsker at få lægens vurdering af, om det drejer sig om sygdom, eller om det ligger inden for det normale. Lægeligt set kaldes det *helbredstjek eller rådgivning*.

Ved 'naturlig belastnings- /stress reaktion' drejer det sig om naturlige reaktioner på psykologiske traumer eller belastninger, som alle mennesker kommer ud for, som f.eks. dødsfald i familien, skilsmisse, sygdom, tab af job mv. Det kan

	Kategori
A. let	Helbredstjek eller rådgivning
B. let	Naturlig stress- /belastningsreaktion*
C. moderat	Udifferetieret stress/belastningsreaktion Tilpasningsreaktion*
Differentierede lidelser	
D. svær	Funktionel somatisk distress disorder
E. moderat - svær	Hypochondriasis eller Helbredssangst
F. svær	Dissociativ tilstand eller forstyrrelser
G. svær	Factitious Disorder og Münchhausen's syndrom
H.	Anden funktionel lidelse
I. moderat - svær	Fysiske symptomer ved anden psykisk lidelse (f.eks. depression og angst)
J.	Sygdomsbekymring, sygdomsaggravning, patologisk sygdomsadfærd ved somatisk lidelse

Tabel 1: Klassifikation af patienter der præsenterer funktionelle fysiske symptomer.

være klager spændende over et bredt spektrum af uspecifikke fysiske, kognitive og emotionelle symptomer. Der er stor forskel på, hvordan mennesker reagerer på belastninger, og reaktionerne kan være meget voldsomme, uden at det bør opfattes som patologisk. Hvis reaktionen overstiger det forventelige set i lyset af det psykologiske traume, eller såfremt personen ikke kommer over det igen inden for en rimelig tidshorisont, bør en psykisk lidelse overvejes.

'Ved udifferentieret stress-, belastnings- eller tilpasningsreaktion' klager patienten over forskellige uspecifikke fysiske, emotionelle eller kognitive symptomer. Tilstanden eller reaktionen overstiger i sværhedsgrad det normale men har ikke en sværhedsgrad eller karakter, der medfører, at patienten har en mere differentieret psykisk lidelse.

Besværet medfører en betydelig påvirkning af det sociale og arbejdsmæssige funktionsniveau, eller forringelsen af livskvaliteten overstiger det forventelige set i lyset af en eventuel belastning eller et psykologisk traume. Tilstanden er som regel forbigående, men der kan i nogle tilfælde være mere vedholdende og kroniske klager evt. med svingninger over tid.

'Funktionel somatisk distress disorder' er karakteriseret ved, at patienten præsenterer multiple funktionelle kropslige symptomer. Patienterne kan klage over ethvert fysisk symptom fra ethvert organsystem. Hidtil har funktionelle tilstande eller

somatoforme tilstande være defineret som en udelukkelsesdiagnose, dvs. at man ikke kan finde en veldefineret somatisk lidelse som forklaring på symptomerne. Nyere forskning tyder dog på, at der er et biologisk grundlag ved funktionelle lidelser, og at der kan opstilles positive diagnostiske kriterier.

I en ny undersøgelse af funktionelle symptomklager blandt 987 medicinske, neurologiske og almen praksis patienter blev symptommønstret analyseret, og der kunne opstilles positive diagnostiske kriterier for '*funktionel somatisk distress disorder*' underinddelt i en moderat og en svær form (Fink 2006). Såfremt patienten har 3 eller flere 1) kardiopulmonale eller autonome symptomer (så som hjer-tebanken, åndenød, hyperventilering, synkebesvær), 2) abdominale symptomer (så som abdominale smerter, diarré, kvalme, oppustethed), 3) muskuloskeletale symptomer (så som smerter i arme og ben, ledsmerter, følelse af lammelse eller svaghedsfølelse) eller 4) uspecifikke kognitive/fysiske symptomer (som hovedpine, træthed, koncentrationsbesvær, hukommelsesbesvær og svimmelhed) opfylder de kriterierne for en funktionel somatisk distress disorder. Hvis de har 3 eller flere symptomer fra alle 4 grupper lider de af svær '*funktionel somatisk distress disorder*'.

Betegnelsen omfatter i forhold til ICD-10 og DSM-IV somatoform lidelse, udiferentieret somatoform lidelse, smertelidelse og herudover kronisk træthedssyndrom og andre funktionelle somatiske syndromer.

'Helbredsangst eller Hypochondriasis' forekommer hyppigt både blandt kvinder og mænd. Sygdommen er karakteriseret ved, at patienten i overdreven grad bekymrer sig om at fejle noget somatisk eller om risikoen for at pådrage sig en sygdom, eller i overdreven grad er optaget af en kropslig defekt eller udseendet. Patienten præsenterer ikke nødvendigvis fysiske symptomer (Fink 2004).

'Dissociative (konversions) tilstande' er lidelser, hvor patienten præsenterer medicinsk uforklarede symptomer, der leder tanken hen på en neurologiske lidelse, dvs. pseudoneurologiske symptomer. Det kan dreje sig om lammelser, føleforstyrrelser, blindhed eller kognitive symptomer som f.eks. uforklaret subjektivt hukommelsestab. Dissociative tilstande opstår pludseligt i forbindelse med en, i personens øjne, voldsom psykologisk belastning.

Forbigående tilfælde er formodentligt meget hyppige, og ved katastrofer og større traumer kan selv psykisk stabile og tidligere raske personer reagere med dissociative symptomer. Tilstanden er i de fleste tilfælde kortvarig og bedres

spontant, også uden behandling. En forudsætning for en diagnose er, at et udløsende psykisk traume kan identificeres.

'Factitious disorder og Münchhausen's syndrom' ('selvopført sygdom'). Disse patienter kan med fuldt overlæg simulere en sygdom eller påføre sig selv sig en sygdom eller skader, f.eks. infektioner, forgiftninger eller hypoglycæmi ved at injicere insulin. Hos *simulanter* er der altid et alment forståeligt motiv for adfærden, f.eks. økonomisk gevinst eller for at undgå retsligt ansvar, selv om det kan være svært at få dette frem i lyset. Ved *'factitious disorder'* har patienter derimod ikke et for andre mennesker forståeligt motiv for deres adfærd. *'Factitious disorder'* og *'Münchhausen's syndrom'* er relativt sjældent, men patienterne vækker ofte en betydelig modvillighed blandt behandlere og personale, og de behandles derfor dårligt. Gruppen er omtalt her, idet de ofte forveksles med de øvrige somatoforme / funktionelle tilstande. Et berømt eksempel på *'factitious disorder'* er *'Synålejomfruen'*, som er et velbeskrevet sygdomstilfælde fra det 19. århundrede. Man opererede igennem en årrække talrige synåle ud af kroppen på denne unge kvinde, og hun præsenterede også mange andre naturstridige fænomener. Læger fra hele Europa valfartede til København for at studerede dette interessante tilfælde, indtil det blev afsløret, at sygdommen var overlagt selvtilføjet. Sygehistorien er bl.a. beskrevet af K. Michelsen (Michelsen 1984), som i sin analyse af tilfældet dog begår den klassiske fejl ikke at skelne mellem *'factitious disorder'* og andre funktionelle tilstande.

'Fysiske symptomer ved anden psykisk lidelse' ('fakultative somatisering'). Ved de fleste psykiske lidelser er fysiske symptomer en prominent del af sygdomsbilledet, og det er hyppigst de fysiske symptomer, der primært bringer patienten til læge og ikke de emotionelle symptomer. Med undtagelse af nogle psykotiske paranoide tilstande vil patienten acceptere, at det drejer sig om en psykisk lidelse, når den korrekte diagnose stilles, og de fysiske symptomer og klager vil forsvinde, når den psykiske lidelse behandles.

'Sygdomsbekymring, sygdomsaggravering og patologisk sygdomsadfærd ved somatisk lidelse'. Patienter i denne gruppe har en verificerbar somatisk lidelse, men der er en diskrepans mellem det subjektive besvær, patientens bekymring, funktionsniveau, behandlingseffekt og sværhedsgraden af lidelsen - bedømt ud fra biomedicinske data. Det kan ofte være vanskeligt at afgøre, om patienten har en somato-

form lidelse, idet patienten kan have inkorporeret symptomerne fra sin somatiske lidelse i sin somatisering.

Årsagen til funktionelle lidelser - en moderne forståelse.

I det følgende vil vi prøve at se på mulige årsager til funktionelle lidelser. Den grundliggende årsag til funktionelle lidelser og syndromer er ukendt men er formentlig multifaktoriel.

Somatisering som noget normalt, ikke-sygeligt

Der er nogle, der opfatter tilstanden ikke som sygdom men som normalitet, dvs. at miseren er, at patienten mistolker normale kropslige sensationer og tilskriver dem sygdom. Ud fra denne opfattelse forsøger man at 'normalisere' tilstanden, dvs. når patienter kommer til læge, forsøger lægen at overbevise patienten om, at det ikke er noget sygeligt men noget helt naturligt (Dowrick 2004). Denne behandling er korrekt ved de lette tilstande beskrevet i tabel 1, men opfattelsen er forkert og medfører fejlbehandling ved de alvorligere tilstande, hvor der ikke bør herske tvivl om, at det drejer sig om en sygelig tilstand.

Somatisering som en proces

Somatiseringsbetegnelsen kan have en vis berettigelse, også i dag, som betegnelsen for en proces svarende til McDaniel's definition (McDaniel 1989) (se s. 3). Det er i disse tilfælde ikke nødvendigvis patienten, der somatiserer men mere omgivelserne, herunder specielt behandlerne. Læger er tilbøjelige til primært at forfølge organiske forklaringer og kun i mindre grad andre forklaringer, hvilket kan medføre en iatrogen forstærkning af sygdomsadfærden eller medføre en fejldiagnose, f.eks. at lægen mistolker symptomerne fra en angstlidelse som værende forårsaget af en hjertesygdom. De funktionelle syndromdiagnoser, som f.eks. fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom og duftoverfølsomhed, kan ligeledes opfattes som udtryk for somatisering, idet de alene opstår pga. oplagt metodologisk fejl, hvor man forsøger at applicere nogle metoder og sygdomsmodeller, der ikke er anvendelige på dette fænomen. Til lige har man en enøjet fokusering på et snævert somatisk aspekt af problemet.

Der er forskellige årsager til dette, men det vil føre for vidt at komme ind på her og der henvises til andetsteds (Fink 2003, Fink 1997).

'*Sociale faktorer*', herunder familieforhold, kan også være medvirkende til, at patienten fastholdes i sygerollen. Der kan i enkelte tilfælde også være mere økonomisk prægede motiver involveret, f.eks. at patienten ønsker en pension eller at få udbetalt en forsikring. Ved funktionelle syndromer er det vist, at medlemskab af en patientforening er forbundet med en negativ prognose.

Som en sygdom

Diagnoseinddelingen i tabel 1 er rent deskriptiv og empirisk baseret med hensyn til de differentierede tilstande. Dvs. at diagnoserne ikke indeholder overvejelser omkring årsag bortset fra de dissociative tilstande, hvor det kræves, at en svær psykisk belastning eller et traume kan identificeres. Derimod antyder navnene en årsagssammenhæng ved de lettere, udifferentierede tilstande i form af, at det drejer sig om stress/belastninger, tilpasning eller 'naturlige' reaktioner. I praksis anvendes tilpasningsreaktionsdiagnosen dog ofte som en rent deskriptiv diagnose, dvs. man stiller diagnosen ud fra de symptomer, som patienten klager over, og uden at man er sikker på, at vedkommende rent faktisk er belastet/stresset, eller om der har været væsentlige livsbegivenheder, som personen reagerer på. Dette skyldes, at der ikke er andre muligheder for at klassificere personer med omfattende besvær som ikke opfylder kriterierne for en sværere sygdom.

I klassifikationen i tabel 1 er der 2 hovedtyper af dimensioner; 1) fysiske symptomer og 2) kognitioner /emotionelle symptomer. I det følgende vil jeg koncentrere mig om disse. Dvs. at 'simulering', 'factitious disorder' og 'Münchhausen's syndrom', hvor der er andre patologiske mekanismer i spil, ikke vil blive omtalt yderligere, og ligeledes vil jeg se bort fra de dissociative tilstande.

Kognitiv forvrængning og symptom forstærkning.

Forstærkning af og øget opmærksomhed på kropslige symptomer og sensationer er ligesom 'optagethed af sygdom' blevet foreslået som grundmekanisme ved hypokondri / helbredsangst (DSM-IV 1994, Barsky 1979). Kognitiv forvrængning kan således både være med hensyn til symptomer, der skyldes en organisk, veldefineret lidelse (f.eks. en infektion eller et sår) eller skyldes normale kropslige sensationer. Evnen til at monitorere og validere kroppens funktioner og tilstande er en fylogenetisk livsvigtig menneskelig, der har til formål at sikre individets over-

levelse. Det er denne evne, der sikrer, at vi håndterer kroppen, sygdom og skader på en hensigtsmæssig måde, f.eks. søger vi læge, eller vi lægger os i sengen. Hypokondri eller helbredsangst kan ses som sygdom i dette system. Dette indebærer, at der nødvendigvis også må være en organisk pendant i centralnervesystemet, men vi kender meget lidt til dette.

Den samme mekanisme har også været foreslået ved andre funktionelle tilstande. Problemet her er, at de somatoforme tilstande er dårligt definerede, hvorfor det ofte er usikkert, hvilken type lidelse der har været undersøgt for. Med andre ord, det som én forfatter kalder hypokondri, vil af en anden blive klassificeret som en somatiseringstilstand og vice versa. Der er for nyligt fremkommet nogle mere præcise diagnosekriterier for hypokondri eller helbredsangst, som tyder på, at de nævnte kognitive forværringer ikke kun findes ved hypokondri / helbredsangst men også ved andre funktionelle lidelser. Det, der i stedet adskiller tilstandene, er bl.a. 'rumination', dvs. det at patienten ikke kan slippe tanken om at fejle noget alvorligt igen, når den først er opstået (Fink 2004).

De kognitive og emotionelle mekanismer ved funktionelle tilstande er meget vigtige behandlingsmæssigt, idet kognitiv terapi er en af de få behandlingsmetoder, der indtil videre har vist effekt. De kognitive forstyrrelser er nærmere omtalt i artiklen af L. Frostholt.

Kropslig reaktion på stress eller belastninger

Fysiske symptomer kan ses som en basal måde, hvorpå mennesket kan reagere på belastning eller stress, på samme måde som nogle reagerer med at blive deprimerede eller angste.

Forskellige uspecifikke faktorer, som funktionelle lidelser har til fælles med andre psykiske lidelser, spiller derfor ind som prædisponerende eller ætiologiske faktorer sammen med personens generelle sårbarhed. Formodede mere specifikke faktorer er fysisk eller seksuelt misbrug som barn, og at en af forældrene har haft en funktionel lidelse. Den familiemæssige transmission kan skyldes indlæring, men meget tyder på, at der er en betydelig genetisk faktor.

Hvorfor nogle mennesker reagerer med nedtrykthed og andre reagerer mere fysisk vides ikke.

Som det er tilfældet ved angst og depression, kan en stressor eller en belastning ikke altid identificeres, og man kan forestille sig, at sygdommen skyldes en defekt i det biologiske system, der aktiverer den fysiske respons. Det ses at ud fra denne teori, at det er absurd at tale om, at der ligger en depression eller angstlidelse bag-

ved somatiseringen. Symptomerne er reelt tilstede, og det giver derfor heller ikke mening at tale om 'indbildning'.

Denne teori er også i modstrid med 'alexitymi-hypotesen'. 'Alexitymi' anvendes om det fænomen, at nogle mennesker har et sparsomt udviklet sprog for følelser. Det har været foreslået, at disse mennesker i stedet responderer med kropslige reaktioner, og dette kan være mekanismen bagved funktionelle tilstande (Sifneous 1977). Teorien virker besnærende men er forkert. Alexitymi er hyppig ved mange typer af psykiske lidelser, og fænomenet er ikke specifikt for funktionelle/somatoforme tilstande (Cohen 1994). Tillige forekommer emotionelle symptomer meget hyppigt blandt patienter med funktionelle lidelser, og der er intet, der indikerer, at patienterne har et sparsomt udviklet sprog for følelser.

I sidste århundrede anvendte man hysteridiagnosen, som var beskrevet overvejende ud fra såkaldte pseudo-neurologiske symptomer, dvs. symptomer der ledte tankerne hen på en neurologisk sygdom, som f.eks. kramper og lammelser. E. Kretschmer (Kretschmer 1958) opfattede sygdomsbilledet ved hysteri som udtryk for et dårligt organiseret, fylogenetisk determineret reaktionsmønster, der har til formål at sikre artens overlevelse. Han beskrev to sådanne primitive overlevelsesmekanismer. For det første '*bevægelsesflutter*' ('Bewegungssturm'), dvs. en overproduktion af formålsløse bevægelser, som kan have lighedspunkter med 'krampeanfald' ved et klassisk hysterisk anfald. Mekanismen er kendt fra dyreverdenen, hvor f.eks. gopler reagerer med voldsomme bevægelser for at slippe væk, hvis man rører ved dem, og fra katastrofer hvor mennesker i panik løber formålsløst rundt. Den anden mekanisme er '*dødssimulering*' ('Totstellreflex') eller '*immobiliseringsrefleks*', som f.eks. ses, når et dådyrs kid trykker sig i græsset for ikke at blive opdaget. Denne refleks har lighedspunkter med lammelser.

Biologi

Forskellige '*biologiske mekanismer*' kan være involveret ved funktionelle lidelser. Det diffuse polysymptomatiske sygdomsbillede hos patienter med funktionel lidelse kan skyldes, at patienterne forstærker kropslige sensationer eller ikke hæmmer stimuli til hjernen fra kroppen. Dette resulterer i, at de sensationer/symptomer, der kontinuerligt evalueres på det ubevidste plan, pludseligt trænger sig på i bevidstheden. Undersøgelser har indikeret en dysfunktion i opmærksomheden og i det sekundære somatosensoriske område i hjernen samt en hypersensitivitet af det limbiske system over for kropslige stimuli hos patienter med funktionelle lidelser. Hypersensibiliteten kan også være på cellulært plan. En anden mekanisme kan være

en hyperagilitet eller hyperexcitabilitet, dvs. en konstant alarmtilstand i nervesystemet, der bl.a. kommer til udtryk ved stresssymptomer. Den såkaldte HPA-akse med stresshormonerne cortisol og noradrenalin mv. er formodentligt også af betydning.

I en anden artikel i dette tidsskrift (af Charlotte Rask) omtales, at en årsag kan være en hjerneskade, eller af en overstimulering af stresshormonsystemet hos for tidligt fødte børn kan være en af årsagerne til funktionelle sygdomme.

Psykotisk tilstand

I de officielle diagnoseklassifikationer indgår i definitionen, at patienten er overbevist om, at symptomerne skyldes en somatisk lidelse, og at patienten ikke eller kun vanskeligt lader sig overbevise om det modsatte, selv når grundige undersøgelser har udelukket denne mulighed. I nogle tilfælde kan overbevisningen synes at være så grundfæstet, at man bør overveje, om det drejer sig om en egentlig vrangforestilling, altså er paranoidt. Ved f.eks. skizofreni og andre psykoser er kropslige vrangforestillinger ikke usædvanlige, men disse tilstande klassificeres ikke som funktionelle lidelser.

I hovedparten af tilfældene ved funktionelle lidelser drejer det sig formodentligt ikke om vrangforestillinger på trods af vedholdenheden, idet patientens opfattelser ofte er rimelige set i den sociale kontekst, som patienten befinder sig i, f.eks. i en patientforening. Der er store dele af befolkningen, der kan dele patientens opfattelse af årsagssammenhæng, og der kan også være læger som forfægter tilsvarende synspunkter. Endeligt er patienternes realitetstestning ikke påvirket på andre områder, hvilket taler imod, at det drejer sig om paranoia.

Langt de fleste patienter med funktionelle lidelser er åbne overfor forskellige årsagsforklaringer, blot de lyder rimelige i patientens øre og ikke præsenteres på en uindfølelse og stigmatiserende måde. Behandlersystemet og det sociale system er ofte ikke uden ansvar for, at patienter føler sig tvunget til være vedholdende. Patienter kan f.eks. have oplevet, at en sagsbehandler fjerner deres sygedagpenge, når diagnosen stilles, og der ikke kan påvises "nogen sygdom", eller når lægen siger, det er noget psykisk og dermed mener, at det er indbildning, og patienten blot skal tage sig sammen.

Konklusion

Funktionel lidelse eller somatisering er meget hyppig. Ud over at tilstanden(e) påfører det enkelte individ lidelser, er der også store samfundsmæssige omkost-

ninger forbundet med fænomenet i form af økonomisk tab pga. sygemeldinger, mistede aktive arbejdsår og udgifter i sundhedsvæsnets.

I sundhedsvæsnets falder de funktionelle tilstande mellem de to administrative hovedområder somatik og psykiatri, som begge er tilbøjelige til at fraskrive sig ansvaret for patientgruppen. Dette bevirker, at der kun findes et yderst sparsomt behandlingstilbud til patientgruppen, og at der har været en begrænset lægevidenskabelig forskning i fænomenet. Derfor er området dårligt udviklet sammenlignet med andre områder af medicin og psykiatri, hvilket bevirker, at forældede begreber og koncepter fortsat flourer.

Et hovedtema igennem mange år har været, om somatisering skal opfattes som en proces eller en individbunden sygdom. I artiklen konkluderes det, at den klassiske opfattelse af somatisering som en proces, hvor psykiske konflikter eller sygdom kommer til udtryk ved fysiske symptomer, bør opgives, idet hypotesen er udokumenteret. Den kraftige fokus på at 'afdække' bagvedliggende depression eller anden psykisk lidelse hos patienter med funktionelle lidelser har negative behandlingsmæssige konsekvenser. Fysiske sensationer eller symptomer kan i stedet opfattes som en af flere almindelige måder, hvorpå mennesket kan reagere på belastninger, på samme måde som nogle reagerer med angst eller depression. Somatisering forstået som en proces har dog en berettigelse som koncept i en anden betydning. I mange tilfælde er det ikke patienten men lægen (eller andre), der gennem en uhensigtsmæssig fokusering på det somatiske aspekt af sygdommen fejldiagnosticerer tilstanden, hvilket kan medføre talrige indlæggelser og uvirksomme behandlingsforsøg. Der kan også være et samfundsmæssigt aspekt i denne proces, fordi samfundet er mere villigt til at anerkende sygdomme med somatisk klingende navne som ledig årsag til sygemelding, erstatninger og pensionering. Patienterne kan derfor foretrække en sådan somatisk diagnose, og lægen kan understøtte dette for ikke at 'stigmatisere' patienten.

I denne artikel beskrives en ny klassifikation af funktionelle tilstande til brug i den kliniske praksis, dvs. en individbunden sygdomsklassifikation. Det er håbet, at denne kan bringe os et skridt videre mod et fælles begrebsapparat omkring fænomenet, hvilket er en forudsætning for en forbedring af behandlingen. I dag er 'behandlingen' spredt ud på flere forskellige lægelige specialer, som hver især har deres eget begrebsapparat. Det synes indlysende, at dette er uhensigtsmæssigt, når det drejer sig om patienter med et identisk helbredsproblem.

En hovedkonklusion er endvidere, at moderne forskning har vist, at skelnen mellem psykisk og fysisk sygdom ikke giver mening, hvorfor denne diskussion synes obsolet. Man kan i stedet tale om hjernesygdomme, idet årsagen til funkto-

nelle tilstande må findes i centralnervesystemet. Fra et rent administrativt synspunkt kan det dog være hensigtsmæssigt at opfatte de funktionelle tilstande som en psykiatrisk lidelse, idet de behandlingsmetoder, der anvendes i psykiatrien, er de eneste, der har en vis dokumenteret effekt.

Litteratur

- Aaron L.A. & D. Buchwald (2001) A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. In: *Ann. Intern. Med.*; 134: 868-81.
- Balint M. (1965) The Doctor's therapeutic function. In: *Lancet*; 1177-80.
- Barsky A.J. (1979) Patients who amplify bodily sensations. In: *Ann. Intern. Med.*; 91: 63-70.
- Barsky A.J. & J.F. Borus (1999) Functional somatic syndromes. In: *Ann. Intern. Med.*; 130: 910-21.
- Cohen K., F. Auld & H. Brooker (1994) Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing? In: *J. Psychosom. Res.*; 38: 119-27.
- DSM-IV (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth ed.: *American Psychiatric Association*; Washington DC.
- Dowrick C.F. & A. Ring, G.M. Humphris, P. Salmon (2004) Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. In: *Br. J. Gen. Pract.*; 54: 165-70.
- Fink P. (1996) From hysteria to somatization. A historical perspective. In: *Nord. J. Psychiatry*; 50: 353-63.
- Fink, P. (1997) *Kronisk somatisering*. Doktorafhandling. Afdeling for Psykiatrisk Demografi, Psykiatrisk Universitetshospital i Aarhus.
- Fink P. & M. Rosendal, F. Olesen (2005) Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. In: *Aust. N.Z. J. Psychiatry*; 39: 772-81.
- Fink P. & M. Rosendal, T. Toft (2003) Udredning og behandling af funktionelle lidelser i almen praksis: TERM-modellen. I: *Månedsskriftet for Praktisk Lægegerning*, København.
- Fink P. & T. Toft, M.S. Hansen, E. Ørnbøl, F. Olesen (2006) Symptoms and syndromes of functional somatic distress. An exploratory study among 978 internal medical, neurological and primary care patients. In: *Psychosomatic Medicine*, in press.
- Fink P. & E. Ørnbøl, T. Toft, K.C. Sparle, L. Frostholm, F. Olesen (2004) A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. In: *Am. J. Psychiatry*; 161: 1680-91.
- Kretschmer E. (1958) *Hysterie, Reflex und Instinkt.*, 3 ed. Georg Thieme Verlag, Leipzig.
- Mayou R. (1991) Medically unexplained physical symptoms. In: *B.M.J.*; 303: 534-35.
- McDaniel, S. & T. Campbell, D. Seaburn (1989) Somatic Fixation in Patients and Physicians: A Biopsychosocial Approach. In: *Family Systems Medicine*; 7: 5-16.
- Michelsen K. (1984) Rachel Hertz' gåde. I: *Kritik*, Gyldendal; 69: 52-86.
- Morriss R. & L. Gask, C. Ronalds, E. Downes-Grainger, H. Thompson, B. Leese et al. (1998) Cost-effectiveness of a new treatment for somatized mental disorder taught to GPs. In: *Fam. Pract.*; 15: 119-25.
- Sifneos P.E. & R. Apfel-Savitz, F.H. Frankel (1977) The Phenomenon of "Alexithymia". In: *Psychother. Psychosom.*; 28: 47-57.