

Kultursjukdomarna – den subjektiva ohälsans olika ansikten



ANDERS LUNDIN, med dr, överläkare, FoUU-sektionen, Psykiatri Nordöst, Danderyds sjuk-

hus, Stockholm
anders.w.lundin@sll.se

Kultursjukdomar – begreppet har två led, kultur och sjukdom. Den här artikeln ska försöka ringa in det andra ledet, själva sjukdomarna. Vi som dagligdags sysslar med sjukdom är inte alltid överens om vad som menas när vi säger »sjukdom« eller att någon »är sjuk«. En del av den oklarhet som ibland uppstår i diskussionen av s k kultursjukdomar och besläktade fenomen kan ha sin grund i att vi inte tydligt anger vad vi syftar på när vi använder ordet »sjukdom«. De inom medicinsk antropologi formulerade begreppen »disease« och »illness« representerar två olika aspekter av sjuklighet, för vilka vi i svenskan saknar bra språkliga motsvarigheter.

Disease – att ha en sjukdom

Disease betecknar ett »apparatfel«. Begreppet hör hemma i ett naturvetenskapligt/biomedicinskt paradigm och är lämpligt för att beskriva apparatfelssjukdomar som t ex lunginflammation, blodbrist, hormonrubbingar, benbrott och hjärtinfarkt. Den biomedicinska modellen bygger på ett positivistiskt vetenskapsideal, som sätter det mätbara och det för sinnena iakttagbara i första rummet.

Modellen utgör grunden för det senaste århundradets exempelösa utveckling inom medicinen men ger få öppningar mot humanistiska kunskapsområden – dit svåråtkämpliga företeelser som upplevelser, tankar och känslor hör – där andra begrepp måste tas i anspråk. I den biomedicinska modellen tenderar man att se sjukdomarna som naturligt klassificerade, ungefär som grundämnen i det periodiska systemet – de finns där från början, och den medicinska forskningens uppgift är att upptäcka, beskriva och förstå dem – och patienterna ses som objekt som *drabbas* av en sjukdom.

Sådana relativt väl definierade och avgränsade sjukdomar, med påvisbart anatomiskt och fysiologiskt underlag, äger en hög grad av generaliserbarhet och är förhållandevis oberoende av i vilken kontext de uppträder. Den medicinska vetenskapens *raison d'être* är förmågan att diagnostisera och, ibland, även behandla »diseases«, och kring dessa sjukdomar råder en acceptabel konsensus inom den medicinska professionen världen över. När åkomman är kartlagd och diagnostiserad ligger tonvikten i behandlingen på ett tekniskt plan, ett slags biologisk ingenjörskonst. Disease, det kroppsliga apparatfelet, är

»Det som för människor i kontakt med sjukvården är inte primärt sjukdomar (diseases) utan oftast besvär eller symtom (illnesses) – att vi inte mår bra, helt enkelt.«

också det sjukdomsbegrepp kring vilket utbildningen vid de medicinska lärosätena är uppbyggd.

Illness – att känna sig sjuk

I verkligheten inskränker sig dock inte läkarens arbete till ingenjörskonst. Det som för människor i kontakt med sjukvården är inte primärt sjukdomar (diseases) utan oftast besvär eller symtom (illnesses) – att vi inte mår bra, helt enkelt. Exempel på illness är symtom som smärta, trötthet, illamående, yrsel, ostadighet samt oro och nedstämdhet. Illness är alltså den subjektiva sjukdomsupplevelsen som den tar sig uttryck i kropp och själ och för vilken vi, per definition, inte har några objektiva mätinstrument.

Illness kan förstas orsakas av disease. Men illness är i högre grad kontextberoende, dvs själva den subjektiva upplevelsen (illness) påverkas och modifieras inte bara av sjukdomar (diseases) utan i många fall i lika hög grad också av psykosociala faktorer som arbetsförhållanden, familjesituation och socialt nätverk samt av tidsanda, normer, värderingar, föreställningar, hotbilder och kunskaper – dvs kulturen, det första ledet i begreppet kultursjukdomar. Vi kan må dåligt, känna oss sjuka, utan att ha någon sjukdom.

Patienter med subjektiv kroppslig ohälsa utan påvisbara biomedicinska förändringar utgör cirka 30 procent av de flesta läkarens kliniska verksamhet [1]. Påvisbara undersökningsfynd är dock det som ger medicinsk legitimitet åt det subjektiva lidandet, och läkare har ofta en väl utvecklad känsla för den möjliga kränkning som ligger i att man inte kan påvisa något kroppsligt fel – det kan ju, bevars, tolkas som om patienten inbillar sig, gör sig till eller överdriver. Yrkets praxis vimlar därför av legitimerande pseudoförklaringar som att »en kota ligger fel«, »en nerv ligger i kläm« eller »du har för lite serotonin« – i många fall utan att man har någon täckning för det i det enskilda fallet.

Eftersom upplevelser är subjektiva och inte kan mätas och objektifieras på något tillförlitligt sätt, har de lägre status vid forskning inom det biomedicinska paradigmat. De stora anslä-

SAMMANFATTAT

Kultursjukdomar uppstår bland medicinskt oförklarade tillstånd – funktionella somatiska syndrom – och kännetecknas av subjektivt formulerade besvärssbilder, upplevd funktionsnedsättning och ofta attribuering till yttre, somatiska orsaksfaktorer. De kan inte diagnostiseras med hjälp av objektiva undersökningsfynd eller avvikelser i laborietest.

Besvärssbilderna visar stora inbördes likheter och betydande symtomatisk överlappning. Ängest och nedstämdhet är vanliga, men deras plats i be-

svärsbilderna – primära eller sekundära – är omtvistad. Central sensitisering är en föreslagna övergripande psykofysiologisk mekanism.

Omhändertagandet innefattar breddande av agendan från fokus på symtom och distinkta sjukdomsdiagnoser till stresshantering, motion, sömn, förbättrad bemästringsstrategi och problemlösning.

Kontroversen kring kultursjukdomarna innefattar frågor som förhållandet mellan »objektiv sjukdom« och »upplevelsen av sjuklighet«.

gen styrs i första hand till forskning om biologiska markörer, inte om individer. Inom humanvetenskaperna har andra vetenskapsideal och traditioner varit förhärskande – där är nyckelbegreppen tolkning och förståelse av meningen i människors handlingar. Människans beteende ses här inte bara som resultat av bakomliggande biologiska drivkrafter, utan människan uppfattas som ett meningsskapande subjekt som ingår i ett socialt sammanhang, utrustad med vilja och avsikter samt kapabel att påverka förutsättningarna för sitt liv. Förståelsen av människans illness, den subjektiva sjukdomsupplevelsen och bemästrandet av den, motiverar att man tar sådana förståelsemodeller i bruk.

Sickness – att uppfattas som sjuk

En tredje dimension av sjuklighet kallas ibland »sickness«. Med det menas den sjukroll som sanktioneras av omgivningen – familj, anhöriga, arbetskamrater och bekanta, men också av sjukvårdens aktörer inklusive Försäkringskassan. Sjukrollen kan innebära fördelar och möjligheter – minskade krav och ökad hänsyn från omgivningen samt sjukpenning och arbetsbefrielse – men också risker och avigsidor, som låg självkänsla och upplevelse av meningslöshet och utanförskap.

En ökad stigmatisering av sjukrollen har följt i spåren på utmattningsepidemin och de accelererande sjukskrivningstalen sedan mitten av 1990-talet. Sjukrollen har problematiserats, med eldunderstöd av rapporter som visat på stora regionala skillnader i sjukskrivningsmönster, som varit mer relaterade till arbetslöshet, regionala attitydskillnader och andra sociala variabler än till sjuklighet (diseases).

Ett aktuellt exempel på hur omgivningen – i det här fallet statsmakterna – påverkar sjukrollen är den sk Sjukvårdsmiljarden, ett avtal mellan landstingen, Försäkringskassan och regeringen om att minska ohälsan, där regeringen satsar en miljard kronor per år mellan 2007 och 2009. Anslagen fördelas efter hur mycket länen klarar att minska sjukskrivningarna, och redan under 2007 minskade antalet sjukpenningdagar med 13 procent – 30 000 färre sjukfall jämfört med 2006, och sjukfallen avslutades också snabbare. Kostnaderna för sjukpenningen minskade under 2007, med Sjukvårdsmiljardens hjälp, från 30 till cirka 25 miljarder kronor!

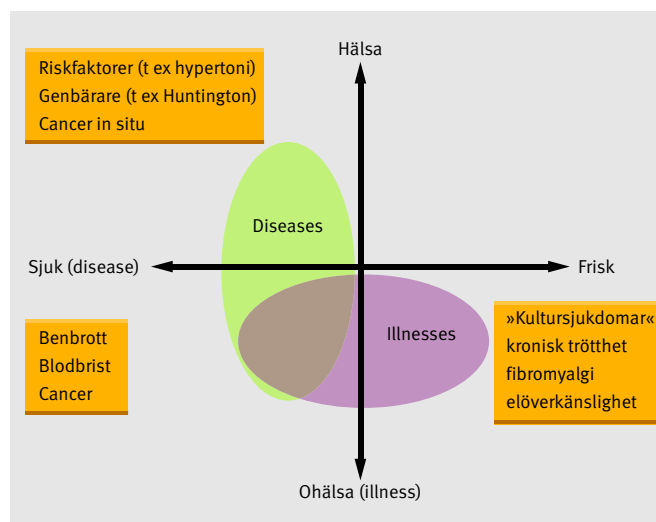
Biomedicinsk och biopsykosocial sjukdomsmodell

I den biomedicinska sjukdomsmodellen förklaras illness av disease. Men hos en tredjedel av patienterna med illness finner man alltså, i såväl öppen som sluten vård, ingen motsvarande disease. Illness påverkas på ett mer komplext sätt av flera olika faktorer och har därigenom en viss autonomi i förhållande till disease. Det är därför befogat att man undersöker, var för sig, både vilka biologiska, psykologiska respektive sociala drivkrafter som inverkar på utvecklingen av den totala sjukligheten (disease, illness och sickness). Detta syn- och förhållningssätt har sammanfattats i begreppet »den bio-psyko-sociala sjukdomsmodellen«, som 1977 formulerades av den amerikanske psykiatern George Engel [2].

Relationen illness–disease

Kombinerar man dimensionerna frisk–sjuk (disease) och hälsa–ohälsa (illness) med varandra, kan man illustrera skillnaderna mellan några av de möjliga former för sjuklighet som diskuterats ovan (Figur 1).

Den som mår dåligt (illness) och har en sjukdom (disease) kan oftast få bra hjälp – de tillhör sjukvårdens bäst definierade målgrupp. Mår bra men har en väldefinierad eller behandlingsbar riskfaktor ligger man också väl till – sjukvården ställer gärna upp med prediktiva test och medikamentell behandling



Figur 1. Förhållandet mellan objektiv sjukdom och subjektiv ohälsa.

för att motverka att riskfaktorerna progredierar till sjukdom (disease). De som däremot har illness utan disease, medicinskt oförklarade symtom (MUS – medically unexplained symptoms) löper risk att hamna snett i sjukvården, som ofta är illa rustad att hantera subjektiva besvär utan påvisbar underliggande behandlingsbar åkomma. Det är också i denna kategori vi återfinner de sk kultursjukdomarna.

Kultursjukdomarna

De medicinskt oförklarade kultursjukdomarna är uppbyggda av subjektivt formulerade besvärsbilder och funktionsnedsättningar (illness) som inte kan förklaras helt av sjukdom (disease). Vid medicinskt oförklarade symtom finns ett spänningsförhållande mellan individens lidande och oförmåga å ena sidan och det som å andra sidan går att påvisa i form av organisk sjukdom. Organiska fynd kan finnas som sårbarhetsmarkörer på gruppnivå – som låga halter av serotoninmetaboliter vid depression eller tecken på centralt störd smärtmodulering vid fibromyalgi – men inget tillräckligt specifikt för att kunna användas vid diagnostik av den enskilde individen.

Den medicinska professionens klassiska arsenal av diagnostika – laboratorietest, röntgen eller fysiologiska test som EEG och EKG – kan vid dessa tillstånd inte användas för att bekräfta diagnosen hos den enskilde patienten.

Medicinskt oförklarade symtom betyder dock inte tillstånd med okänd etiologi, t ex MS, cancer eller SLE (systemisk lupus erythematosus), eftersom här finns mätbara patologiska förändringar, även om man inte känner till deras yttersta orsaker.

De sjukdomsbilder som förknippas med kultursjukdomar – som amalgamsjuka, elöverkänslighet och kroniskt trötthetsyndrom – uppfattas ofta av läkarprofessionen som diffusa och svåra att förstå. Patienterna uppfattas av vårdens aktörer som jobbiga och frustrerande [3], medan patienterna själva uppfattar sig avfärdade (»bara psykiskt«), missförstådda eller inte tagna på allvar [4]. De större kulturdiagnoserna har aktiva patientföreningar som arbetar för att ge diagnoserna hemorts rätt inom det biomedicinska paradigmet. Till den gängse ideologiska repertoaren hör ett tydligt avståndstagande från psykologiska förklaringsmodeller.

Symtom och klassificering

Inom psykiatrin klassificeras de symtombilder som präglar kultursjukdomarna oftast inom kategorin »somatoforma sjuk-

domar«. Utanför psykiatrin används däremot oftare den sammanfattande etiketten »funktionella somatiska syndrom«, vilka utgörs av medicinskt oförklarade syndrom som formulerats utifrån olika icke-psykiatriska discipliners speciella förutsättningar. Elöverkänslighet blir där en angelägenhet för yrkesmedicin, amalgamsjuka en fråga för tandläkarna, kroniskt trötthetssyndrom en sjukdom för infektionsläkare och fibromyalgi en åkomma som handläggs av reumatologer. Kultursjukdomarna är multisymtomatiska tillstånd med många gemensamma drag, där symtom som smärta, trötthet och kognitiva problem står i förgrunden (Fakta 1).

Eftersom specifika test eller objektiva kroppsliga undersökningsfynd saknas, blir tolkningen av besvärshunden avhängig patientens och läkarens inriktning och mest omhuldade förklaringsmodeller. Samma besvärshunden kan alltså ges helt olika diagnoser (Figur 2).

Detta formuleras ibland som att de är komorbida sjukdomar, vilket kan vara missvisande eftersom det förutsätter att de i grunden är åtskilda, diskreta entiteter – ett förhållande som dock ifrågasatts [5].

Mekanismer

Det finns ingen enighet i synen på bakomliggande mekanismer. Kontroverser är vanliga, framför allt kring den relativa betydelsen av psykologiska respektive somatiska orsaksfaktorer. Kroppsliga symtom har alltid en hög samvariation med psykologiska symtom som ångest och nedstämdhet [6]. Men alexitymi, bristande förmåga att förstå och uttrycka egna emotio-



Figur 2. I betraktarens öga. Tolkningen av den subjektiva besvärshunden påverkas av vilken referensram undersökaren använder.

Illustration: Ola Rehnberg

ner, liksom önskan att undvika det befarade stigmat av en psykiatrisk diagnos kan bidra till att patienten framhårdar i ett ensidigt somatiskt fokus vid kroppsliga medreaktioner på ångest och nedstämdhet.

Bland psykofysiologiska mekanismer dominerar begreppet central sensitisering. En retning som upprepas flera gånger

FAKTA 1. Symtom vid fyra funktionella somatiska syndrom (källa: patientföreningarnas webbplatser)

Amalgamförgiftning < http://www.kvicksilver.org >	Elöverkänslighet < http://www.eloverkanslig.se >	Kroniskt trötthetssyndrom < http://www.rme.nu >	Fibromyalgi < http://www.fibromyalgi.se >
Onormal trötthet	Trötthet eller utmattning	Allvarlig kronisk trötthet	Utbredd, ständig smärta ¹
Stelhet/värk i muskler/leder	Muskelvärk	Koncentrationsstörning	Uttalad trötthet
Försämrat minne (korttidsminne)	Huvudvärk	Minnesproblem	Koncentrationssvårigheter
Koncentrationssvårigheter	Svaghet	Utmattning efter ansträngning	Försämrat närminne
Sömnpromblem	Koncentrationssvårigheter	Sömnpromblem	Kraftlöshet
Upprepade urinvägsinfektioner	Sömnlöshet	Värk i muskler, leder, huvud	Sömnstörningar
Infektionskänslighet	Stresskänslighet	Halsont, ömma lymfkörtlar	Yrsel
Stresskänsla	Infektionskänslighet	Ortostatism/svinningskänsla	Domningar
Omotiverad hjärtklappning	Öronsus	Illamående	Andningsrubbingar
Darrningar	Svinningskänslor	Matsmältningsbesvär	Urinträngningar
Yrsel	Dubbelseende	Urinträngningar och nervös blåsa	Hud- och slemhinneproblem
Huvudvärk/migrän	Skakningar	Hjärtklappning	Dimmig syn
Dimsyn, dubbelseende	Hudproblem	Andnöd efter ansträngning	Stelhet
Svårt att fästa blicken	Yrsel	Fluktuerande kroppstemperatur	Huvudvärk
Menstruationsstörningar	Irritation	Perioder av svettning	Tarmbesvär
Ångestattacker, depressioner	Aptitlöshet	Återkommande feberkänsla	Svullnad
Lättretlighet/skygghet	Inre oro	Kalla fötter och händer	Feberkänsla
Handlingsförlamning	Ont i bröstet	Intolerans mot extrem hetta och kyla	Allergi
Allergier/astma/eksem	Domningar i händerna	Uttalad viktförändring	Ljud- och luktkänslighet
Håravfall	Näsblödningar	Symtomen blir svårare under stress	
Viktförlust	Värmekänsla och surr i huvudet	Periodiska influensaliknande symtom	
Försämrad hörsel/öronsus (tinnitus)	Ljudöverkänslighet	Generell sjukdomskänsla	
Försämrat luktsinne	Ljusöverkänslighet	Överkänslighet mat/medicin/kemikalier	
Svårt att tänka			
Förstoppning/diarré			
Domningar, förlamning			
Känslighet för elektromagnetiska fält			

¹ Smärta i alla fyra kvadranterna, med axial utbredning, 11/18 ömma punkter (tender points), smärtfria perioder sällsynta, intensiteten varierar, oftast uttalad, allodyni/hyperalgesi dominerar.

medför vanligen habituering, dvs retningen ger ett minskat fysiologiskt svar som till sist inte längre förnimms eller upplevs. I vissa fall sker dock det motsatta, ett ökat fysiologiskt svar, sensitisering, vilket kan vara en generell underliggande mekanism vid funktionella somatiska syndrom samt för vissa ångestsyndrom [7]. Stress som är oförutsägbar, stark eller smärtsam, liksom tidigare negativa erfarenheter och högt »bakgrundsbrus« av stress, ökar risken för sensitisering i nervsystemet i samband med påfrestningar [8]. Hypotesen om en övergripande psykofysiologisk mekanism stöds av iakttagelsen att vissa kroppsliga symtomkomplex har så stor psykiatrisk komorbiditet samt av att överlappningen mellan de sk funktionella somatiska syndromen är så stor. I Figur 3 visas hur en rad bakomliggande faktorer, fysiologiska såväl som psykologiska, kan tänkas bidra till överretbarhet i nervsystemet och leda till ökad symtombildning [9].

Läkar-patientrelationen

Eftersom den medicinska professionen ofta inte anammat diagnoserna som legitima sjukdomstillstånd, hämtar patienterna många gånger informationen från icke-auktoreriserade källor, numera företrädesvis från patientföreningarnas webbplatser på Internet. Kontroversen mellan professionens och patientföreningarnas synsätt hanteras av patienterna på olika sätt. Somliga är väl medvetna om att läkarna inte accepterar deras egen förklaringsmodell och undviker att föra sin egen uppfattning på tal, för att inte inveckla sig i en fruktlös strid med den som trots allt har sista (medicinska) ordet. Andra tar strid för sin uppfattning och utmanar läkaren genom att vara pålästa – en metod som sätter läkarens prestige i gungning och i regel inte heller alltid leder till en fruktbar behandlar-patientrelation.

Behandling

Oenigheten om förklaringsmodellen brukar återkomma när behandling blir aktuell. De som uppfattar sig kvicksilversjuka vill bli sanerade från amalgam; de som upplever sig elöverkänsliga vill leva i en elsanerad miljö – åtgärder som läkarprofessionen ogärna medverkar till. Centralt ur behandlaren synvinkel är i stället att bredda agendan från ett snävt fokus på symtom och kategoriska förklaringsmodeller till att omfatta även stresshantering, motion, sömn, förbättrad bemästringsstrategi och stöd till problemlösning. Negativa och katastrofierande sjukdomsuppfattningar liksom undvikande beteende problematiseras och motarbetas. Där finns numera demonstrerade goda effekter av kognitiv terapi eller kognitiv beteendeterapi [10].

Om det finns funktionsinskränkande ångest- eller depressionssymtom, kan serotoninförstärkande läkemedel (SSRI) ha god effekt och bör därför alltid övervägas. Det är dock inte alltid så lätt att övertala patienten att pröva SSRI, eftersom det ofta kan uppfattas som ett ifrågasättande av den bakomliggande förklaringsmodellen – det är en grannliga pedagogisk uppgift att för patienten förklara att läkemedelseffekten i de flesta fall är oberoende av vad som utlöst symtomen. Om smärta har en framskjuten plats i besvärshandlingen bör preparat med effekt på både serotonin och noradrenalin (SNRI [serotonin-noradrenalinåterupptagshämmare] eller amitriptylin) användas [11]. I vissa fall är tricykliska antidepressiva (t ex amitriptylin) överlägsna, men de är svåra att fördrå för symtom- och biverkningskänsliga personer. Fysisk träning i gradvis ökande omfattning har visat effekt i kontrollerade studier vid kroniskt trötthetsyndrom [12].

Kontroversen

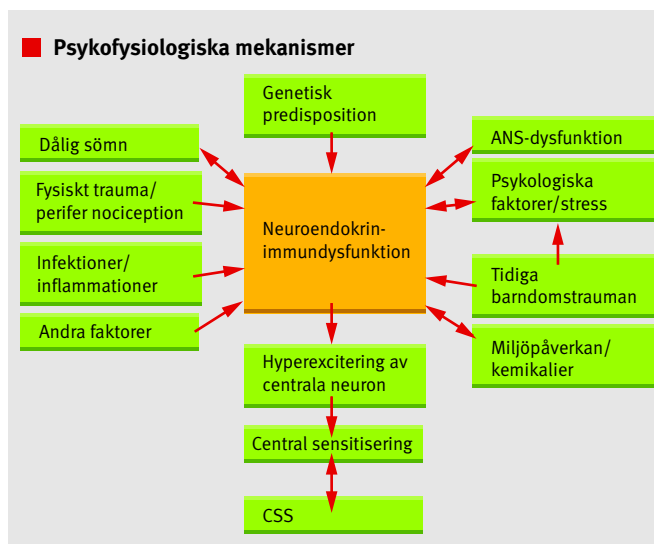
De senaste decennierna har en förändring skett i sjukdomspa-

»... sådana grundläggande frågor som hur vi ska se på förhållandet mellan 'objektiv sjukdom' och 'upplevelsen av sjuklighet'.«

noramat, från tonvikt på sådana sjukdomar som fastställs med vedertagen metodik, diseases, till sådana sjukdomar som enbart ställs utifrån patientens subjektiva besvärbeskrivning, illnesses. Motsättningen slätas många gånger över av att doktorn, med utnyttjande av hela den pondus som hör den traditionella biomedicinska diagnostiken till, stämmer av patientens illness mot ett antal föreslagna kriterier, utesluter andra alternativa störningar med blodprov eller andra test och där efter auktoritativt konstaterar att patienten har den sjukdom de själva nyss redogjort för. Läkarkåren har förhållit sig till denna utmaning på några principiellt olika sätt. De olika perspektivens företrädare skulle grovt kunna grupperas på följande sätt:

Belackarna försvarar det traditionella biomedicinska paradigmet. Belackarna tar avstånd från de funktionella somatiska syndromen, hävdar att de inte finns, misstänkliggör dem och vägrar att använda dem. De hävdar att tillstånden är »psykiska« (och därmed ointressanta eller icke-valida), »inbillade« eller uttryck för simulering om man inte kan påvisa några objektiva markörer för tillståndet. Det händer att man förbjuder att de används inom den egna verksamheten (fibromyalgidiagnosen har varit förbjuden på vissa reumatologkliniker).

Talesmännen försvarar också det biomedicinska paradigmet men anammar diagnoserna, hävdar att de är »helt vanliga sjukdomar«, helt förenliga med det gängse biomedicinska paradigmet. Talesmännen avvisar ofta med kraft och envishet psykologiska förklaringsmodeller – eftersom dessa anses förklenande för diagnosens validitet – och strävar efter att påvisa biomedicinska fynd med tillräcklig specificitet för att legitimera diagnoserna och ge dem hemorts rätt i sedvanlig medicinsk klassi-



Figur 3. Biopsykosociala mekanismer vid central sensitisering. (CSS = central sensitization syndromes; ANS = autonoma nervsystem.) Från Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: The unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum.* 2007;36(6):339-56 [9].

ficering. Om psykologiska störningar finns, anses dessa vara sekundära till sjukdomen (disease).

Tredjeståndpunktarna hävdar att upplevelsen att må dåligt förtjänar att tas på allvar, även om den inte är förenad med objektiva tecken på disease. Tredjeståndpunktarna förnekar inte att biomedicinska faktorer kan vara för handen, men anser att dessa på ett avgörande sätt samspelar med psykosociala faktorer (personlighet, bemästringsförmåga, attityder, stressmekanismer) utan vilka besvären många gånger inte skulle ha nått en kliniskt meningsfull besvärnivå. Tredjeståndpunktarna förordar en bio-psyko-social sjukdomsmodell för att dessa tillstånd ska kunna göras begripliga. De menar att patientens upptagenhet av just de kroppsliga symtomen och önskan att få en entydig biomedicinsk och icke-psykiatrisk diagnos är uttryck för somatisering och att »talesmännen« tenderar att medikalisera ett komplext bio-psyko-socialt problem och reducera det till ett biomedicinskt apparatfel.

Objektiv sjukdom och subjektiv ohälsa

Det är osannolikt att de kontroverser som i dag finns kring sjukdomsbegreppet kommer att lösas med »mer forskning«, eftersom det förutsätter att all sjuklighet en gång för alla skulle kunna beskrivas inom det biomedicinska paradigmet. I stället leder problemen oss till sådana grundläggande frågor som hur vi ska se på förhållandet mellan »objektiv sjukdom« och »subjektiv ohälsa«. Denna kontrovers har i sin tur sin grund i de medicinska lärosätenas bristande förmåga att förmedla en förståelse för mänskligt beteende, som tar både människans biomedicinska kropp och hennes av såväl hjärna som sociokulturell kontext determinerade själ i beaktande.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren är medicinsk rådgivare inom smärtområdet till Eli Lilly och Boehringer-Ingelheim.*

REFERENSER

1. Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, McKenzie L, Warlow C, Sharpe M. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000;68(2):207-10.
2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-363.
3. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Bush T, Lipscomb P, Russo J, et al. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med*. 1991;6(3):241-6.
4. Asbring P, Närvänen AL. Women's experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Qual Health Res*. 2002;12(2):148-60.
5. Nimnuan C, Rabe-Hesketh S, Wessely S, Hotopf M. How many functional somatic syndromes? *J Psychosom Res*. 2001;51(4):549-57.
6. Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. The association between anxiety, depression and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study. *Psychosom Med*. 2004;66(6):845-51.
7. Eriksen HR, Ursin H. Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress) [review]. *J Psychosom Res*. 2004;56(4):445-8.
8. Ursin H, Eriksen HR. Sensitization, subjective health complaints, and sustained arousal. *Ann NY Acad Sci*. 2001;933:119-29.
9. Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: The unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum*. 2007;36(6):339-56.
10. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med*. 2007;69(9):881-8.
11. Russell IJ, Mease PJ, Smith TR, Kajdasz DK, Wohlreich MM, Detke MJ, et al. Efficacy and safety of duloxetine for treatment of fibromyalgia in patients with or without major depressive disorder: Results from a 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose trial. *Pain*. 2008;136(3):432-44.
12. Powell P, Bentall RP, Nye FJ, Edwards RH. Patient education to encourage graded exercise in chronic fatigue syndrome. 2-year follow-up of randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004;184:142-6.