

Óútskýrð líkamleg einkenni Yfirlitsgrein

Sigrún Ólafsdóttir, Jón Friðrik Sigurðsson og Paul Salkovskis
Háskólinn í Reykjavík

Óútskýrð líkamleg einkenni eru einkenni sem eiga sér engar þekktar líffræðilegar orsakir. Þau eru mjög algeng og geta verið bæði þrálát og alvarleg. Þrálát óútskýrð líkamleg einkenni skerða lífsgæði, draga úr getu til að taka þátt í daglegu lífi og hafa í för með sér mikinn samfélagslegan kostnað. Hefðbundin lækni meðferð við óútskýrðum einkennum hefur ekki reynst árangursrík en sýnt hefur verið fram á árangur hugrænnar atferlismeðferðar við meðferð tiltekinna tegunda óútskýrðra líkamlegra einkenna. Þessari yfirlitsgrein er ætlað að fræða lesendur um óútskýrð líkamleg einkenni, tíðni þeirra, fylgniþætti og hvernig megi meðhöndla þau.

Efnisorð: Óútskýrð líkamleg einkenni, starfræn einkenni, algengi, lífsgæði, starfsgeta, hugræn atferlismeðferð.

Óútskýrð líkamleg einkenni (e. *medically unexplained symptoms*), einnig nefnd starfræn einkenni (e. *functional symptoms*), eru líkamleg einkenni sem ekki eiga sér þekktar líffræðilegar orsakir. Til þess að einkenni geti talist óútskýrð mega þau ekki stafa af neinum þekktum sjúkdómum, geðröskunum eða notkun lyfja eða vímuefna. Hugtakið óútskýrð einkenni getur vísað til mjög margvíslegra einkenna. Þau geta ýmist verið væg eða mikil, skammlíf eða viðvarandi og geta tengst einu eða mörgum líkamskerfum og líkamshlutum. Innan flestra sérgreina læknisfræðinnar hafa verið skilgreind heilkenni sem byggja á óútskýrðum einkennum. Dæmi um slík heilkenni eru: iðraólga (e. *irritable bowel syndrome*), síþreyta (e. *chronic fatigue*), vefjagigt (e. *fibromyalgia*), óútskýrðir brjóstverkir (e. *non-cardiac chest pain*), fyrirtíðarspenna (e. *premenstrual syndrome*) og þrálátir verkir (e. *chronic pain*).

Deilt er um hvernig best sé að skilgreina óútskýrð einkenni og hvort gagnlegt sé að flokka þau í mismunandi flokka en algengt er að fólk þjáist af fleiri en einni gerð einkenna og mikil skörun er á milli flokkanna (Dimsdale, Sharma og Sharpe, 2011; Wessely, Nimnuan og Sharpe, 1999; Wessely og White, 2004). Auk þess hefur gagnsemi þess að greina á milli óútskýrðra og

þráláttra útskýrðra einkenna verið dregin í efa (Klaus o.fl., 2013).

Þetta hefur orðið til þess að óútskýrð líkamleg einkenni ganga undir mörgum nöfnum og til eru margar mismunandi skilgreiningar á þeim. Ein skilgreining á óútskýrðum einkennum er líkömnunarraskanir (e. *somatoform disorders*) eins og þeim hefur verið lýst í greiningarkerfunum DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) og ICD-10 (World Health Organisation, 1990) en hamlandi óútskýrð líkamleg einkenni eru kjarni líkömnunarraskana eins og þær voru skilgreindar í DSM-IV. Af þeim röskunum, sem flokkast með líkömnunarröskunum í DSM-IV, ber helst að nefna fjöllíkömnunarröskun (e. *somatization disorder*) og ósundurgreinda líkömnunarröskun (e. *undifferentiated somatoform disorder*).

Sigrún Ólafsdóttir er með Cand.psych. próf frá Háskóla Íslands og er doktorsnemi við Háskólann í Reykjavík. Jón Friðrik Sigurðsson er prófessor og forstöðumaður meistaranáms í klínískri sálfræði við Háskólann í Reykjavík og prófessor við Háskóla Íslands. Paul Salkovskis er prófessor í sálfræði við University of Oxford, forstöðumaður doktorsnáms í klínískri sálfræði (DCLinPsy) við Oxford Institute for Clinical Psychology Training and Research, forstöðumaður Oxford Cognitive Therapy Centre og heiðursprófessor við Háskólann í Reykjavík. Fyrirspurning vegna greinarinnar skal beint til Sigrúnar Ólafsdóttur við Háskólann í Reykjavík, Menntavegi 1, 101 Reykjavík. Netfang: sigrunola@ru.is.

Greiningarskilmerki fjöllíkömnunarröskunar gera ráð fyrir að mörg hamlandi líkamleg einkenni, tengd a.m.k. fjórum líkamskerfum, hafi verið til staðar í fjölda ára og greiningarskilmerki ósundurgreindrar líkömnunarröskunar gera ráð fyrir að eitt eða fleiri hamlandi líkamlegt einkenni hafi verið til staðar í að minnsta kosti sex mánuði. Í báðum tilvikum er gerð sú krafa að einkennin megi ekki skýra að fullu með þekktum sjúkdómum eða áhrifum efna.

Í DSM-V voru gerðar umtalsverðar breytingar á kaflanum um líkömnunarraskanir meðal annars vegna þeirrar áherslu, sem var lögð á að líkamlegu einkennin væru óútskýrð, og þess hversu vafasamt þykir að byggja geðgreiningu á því að aðrar skýringar skorti. Í stað líkömnunarraskana kom því nýr kafli sem heitir „Somatic symptoms and related disorders“. Innan þess flokks er ný röskun sem á ensku nefnist „*somatic symptom disorder*“ sem felur í sér að til staðar eru eitt eða fleiri hamlandi líkamleg einkenni auk óhjálplegra hugsana, tilfinninga og hegðunar sem tengjast einkennunum. Í þessari nýju greiningu er ekki gerð krafa um að líkamlegu einkennin séu óútskýrð. Röskunin getur því verið til staðar samhliða þekktum sjúkdómum sem skýra einkennin að einhverju leyti þó að þau geti í mörgum tilfellum einnig verið óútskýrð (American Psychiatric Association, 2013).

Margar aðrar skilgreiningar hafa verið lagðar til og eru notaðar í rannsóknum svo sem „*multisomatoform disorder*“ (Kroenke o.fl., 1997), „*bodily distress syndrome*“ (Fink o.fl., 2007) og „*complex somatic symptom disorder*“ (Dimsdale og Creed, 2009). Eitt algengasta hugtakið sem notað er í dag yfir óútskýrð einkenni er *starfræn einkenni* (e. *functional symptoms*) sem er algengt hugtak þegar talað er um tiltekna flokka óútskýrðra einkenna (t.d. iðraólgu, síþreytu o.s.frv.), svokölluð starfræn heilkenni (e. *functional syndromes*).

Þrátt fyrir að rannsóknir á óútskýrðum einkennum gefi nokkuð skýra mynd af umfangi og eðli vandans veldur mikill fjöldi hugtaka og skilgreininga nokkru ósamræmi í niðurstöðum rannsókna.

Í þessari grein verður hvorki gerð nein tilraun til að skera úr um hvernig best sé að skilgreina

óútskýrð líkamleg einkenni né hvaða nafn henti þeim best. Tilgangur greinarinnar er að fjalla um óútskýrð einkenni í víðu samhengi og munum við til einföldunar ekki tilgreina nákvæmlega hvaða skilgreiningar voru notaðar í hverri rannsókn. Þess í stað verður hugtakið óútskýrð líkamleg einkenni notað og orðin *þrálát* og *alvarleg* notuð eftir þörfum til þess að tilgreina nánar um hvers konar einkenni ræðir hverju sinni.

Tíðni og fylgniþættir

Óútskýrð einkenni eru mjög algengt vandamál. Erlendar rannsóknir á heilsugæslusjúklingum hafa bent til þess að um það bil þriðjungur þeirra (Jackson og Passamonti, 2005; Roca o.fl., 2009) og í sumum rannsóknum allt að 65% (Steinbrecher, Koerber, Frieser og Hiller, 2011) séu með eitt eða fleiri óútskýrt einkenni og að frá 15–30% koma til heimilislækna séu vegna slíkra einkenna (Kirmayer, Groleau, Looper og Dao, 2004). Algengi óútskýrðra einkenna meðal danskra heilsugæslusjúklinga reyndist 17% í nýlegri rannsókn þar sem notast var við eilítið strangari skilgreiningu (e. *bodily distress syndrome*, skv. Fink, 2007) en í rannsóknunum nefndum hér að framan (Budtz-Lilly, Vestergaard, Fink, Carlsen og Rosendal, 2015a). Erlendar rannsóknir gefa einnig til kynna að á milli 1/3–2/3 þeirra sem leita til sérfræðilækna séu með óútskýrð einkenni (Carson o.fl., 2000; Nimnuan, Hotopf og Wessely, 2001) og um fimmtungur þess sjúklingahóps sem nýtir sér þjónustu þeirra mest, þ.e. þeir sjúklingar sem sækja ítrekað þjónustu margra sérfræðilækna (Reid, Wessely Crayford og Hotopf, 2001).

Flestar rannsóknir benda til þess að óútskýrð líkamleg einkenni séu algengari meðal kvenna en karla (Gureje, Simon, Ustun og Goldberg, 1997; Toft o.fl., 2005; Nimnuan o.fl., 2001; Verhaak, Meijer, Vissner og Wolters, 2006) en kynjamunur hefur ekki komið fram í öðrum rannsóknum (Budtz-Lilly, Vestergaard, Fink, Carlsen og Rosendal, 2015a). Margar rannsóknir hafa einnig gefið til kynna að óútskýrð einkenni hafi fylgni við hærri aldur, minni menntun, verri félagslega stöðu og atvinnuleysi (Budtz-Lilly o.fl., 2015b; Gureje o.fl., 1997; Loenggaard, Bjorner, Fink, Burr og Rugulies, 2015; Verhaak

o.fl., 2006). Aðrar rannsóknir benda þó ekki til þess að svo sé. Í rannsókn Harris, Orav, Bates og Barskis (2008) á heilsugæslusjúklingum reyndust óútskýrð einkenni hafa fylgni við lægra menntunarstig en ekki við aldur og atvinnustöðu. Í rannsókn Nimnuan og féлага (2001) á sjúklingum, sem sóttu þjónustu til sérfræðilækna, reyndist aftur á móti vera fylgni milli óútskýrðra einkenna og yngri aldurs og þess að vera í vinnu. Mögulega má skýra þessar ólíku rannsóknarniðurstöður með því að mismunandi skilgreiningar og matsaðferðir voru notaðar og óútskýrðu einkennin skoðuð í ólíku samhengi (t.d. meðal heilsugæslusjúklinga og sjúklinga sem leita sér sérfræðiþjónustu).

Óútskýrð líkamleg einkenni hafa háa fylgni við geðraskanir svo sem þunglyndi og kvíða (Bekhuis, Boschloo, Rosmalen og Schoevers, 2015; Budtz-Lilly o.fl., 2015a; Gureje o.fl., 1997; Hoedeman, Krol, Blankenstein, Koopmans og Groothoff, 2009; Kroenke o.fl., 1994; Löwe o.fl., 2008; Rask, o.fl., 2015; Roca o.fl., 2009) en rannsóknir benda til þess að um það bil 40–60% fólks með slík einkenni uppfylli einnig greiningarskilmerki fyrir þunglyndi eða kvíðaröskun (Harris o.fl., 2008; Löwe o.fl., 2008; Toft o.fl., 2005). Þessi mikli samsláttur virðist þó ekki endilega vera til staðar nema hjá sjúklingum sem hafa mörg og fremur alvarleg óútskýrð einkenni (Nimnuan o.fl., 2001). Sýnt hefur verið fram á tengsl óútskýrðra einkenna við slök lífsgæði, skerta vinnugetu og skerta getu til að taka þátt í athöfnum daglegs lífs (Harris o.fl., 2008; Hoedeman o.fl., 2009; Hoedeman, Blankenstein, Krol, Koppmans og Groothoff, 2010; Rask o.fl., 2015) og virðist þessi getuskerðing vera sambærileg við þá getuskerðingu sem fylgir mörgum alvarlegum þrálátum sjúkdómum (Harris o.fl., 2008). Þessi tengsl virðast haldast þrátt fyrir að gert sé ráð fyrir áhrifum þunglyndis og kvíða (den Boeft o.fl., 2016; Harris o.fl., 2008; van der Leeuw o.fl., 2015).

Samfélagslegur kostnaður

Óútskýrð líkamlega einkenni hafa í för með sér umtalsverðan samfélagslegan kostnað sem kemur meðal annars til vegna mikillar notkunar á heilbrigðisþjónustu, hærri sjúkrakostnaðar því

samfara, skertrar vinnugetu, meiri fjarveru frá vinnu vegna veikinda og vaxandi atvinnuleysis eða aukinnar örorku (Konnopka o.fl., 2013; Barsky, Orav og Bates, 2005; Reid o.fl., 2001).

Rannsóknir hafa sýnt fram á að fólk með óútskýrð líkamleg einkenni notar heilbrigðisþjónustu mun meira að meðaltali en fólk með einkenni sem eiga sér þekkta orsök (Barsky o.fl., 2005; Budtz-Lilly o.fl., 2015b). Aukin notkun kemur fram á öllum stigum þjónustunnar en hefur í sumum rannsóknum verið sérstaklega áberandi innan fyrsta stigs þjónustu (Budtz-Lilly o.fl., 2015b). Rannsóknir hafa enn fremur bent til þess að við meðhöndlun sjúklinga með óútskýrð einkenni sé algengt að gerðar séu óþarflega miklar rannsóknir og veitt of mikil meðferð (Kouyanou, Pither, Rabe-Hesketh og Wessely, 1998; McGorm, Burton, Weller, Murray og Sharpe, 2010;). Þessari miklu notkun fylgir aukinn sjúkrakostnaður (Barsky o.fl., 2005; Konnopka o.fl., 2013; Reid o.fl., 2001). Rannsóknir á heilsugæslusjúklingum hafa gefið til kynna að sjúkrakostnaður þeirra sem líklega þjást af mörgum óútskýrðum einkennum sé tvöfalt hærri en annarra sjúklinga (Barsky o.fl., 2005).

Komið hefur í ljós að þrálát og alvarleg óútskýrð líkamleg einkenni tengjast skertri vinnugetu (den Boeft o.fl., 2016; Loenggaard o.fl., 2015; Rask o.fl., 2015), fleiri veikindafjarvistum frá vinnu (den Boeft o.fl., 2016; Harris o.fl., 2009; Hoedeman o.fl., 2009; Hoedeman o.fl., 2010; Loenggaard o.fl., 2015; Rask o.fl., 2015; Terluin, van Rhenen, Anema og Taris, 2011), lengri veikindaleyfum (Hoedeman o.fl., 2010), auknu atvinnuleysi (Aamland, Malterud og Werner, 2014; Momsen, Nielsen, Nielsen, Rugulies og Jensen, 2016) og auknum líkum á atvinnumissi (Hoedeman o.fl., 2010; Loenggaard o.fl., 2015). Þá virðast þrálát og alvarleg óútskýrð einkenni auka líkur á varanlegri örorku jafnvel þótt gert sé ráð fyrir áhrifum geðraskanana og þekktra líkamlegra sjúkdóma (Loenggaard o.fl., 2015; Rask o.fl., 2015). Óútskýrð einkenni virðast nokkuð algeng ástæða örorku en í Danmörku hefur um 8% af allri nýskráðri varanlegri örorku verið vegna óútskýrðra einkenna (líkömnunarraskanana og starfrænna heilkenna) (Stenager, Svendsen og Stenager, 2003).

Meðferð óútskýrðra einkenna

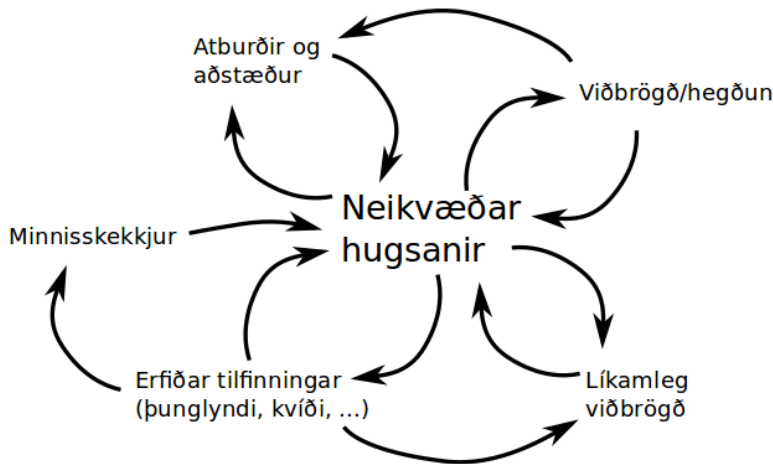
Eins og fram kom að ofan er heilbrigðisþjónusta við sjúklinga með óútskýrð líkamleg einkenni hlutfallslega mikil miðað við þjónustu við fólk með þekkta sjúkdóma. Slík þjónusta væri réttlætánleg og sjálfsögð ef hún yrði til þess að sjúklingar fengju bót meina sinna. Árangur hefðbundinnar lækni meðferðar við óútskýrðum líkamlegum einkennum hefur hins vegar reynst lítil og sú mikla þjónusta, sem er veitt, virðist ekki draga úr einkennum eða vanlíðan.

Rannsóknir undanfarinna ára hafa hins vegar gefið til kynna að hægt sé að meðhöndla óútskýrð einkenni með hugrænni atferlismeðferð. Rannsóknir benda til þess að hugræn atferlismeðferð beri árangur við iðraólgu (miðlungsstór- til stór áhrif) (Craske o.fl., 2011; Lackner o.fl., 2007; Laird, Tanner-Smith, Russel, Hollon og Walker, 2017; Li, Xiong, Zhang, Yu og Chen, 2014; Ljótsson o.fl., 2010; Ljótsson o.fl., 2011, Ljótsson o.fl., 2014), síþreytu (lítil til miðlungsstór áhrif) (Castell, Kazantzis og Moss-Morris, 2011; Knoop, Bleijenbergh, Gielissen, van der Meer og White, 2007; Knoop, van der Meer, og Bleijenbergh, 2008; Malouff, Thorsteinsson, Rooke, Bhullar og Schutte, 2008; Prins o.fl., 2001; White o.fl., 2011), vefjagigt (lítil til miðlungsstór áhrif) (Glombiewski o.fl., 2010; Karlsson, Burell, Anderberg og Svärsudd, 2015; Thieme, Flor og Turk, 2006; Williams, 2003), þrálátum verkjum (lítil til miðlungsstór áhrif) (Dear o.fl., 2013; Morley, Williams og Eccleston, 2013; Pike, Hearn og de C. Williams, 2016; Tang, Goodchild og Salkovskis, 2012; Williams, Eccleston og Morley, 2012) og ýmsum öðrum gerðum óútskýrðra einkenna. Þau meðferðarinnigrip, sem þróuð hafa verið fyrir mismunandi gerðir óútskýrðra einkenna, byggja oftast á sértækum hugrænum líkönum sem ætlað er að skýra tiltekna gerð óútskýrðra líkamlegra einkenna. Af þessu leiðir að til þess að hægt sé að beita gagnreyndum sálfræðilegum inngrípum kerfisbundið við óútskýrðum líkamlegum einkennum þarf að þjálfra meðferðaraðila í að beita mörgum mismunandi meðferðarinngrípum og ef beita á einstaklingsmeðferð þarf marga sérfróða meðferðaraðila til að meðhöndla einstaklinga með mismunandi einkennagerðir.

Hópmeðferð getur verið hagkvæmari en hún hefur aftur á móti þann ókost að erfitt getur reynst að ná nægjanlegum fjölda sjúklinga með sömu einkennagerð til að taka þátt í meðferð á sama tíma auk þess sem sjúklingar með margvísleg einkenni þyrftu að ganga í gegnum fleiri en eina meðferð. Þessar hindranir eru sérstaklega líklegar til að hafa mikil áhrif í fámennari samfélögum.

Til þess að bregðast við þeim vanda, sem fylgir meðferð óútskýrðra líkamlegra einkenna, má draga lærdóm af því hvernig ósérhæfð hugræn atferlismeðferð (e. *transdiagnostic cognitive behavioural therapy*) hefur verið notuð til að takast á við þunglyndi og kvíðaraskanir. Rannsóknir benda til þess að slík ósérhæfð meðferð sé ákjósanlegur kostur fyrir margar lyndis- og kvíðaraskanir og virðist hún virka jafn vel á almenn einkenni og þau einkenni sem eru sérstök fyrir tiltekna raskanir (Kristjánsdóttir o.fl., 2016; Kristjánsdóttir o.fl., 2018). Ósérhæfð meðferð gæti verið gagnleg við óútskýrðum líkamlegum einkennum þar sem margt af því sem talið er að eigi þátt í að valda og viðhalda vandanum er sameiginlegt milli ólíkra gerða einkenna (Burton, McGorm, Weller og Sharpe, 2011; Wessely o.fl., 1999). Nánari umfjöllun um viðhaldandi þætti er að finna hér að neðan.

Rannsóknarniðurstöður Schröder og félaga (2012) á ósérhæfðri meðferð við ýmis konar óútskýrðum líkamlegum einkennum bendir til þess að slík meðferð beri meiri árangur en almenn lækni meðferð. Þrátt fyrir að margt sé sameiginlegt með ólíkum óútskýrðum einkennum eru þó aðrir þættir til staðar sem virðast mestmegnis vera bundnir við ákveðnar gerðir einkenna (t.d. víðáttufælnilíkur ótti hjá fólki með iðraólgu sem hrætt er við að missa saur og ótti fólks með þreytuvanda við að líkamleg áreynsla hafi alvarlegar langtímaafleiðingar). Bent hefur verið á að blönduð hugræn atferlismeðferð (e. *hybrid- transdiagnostic cognitive behavioural therapy*) sé hugsanlega hagkvæm leið til þess að meðhöndla starfræn einkenni þar sem í slíkri meðferð væri hægt að vinna bæði með sameiginlega og sértæka þætti starfrænna einkenna (Salkovskis o.fl., 2016). Það að meðferð sé blönduð þýðir að hún felur í sér ósérhæfðan



1. mynd. Hugrænt líkan fyrir óútskýrð líkamleg einkenni (*Transdiagnostic Model of Medically Unexplained Symptoms*) (Salkovskis o.fl., 2016).

hluta auk sértækra hluta, t.d. sértækra viðbótarþátta, um einstök eða nokkur óútskýrð einkenni, sem nota má eftir því sem við á.

Hugrænt líkan Salkovskis og félaga

Salkovskis og félagar (2016) settu nýverið fram hugrænt líkan fyrir óútskýrð einkenni (sjá mynd 1). Rannsóknarhópur undir stjórn Salkovskis vinnur um þessar mundir að þróun blandaðrar hugrænnar atferlismeðferðar við starfrænum einkennum. Sú vinna er hluti af breska verkefninu „Improving Access to Psychological Therapies“ (IAPT) sem nær yfir allt Bretland og ætlað er að bæta aðgengi að sálfræðipjónustu innan breska heilbrigðiskerfisins, NHS (sjá nánar: <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/>). Í samstarfi við rannsóknarhóp Salkovskis er einnig verið að þróa íslenska útgáfu af meðferðinni.

Hugræna líkaninu er ætlað að vera grunnur að hugrænni kortlagningu og sameiginlegum skilningi á vanda skjólstaðings. Kortlagningar, byggðar á líkaninu, geta verið misflóknar og innihaldið viðbótarþætti og tengingar milli þátta eftir því sem þörf er á, svo sem almenna eða sértæka viðhaldandi þætti (sjá nánar Salkovskis o.fl., 2016). Í mati og kortlagningu er mikilvægt að bera kennsl á þá einstaklingsbundnu merkingu

sem skjólstaðingur leggur í einkenni sín. Þessi einstaklingsbundna túlkun er samt sem áður líkleg til að vera svipuð milli manna og þættir, svo sem grufi (e. *rumination*), andleg uppgjöf (e. *mental defeat*), hrakspár (e. *catastrophising*) og algengar hugsanaskekkjur (t.d. „allt-eða-ekkert-hugsun“), hafa einnig áhrif. Ekki er vitað að hve miklu leyti þessir þættir hafa almenn eða sértæk áhrif á starfræn einkenni en talið er líklegt að áhrif þeirra séu mismikil eftir gerð einkennanna.

Líkt og flest önnur hugræn líkön byggir þetta líkan á þeirri grunnforsendu að það séu ekki atburðir eða aðstæður, sem kveikja tilfinningar, heldur sú merking sem þeim er gefin. Þegar um starfræn einkenni er að ræða er algengt að líkamleg einkenni og upplifanir séu túlkuð sem merki um veikindi, sjúkdóm eða vangetu (e. *disability*) og sú túlkun kveikir tilfinningaviðbragð. Styrkur viðbragðsins er háður því a) hversu líklegt fólk telur að það sem það óttast muni gerast (til dæmis að einkennin muni versna og valda örskumlun), b) hversu alvarlegt það væri ef það gerðist, c) að hvaða leyti fólk telur að það væri fært um að takast á við það ef það gerðist og d) hversu líklegt fólk telur að utanaðkomandi þættir geti dregið úr alvarleikanum og aukið getu þess til að takast á við það. Neikvæð túlkun á atburðum, aðstæðum eða upplifunum kemur síðan af stað einföldum vítahring þar

sem neikvæðar hugsanir kveikja sterkar erfiðar tilfinningar sem svo styrkja neikvæðar hugsanir og auka þannig á erfiðu tilfinningarnar. (Dæmi: Elsu, sem á í erfiðleikum með þreytu, slappleika og magaverki, er boðið í veislu í kvöld. Hún fer að hafa áhyggjur af því að hún hafi ekki orku til að taka þátt í veislunni og að hún muni fá magakast. Þetta gerir hana bæði kvíðna og dapra). Erfiðar tilfinningar geta einnig valdið því að slæmar minningar verða aðgengilegri sem síðan getur aukið og styrkt neikvæðar hugsanir. (Dæmi: Elsa man eftir skiptum þar sem hún gat ekki notið sín í veislu þar sem hún var þreytt og henni óglatt). Sterkar tilfinningar hafa auk þess í för með sér líkamleg einkenni sem leiða til þess að fleiri líkamleg einkenni verða til staðar sem hægt er að túlka á neikvæðan hátt. (Dæmi: Kvíði og depurð Elsu hafa í för með sér ógleði, líkamlega óeirð og þreytu). Eftir að hafa gefið líkamlegum einkennum neikvæða merkingu bregst fólk við í samræmi við það, t.d. með öryggishegðun (e. *safety seeking behaviour*) eða með því að draga úr virkni. (Dæmi: Elsa túlkar líkamleg einkenni sín sem merki um að hún sé að fá maga- og slappleikakast. Hún bregst við með því að gæta sín að borða lítið til að erta ekki magann og hættir við plön dagsins til að geta hvílt sig fyrir veisluna). Öryggishegðun getur aukið neikvæðar hugsanir og kvíða með því að beina athygli fólks að heilsutengdum áhyggjum og með því að magna hrakspár í gegnum siendurteknar heilsutengdar hugsanir. (Dæmi: Það hve lítið Elsa borðaði gerir hana orkulausari og þreyttari. Þar sem Elsa er bara ein heima að hvíla sig hefur hún einnig meiri tíma til að hafa áhyggjur og velta vandamálum sínum fyrir sér. Athygli hennar beinist nú enn meira inn á við, að líkamlegri líðan. Þetta gerir upplifun hennar sterkari og eykur kvíðann og depurðina.) Það að draga úr virkni til þess að koma í veg fyrir að einkenni ýfist upp getur dregið úr ánægjulegum upplifunum og komið í veg fyrir að fólk komist að því að hrakspá þess rætist ekki. Það að draga mikið úr líkamlegri virkni dregur úr þoli og styrk sem oft leiðir til þess að fólk sveiflast milli þess að vera mjög líkamlega vanvirkt og að reyna þess á milli að gera hluti sem það er á þeirri stundu ekki líkamlega fært um.

Samantekt

Óútskýrð líkamleg einkenni eru algeng og geta verið þrálát. Þegar einkennin eru þrálát valda þau oft þjáningu og skerða lífsgæði og getu fólks til að sinna daglegu lífi, til dæmis getu fólks til að vinna og sinna heimilisstörfum, félagslífi og tómstundum. Óútskýrðum einkennum fylgir umtalsverður samfélagslegur kostnaður, meðal annars vegna mikillar notkunar á heilbrigðisþjónustu, auknum sjúkrakostnaði, skertri vinnugetu, veikindafjarveru frá vinnu, meira atvinnuleysis og örorku. Árangur hefðbundinnar læknis meðferðar við óútskýrðum líkamlegum einkennum hefur verið lítill en sýnt hefur verið fram á árangur hugrænnar atferlismeðferðar við ýmsum gerðum þessara einkenna. Ýmis sérhæfð meðferðarúrræði hafa verið þróuð við ólíkum gerðum af óútskýrðum einkennum. Þetta er óhagkvæmt vegna þess hversu marga sérfróða meðferðaraðila þarf til þess að beita úrræðunum kerfisbundið. Ein leið til þess að bregðast við þessum vanda er notkun ósérhæfðrar hugrænnar atferlismeðferðar eða blandaðrar hugrænnar atferlismeðferðar en sýnt hefur verið fram á góðan árangur slíkrar meðferðar við þunglyndi og kvíðaröskunum. Verið er að þróa slíka meðferð við óútskýrðum líkamlegum einkennum í Bretlandi undir stjórn Paul Salkovskis og samhliða því íslenska útgáfu hennar af höfundum þessarar greinar og samstarfsfólki þeirra.

Medically Unexplained Symptoms: A review

Medically unexplained symptoms (MUS) are physical symptoms that are not caused by any known biological, organic or physical pathology. They are common and can be both severe and chronic. They are associated with distress, disability and diminished quality of life and come with a high societal cost. Conventional medical therapy is largely ineffective for MUS, but there is evidence for a range of cognitive-behavioural treatments that are specific for particular types of MUS. This article offers an introduction to the subject of medically unexplained symptoms and what is known about their nature, epidemiology and treatment.

Key words: *Medically unexplained symptoms, MUS, functional symptoms, somatic symptoms, cognitive behavioural therapy.*

Heimildir

- Aamland, A., Malterud, K. og Werner, E. L. (2014). Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: A descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Fam. Pract.* 15, 107. doi:10.1186/1471-2296-15-107
- American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4. útgáfa, endurskoðuð). Washington, DC: Höfundur.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5. útgáfa). Washington, DC: Höfundur.
- Barsky A. J., Orav, E. og Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62, (8), 903–910. doi:10.1001/archpsyc.62.8.903
- Bekhuis, E., Boschloo, L., Rosmalen, J. G. M. og Schoevers, R. A. (2015). Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*. 78(2), 116–122. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.11.007
- Budtz-Lilly, A., Vestergaard, M., Fink, P., Carlsen, A. H. og Rosendal, M. (2015a) Patient characteristics and frequency of bodily distress syndrome in primary care: A cross-sectional study. *British Journal of General Practice*. 65(638), doi:10.3399/bjgp15X686545.
- Budtz-Lilly, A., Vestergaard, M., Fink, P., Carlsen, A. H. og Rosendal, M. (2015b) The prognosis of bodily distress syndrome: A cohort study in primary care. *General Hospital Psychiatry* 37(6), 560–566. doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.08.002
- Burton, C., McGorm, K., Weller, D. og Sharpe, M. (2011). Depression and anxiety in patients repeatedly referred to secondary care with medically unexplained symptoms: A case-control study. *Psychological Medicine*, 41(3), 555–563. doi:10.1017/S0033291710001017
- Carson, A. J., Ringbauer, B., Stone, J., McKenzie, L., Warlow, C. og Sharpe, M. (2000). Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 68(2), 207–210. doi:10.1136/jnnp.68.2.207
- Castell, B. D., Kazantzis, N. og Moss-Morris, R. E. (2011). Cognitive behavioral therapy and graded exercise for chronic fatigue syndrome: A meta-analysis. *Clinical Psychology Science and Practice*, 18(4), 311–324. doi:10.1111/j.1468-2850.2011.01262.x
- Craske, M. G., Wolitzky-Taylor, K. B., Labus, J., Wu, S., Frese, M., Mayer, E. A. og Naliboff, B. D. (2011). A cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome using interoceptive exposure to visceral sensations. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6-7), 413–421. doi:10.1016/j.brat.2011.04.001
- Dear, B. F., Titov, M., Perry, K. N., Johnston, L., Wootton, B. M., Terides, M. D., ... Hudson, J. L. (2013). The pain course: A randomised controlled trial of a clinician-guided internet-delivered cognitive behaviour therapy program for managing chronic pain and emotional well-being. *Pain* 154(6), 942–950. doi:10.1016/j.pain.2013.03.005.
- den Boeft, M., Twisk, J. W. R., Hoekstra, T., Terluin, B., Pennix, B. W. J. H., van der Woude, J. C., ... van der Horst, H. E. (2016). Medically unexplained physical symptoms and work functioning over 2 years: Their association and the influence of depressive and anxiety disorders and job characteristics. *BMC Family Practice*. 17(46). doi: 10.1186/s12875-016-0443-x
- Dimsdale, J og Creed, F. (2009) The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV – a preliminary report. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 473–6. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.03.005
- Dimsdale, J., Sharma, N. og Sharpe, M. (2011). What do physicians think of somatoform disorders? *Psychosomatics*, 52(2), 154–159. doi:10.1016/j.psym.2010.12.011
- Fink, P., Toft, T., Hansen, M. S., Ørnbøl, E. og 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), 30–9. doi:10.1097/PSY.0b013e31802e46eb
- Glombiewski, J. A., Sawyer, A. T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W. og Hofmann, S. G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. *Pain*, 151(2), 280–295. doi:10.1016/j.pain.2010.06.011

Sigrún Ólafsdóttir has a Cand.psych degree from the University of Iceland and is a doctoral student at Reykjavik University, Jón Friðrik Sigurðsson is a Professor of Psychology and Clinical Director at Reykjavik University and a Professor at the University of Iceland. Paul Salkovskis is a Professor of Psychology at the University of Oxford and Programme Director for the Doctorate in Clinical Psychology (DClinPsy) at the Oxford Institute for Clinical Psychology Training and Research and Director of the Oxford Cognitive Therapy Centre. Paul is also an Honorary Professor at Reykjavik University. Correspondance concerning this article should be addressed to Sigrún Ólafsdóttir at Reykjavik University, Menntavegur 1, 101 Reykjavik. E-mail: sigrunola@ru.is

- Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B. og Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 989–995. doi:10.1176/ajp.154.7.989
- Harris, A. M., Orav, E. J., Bates, D. W. og Barsky, A. J. (2008). Somatization increases disability independent of comorbidity. *Journal of General Internal Medicine*, 24(2), 155–161. doi:10.1007/s11606-008-0845-0
- Hoedeman, R., Blankenstein, A. H., Krol, B., Koopmans, P. C. og Groothoff, J. W. (2010). The contribution of high levels of somatic symptom severity to sickness absence duration, disability and discharge. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(2), 264–273. doi:10.1007/s10926-010-9239-3.
- Hoedeman, R., Krol, B., Blankenstein, N., Koopmans, P. C. og Groothoff, J. W. (2009). Severe MUPS in a sick-listed population: A cross-sectional study on prevalence, recognition, psychiatric co-morbidity and impairment. *BMC Public Health* 9(440). doi:10.1186/1471-2458-9-440
- Jackson, J. L. og Passamonti, M. (2005). The outcomes among patients presenting in primary care with a physical symptom at 5 years. *Journal of General Internal Medicine*, 20(11), 1032–1037. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0241.x
- Karlsson, B., Burell, G., Anderberg, U. M. og Svärdsudd, K. (2015). Cognitive behaviour therapy in women with fibromyalgia: A randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Pain*, 9, 11–21. doi:10.1016/j.sjpain.2015.04.027
- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Looper, K. J. og Dao, M. D. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 663–672. doi:10.1177/070674370404901003
- Klaus, K., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Glaesmer, H. og Mewes, R. (2013). The distinction between “medically unexplained” and “medically explained” in the context of somatoform disorders. *International Society of Behavioural Medicine*, 20(2), 161–171. doi:10.1007/s12529-012-9245-2
- Knoop, H., Bleijenberg, G., Gielissen, M. F. M., van der Meer, J. W. M. og White, P. D. (2007). Is a full recovery possible after cognitive behavioural therapy for chronic fatigue syndrome? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(3), 171–176. doi:10.1159/000099844
- Knoop, H., van der Meer, J. W. M. og Bleijenberg, G. (2008). Guided self-instructions for people with chronic fatigue syndrome: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193(4), 340–341. doi:10.1192/bjp.bp.108.051292
- Konnopka, A., Kaufmann, C., König, H., Heider, D., Wild, B., Szecsenyi, J., ... Schaefer, R. (2013). Association of costs with somatic symptom severity in patients with medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(4), 370–375. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.08.011
- Kouyanou, K., Pither, C. E., Rabe-Hesketh, S. og Wessely, S. (1998). A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain*, 76(3), 417–426.
- Kristjánsdóttir, H., Salkovskis, P. M., Sigurdsson, B. H., Sigurdsson, E., Agnarsdóttir, A. and Sigurdsson, J. F. (2016). Transdiagnostic cognitive behavioural treatment and the impact of co-morbidity: An open trial in a cohort of primary care patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(3), 215–223. doi:10.3109/08039488.2015.1081404
- Kristjánsdóttir, H., Sigurðsson, B. H., Salkovskis, P., Sigurðsson, E., Sighvatsson, M. B., & Sigurðsson, J. F. (2018). Effects of a Brief Transdiagnostic Cognitive Behavioural Group Therapy on Disorder Specific Symptoms. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 1-15.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Linzer, M., Hahn, S. R., deGruy, F. V. og Brody, D. (1994). Physical symptoms in primary care: Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of Family Medicine*, 3(9), 774–779. doi:10.1001/archfami.1994.01850220044011
- Lackner, J. M., Jaccard, J., Krasner, S. S., Katz, L. A., Gudleski, G. D. og Blanchard, E. B. (2007). How does cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome work? A mediational analysis of a randomized clinical trial. *Gastroenterology*, 133(2), 433–444. doi:10.1053/j.gastro.2007.05.014
- Laird, K. T., Tanner-Smith, E. E., Russell, A. C., Hollon, S. D. og Walker L. S. (2017). Comparative efficacy of psychological therapies for improving mental health and daily functioning in irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 142–152. doi:10.1016/j.cpr.2016.11.001
- Li, L., Xiong, L., Zhang, S., Yu, Q. og Chen, M. (2014). Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(1), 1–12. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.03.006
- Ljótsson, B., Falk, L., Vesterlund, A. W., Hedman, E., Lindfors, P., Rück, C., ... Andersson, G. (2010). Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 531–539. doi:10.1016/j.brat.2010.03.003

- Ljótsson, B., Hedman, E., Lindfors, P., Hursti, T., Lindefors, N., Andersson, G. og Rück, C. (2011). Long-term follow-up of internet-delivered exposure and mindfulness based treatment for irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 58–61. doi:10.1016/j.brat.2010.10.006
- Ljótsson, B., Hesser, H., Andersson, E., Lackner, J. M., Alaoui, S. A., Falk, L., ... Hedman, E. (2014). Provoking symptoms to relieve symptoms: A randomized controlled dismantling study of exposure therapy in irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 27–39. doi:10.1016/j.brat.2014.01.007
- Loenggaard, K., Bjorner, J. B., Fink, P. K., Burr, H. og Rugulies, R. (2015). Medically unexplained symptoms and the risk of loss of labor market participation: A prospective study in the Danish population. *BMC Public Health*, 15(1), 844. doi:10.1186/s12889-015-2177-4
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Mussell, M., Schellberg, D. og Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: Syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 191–199. doi:10.1016/j.genhosppsych.2008.01.001
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Rooke, S. E., Bhullar, N. og Schutte, N. S. (2008). Efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 736–745. doi:10.1016/j.cpr.2007.10.004
- McGorm, K., Burton, C., Weller, D., Murray, G. og Sharpe, M. (2010). Patients repeatedly referred to secondary care with symptoms unexplained by organic disease: Prevalence, characteristics and referral pattern. *Family Practice*, 27 (5), 479–486. doi:10.1093/fampra/cmq053
- Momsen, A. H., Nielsen, C. V., Nielsen, M. B. D., Rugulies, R. og Jensen, D. (2016). Work participation and health-related characteristics of sickness absence beneficiaries with multiple somatic symptoms. *Public Health*, 133, 75–82. doi:10.1016/j.puhe.2015.10.018
- Morley, S., Williams, A. og Eccleston, C. (2013). Examining the evidence about psychological treatments for chronic pain: Time for a paradigm shift? *Pain*, 154(10), 1929–1931. doi:10.1016/j.pain.2013.05.049
- Nimnuan, C., Hotopf, M. og Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialities. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(1), 361–367. doi:10.1016/S0022-3999(01)00223-9
- Pike, A., Hearn, L. og de C. Williams, A. C. (2016). Effectiveness of psychological interventions for chronic pain on health care use and work absence: systematic review and meta-analysis. *Pain*, 157(4), 777–785. doi:10.1097/j.pain.0000000000000434
- Prins, J. B., Bleijender, G., Bazelmans, E., Elving, L. D., de Boo, T. M., Severens, J. L., ... van der Meer, J. W. M. (2001). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: A multicentre randomised controlled trial. *Lancet*, 357 (9259), 841–847. doi:10.1016/S0140-6736(00)04198-2
- Rask, M. T., Rosendal, M., Fenger-Grøn, M., Bro, F., Ørnbøl, E. og Fink, P. (2015). Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders: A 10-year follow-up of the FIP study. *General Hospital Psychiatry*, 37(1), 53–59. doi:10.1016/j.genhosppsych.2014.10.007
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T. og Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: Retrospective cohort study. *BMJ*, 322(7289), 767. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.322.7289.767
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J. og Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119 (1-3), 52–58. doi:10.1016/j.jad.2009.03.014
- Salkovskis, P. M., Gregory, J. D., Sedgwick-Taylor, A., White, J., Opher, S. og Ólafsdóttir, S. (2016). Extending cognitive-behavioural theory and therapy to medically unexplained symptoms and long-term physical conditions: A hybrid transdiagnostic/problem specific approach. *Behaviour Change*, 33(4), 172–192. doi:10.1017/bec.2016.8
- Schröder, A., Rehfeld, E., Ørnbøl, E., Sharpe, M., Licht, R. W. og Fink, P. (2012). Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: Randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, 200(6), 499–507. doi:10.1192/bjp.bp.111.098681
- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D. og Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52(3), 263–271. doi:10.1016/j.psych.2011.01.007
- Stenager, E. N., Svendsen, M. A. og Stenager, E. (2003). Førtidspension til patienter med syndromsygdomme: En registerundersøgelse på basis af oplysninger fra Den Sociale Ankestyrelse. *Ugeskr. Laeger*, 165(5), 469–474.

- Tang, N. K. Y., Goodchild, C. E. og Salkovskis, P. M. (2012). Hybrid cognitive-behaviour therapy for individuals with insomnia and chronic pain: A pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50(12), 814–821. doi:10.1016/j.brat.2012.08.006
- Terluin, B., van Rhenen, W., Anema, J. R. og Taris, T. W. (2011). Psychological symptoms and subsequent sickness absence. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(7), 825–837. doi:10.1007/s00420-011-0637-4
- Thieme, K., Flor, H. og Turk, D. C. (2006). Psychological pain treatment in fibromyalgia syndrome: Efficacy of operant behavioural and cognitive behavioural treatments. *Arthritis Research & Therapy*, 8(4), R121. doi:10.1186/ar2010
- Toft, T., Fink, P., Oernboel, E., Christense, K., Fromstholt, L. og Olesen, F. (2005). Mental disorders in primary care: Prevalence and co-morbidity among disorders: Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychological Medicine*, 35(8), 1175–1185. doi:10.1017/S0033291705004459
- van der Leeuw, G., Gerrits, M. J., Terluin, B., Numans, M. E., van der Feltz-Cornelis, C. M., van der Horst, H. E., ... Marwijk, H. W. J. (2015). The association between somatization and disability in primary care patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(2), 117–122. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.03.001
- Verhaak, P. F. M., Meijer, S. A., Vissner, A. P. og Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23(4), 414–420. doi:10.1093/fampra/cml016
- Wessely, S., Nimnuan, C. og Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: One or many? *Lancet*, 354 (9182), 936–939. doi:10.1016/S0140-6736(98)08320-2
- Wessely, S. og White, P. D. (2004). There is only one functional somatic syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 185(2), 95–96. doi:10.1192/bjp.185.2.95
- White, P. D., Goldsmith, K. A., Johnson, A. L., Potts, L., Walwyn, R., De Cesare, J. C., ..., Sharpe, M. (2011). Comparison of adaptive pacing therapy, cognitive behaviour therapy, graded exercise therapy, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome (PACE): A randomised trial. *Lancet*, 377(9768), 823–836. doi:10.1016/S0140-6736(11)60096-2
- Williams, D. A. (2003). Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related syndromes. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 17(4), 649–665. doi:10.1016/S1521-6942(03)00034-2
- Williams, A. C., Eccleston, C. og Morley, (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD007407.pub3
- World Health Organization. (1990). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10. útgáfa). Sótt af <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F40-F48>