
Betegnelsen funksjonelle lidelser bør revitaliseres

SPRÅKSPALTEN

HELENE HELGELAND

helene.helgeland@gmail.com

Helene Helgeland er ph.d., spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og leder av Nasjonal kompetansetjeneste for komplekse psykosomatiske tilstander hos barn og unge, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINN OKKENHAUG GETZ

Linn Okkenhaug Getz er professor ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, er leder for Allmennmedisinsk forskningsenhet, NTNU og inngår i ledelsen for prosjektet *Bærekraft på legekontoet*.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LINN BREEN HERNER

Linn Breen Herner er psykologspesialist ved Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus, Oslo universitetssykehus og nestleder i Fagutvalget for klinisk helsepsykologi i Norsk psykologforening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ERLEND BØEN

Erlend Bøen er ph.d., spesialist i nevrologi og i psykiatri og overlege ved Enhet for psykosomatikk og CL-psykiatri, Oslo universitetssykehus.

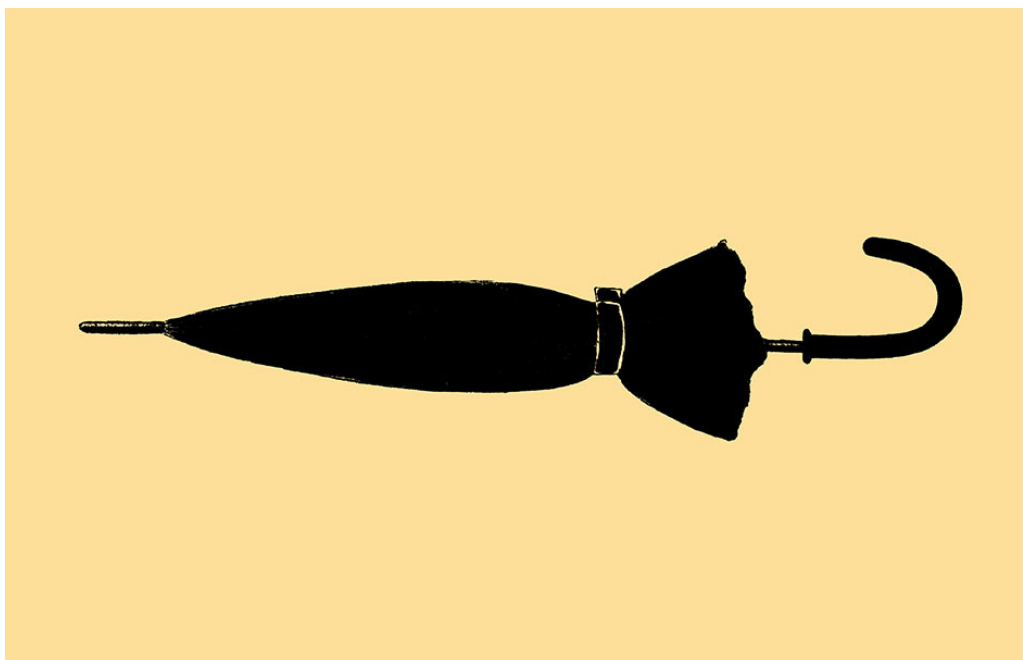
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt forelesningshonorar fra Lundbeck.

SVERRE MYREN

Sverre Myren er ph.d., spesialist i nevrologi, overlege ved Nevrologisk avdeling, Ålesund sjukehus, forsker ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU og førsteamanuensis ved Institutt for helsevitenskap, Ålesund, NTNU.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

En ny definisjon av funksjonell lidelse viser til endret funksjon i nervesystemet og andre organsystemer. En slik forståelse har nå vunnet økt aksept blant pasienter og fagmiljøer, men fortsatt skaper bruk av utdaterte betegnelser forvirring og misforståelser.



Illustrasjon: Mimomy/iStock. Bearbeidet av Tidsskriftet

I medisinen har ordet *funksjonell* beskrevet kroppslige plager der vanlig utredning ikke påviser patologi i tradisjonell biomedisinsk forstand [\(1–3\)](#). Slike plager er utbredt og utgjør omtrent en tredel av konsultasjonene i både primær- og spesialisthelsetjenesten [\(4, 5\)](#). Eksempler er plager som hodepine, mageplager, svimmelhet, utmattelse, konsentrasjonsvansker, kramper, lammelser og sanseforstyrrelser. Alvorlighetsgraden varierer fra milde og forbigående til alvorlige kroniske tilstander, som rammer 1–2 % av befolkningen [\(6, 7\)](#).

Betegnelser gjennom historien

Gjennom historien har det oppstått et virvar av nært relaterte, til dels overlappende begreper som betegner slike symptomer og tilstander. Interessant nok ble betegnelsen *funksjonell* brukt på starten av 1800-tallet

nettopp for å beskrive endret funksjon av nervesystemet (8). Ut over 1800-tallet endret ordet betydning og ble en motsats til organisk, for å forklare kroppslige plager uten påvisbar fysisk årsak.

På samme tid fikk kvinner med uspesifikke kroppslige og emosjonelle symptomer ofte diagnosen *hysteri*, et begrep med røtter i antikken hvor man mente at symptomene stammet fra en vandrende livmor. *Hysterisk nevrose* ble utviklet som en psykoanalytisk betegnelse for kroppslige symptomer som skyldtes underliggende psykiske konflikter, det vil si de var *psykogene* av natur. Diagnosen var inkludert i tidlige versjoner av ICD (International Classification of Diseases) og DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) fram til 1970-tallet.

På slutten av 1800-tallet introduserte Sigmund Freud (1856–1939) og Pierre Janet (1859–1947) begrepene *konversjon* og *dissosiasjon* som forsvarsmekanismer mot psykisk stress. Ved konversjon ble psykisk stress «omdannet» til fysiske symptomer, mens ved dissosiasjon medførte det endringer i bevissthet og hukommelse med midlertidig «frakopling» fra virkeligheten, tankene, følelsene eller egen identitet. Begrepene ble tatt inn i de internasjonale diagnosesystemene, først som undergrupper av hysterisk nevrose. *Somatoforme lidelser*, som også refererer til kroppslige symptomer med psykisk opprinnelse, ble introdusert i DSM-III (1980) og ICD-10 (1992, gjelder fremdeles i Norge). Denne kategorien var ment å være mer presis og mindre belastet av historiske og kulturelle konnotasjoner til hysteri.

Ordet *psykosomatisk* har en lang tradisjon og har vært brukt både som en overordnet betegnelse for hvordan psykologiske faktorer og prosesser påvirker kroppens fysiologi og for å beskrive symptomer uten påvisbar fysisk forklaring (9). *Medisinsk uforklarte symptomer* har vært i bruk siden 1990-tallet. Betegnelsen ble introdusert for å reflektere at noen symptomer ikke nødvendigvis har en klar biomedisinsk årsak, men at de likevel er reelle og kan ha stor innvirkning på pasientenes livskvalitet (10).

Ikke lenger medisinsk uforklart

Forskning de siste tiårene har gitt økt innsikt i årsaksforhold og sykdomsmekanismer, slik at disse tilstandene ikke lenger er «medisinsk uforklarte». Kumulativ biopsykososial belastning, genetiske faktorer og epigenetiske endringer påvirker sårbarheten for å utvikle symptomene. Studier med avanserte metoder har avdekket endringer i hjernenettverk og kroppens fysiologi (11, 12). Mye tyder på at det kan dreie seg om nært relaterte tilstander eller subgrupper med mange felles tilgrunnleggende faktorer (5, 13, 14).

«Det er foreslått at betegnelsen funksjonelle lidelser benyttes som en paraplybetegnelse som dekker ulike kroppslige symptomer»

Slike symptomer kan komme fra alle kroppens organsystemer og er dermed representert i nær sagt alle medisinske spesialiteter. I tråd med dette er det foreslått at betegnelsen *funksjonelle lidelser* benyttes som en paraplybetegnelse

som dekker ulike kroppslige symptomer (ramme 1) (5, 15). Det internasjonale gastroenterologimiljøet, for eksempel, har helt siden 1990-tallet utviklet anerkjente symptombaserte kriterier, de såkalte Roma-kriteriene, for funksjonelle gastrointestinale tilstander (16).

Ramme 1 Liste over nye diagnoser for funksjonelle lidelser i dansk ICD-10.

DR688A9 Funktionel lidelse IKA
DR688A9A Funktionel lidelse, multiorgan
DR688A9B Funktionel lidelse, enkelt organ
DR688A9B1 Funktionel lidelse, almen/træthed
DR688A9B2 Funktionel lidelse, gastrointestinal
DR688A9B3 Funktionel lidelse, muskuloskeletal
DR688A9B4 Funktionel lidelse, kardiopulmonal
DR688A9B5 Funktionel lidelse, neurologisk
DR688A9B6 Funktionel lidelse, urogenital
DR688A9B9 Anden funktionel lidelse, enkelt organ
DR688A9C Funktionel lidelse, enkelt symptom

Dagens utfordring

Dagens utfordring er at mange utdaterte betegnelser fortsatt er i bruk – både i diagnosesystemene, blant helsepersonell og i befolkningen. I henhold til ICD-10, som gjelder i Norge, klassifiseres flere funksjonelle symptombilder under hovedkategoriene somatoforme lidelser og dissosiative (konversjons-)lidelser. For mange, både klinikere og pasienter, er begreper som *konversjon*, *dissosiasjon* og *somatoform* imidlertid uklare, noe som fører til vag og inkonsistent bruk. *Funksjonell lidelse*, derimot, er ikke en etablert diagnosekategori i vårt diagnosesystem, men er til gjengjeld mye brukt i klinisk praksis – og da primært i tråd med den tradisjonelle forståelsen.

Felles for alle disse betegnelse – inkludert *funksjonell* brukt i tråd med den tradisjonelle definisjonen – er at de reflekterer at noe er medisinsk uforklart og psykogent. Dette kan gi inntrykk av at man ikke forstår hva pasienten faktisk feiler og kan oppfattes som en antydning om at symptomene ikke er reelle og «bare sitter i hodet». I tillegg bidrar bruken av dem til å opprettholde en kunstig, reduksjonistisk dikotomi mellom kropp og sinn, noe som er uforenlig med moderne medisinsk kunnskap og forståelse.

Den eufemistiske tredemølle

For å motvirke stigmatisering og denne feilaktige dikotomien har stadig nye begreper blitt introdusert gjennom historien. Mange har tatt til orde for å forkaste betegnelser som *somatoform*, *psykogen*, *medisinsk uforklart* og *funksjonell*, samtidig med at betegnelser som *sammensatte lidelser* og *somatiske symptomlidelser* er blitt introdusert (17, 18). Andre foreslår betegnelser som angir hva pasientens symptomer *ikke* er – for eksempel *ikke-epileptiske anfall* og *ikke-kardiale smerter* (19). Det er imidlertid et spørsmål om disse representerer noe mer enn overfladiske endringer og eufemismer. Begrepet *den eufemistiske tredemølle* er brukt om det å stadig se seg om etter nye ord som kan avløse tabuord, men som igjen må byttes ut fordi det nye ordet også får negative konnotasjoner.

«Den eufemistiske tredemølle er brukt om det å stadig se seg om etter nye ord som kan avløse tabuord, men som igjen må byttes ut fordi det nye ordet også får negative konnotasjoner»

Å navngi og tilby en akseptabel forklaring på pasientens plager er en sentral del av den diagnostiske og terapeutiske prosessen. Navneendringer alene kan imidlertid ikke løse de grunnleggende utfordringene knyttet til forståelse og behandling av komplekse funksjonelle symptomer, med mindre de ledsages av en dypere og gjennomgående endring i hvordan helsepersonell og samfunnet forstår disse tilstandene.

Å finne navn som er entydige og dekkende er utfordrende i mange områder av medisinen (5, 20). I klinisk praksis vil ofte utredninger avsluttes med konklusjoner som «ingen årsak funnet», at det er «sammensatt» eller ved å forklare pasientens symptomer ved å angi hva de *ikke* er. Slik praksis blir ofte et uheldig punktum i utredningen og gir ikke pasienten en meningsfull forklaring på plagene. Mange pasienter opplever å bli avvist, mistrodd og krenket, noe som fører til misforståelser og svekket tillit mellom pasient og behandler (21–23).

En pragmatisk løsning

Utfordringene knyttet til navnsetting er velkjente og har vært debattert i flere årtier. Det har vist seg vanskelig å finne en løsning som samler bred enighet. Anerkjente fagmiljøer i Europa, USA, Australia og også i Norden har imidlertid nå skåret igjennom ved å enes om betegnelsen *funksjonell*, men da med en ny definisjon: «en endret funksjon av nervesystemet og andre organsystemer» (5, 11, 24). Denne fornyede definisjonen åpner for en biopsykososial sykdomsforståelse og gjenspeiler symptomenes naturlige reversibilitet.

«Studier og egen kliniske erfaring indikerer at ordet *funksjonell*
oppleves som nøytralt og ikke støtende av pasientene»

Studier og egen kliniske erfaring indikerer at ordet *funksjonell* – i motsetning til det mange tror – oppleves som nøytralt og ikke støtende av pasientene når det blir forklart (22, 23). Betegnelsen er også godt kjent blant fagpersoner. På grunnlag av dette innførte Danmark i 2019 egne diagnosekoder for funksjonelle lidelser i den danske versjonen av ICD-10 (25). Diagnosene ble samlet i et nøytralt kapittel utenom kapitlene for psykiske lidelser og spesifikke organsykdommer (ramme 1). Dette er en pragmatisk løsning for å samle mange av de delvis overlappende betegnelse som brukes i dag. I tillegg er det i tråd med utviklingen i DSM-5 og ICD-11, som begge har innført funksjonell nevrologisk symptomlidelse som en egen diagnose (11).

Ordet *funksjonell* bør revitaleres

En felles terminologi og nomenklatur er essensielt for å sikre klarhet, presisjon og kvalitet i diagnostikk, behandling, forskning og kommunikasjon innen feltet funksjonelle lidelser. Å enes om en felles internasjonal betegnelse på tvers av fagområder i medisinen er en utfordrende, men nødvendig oppgave. Vi slutter opp om det arbeidet toneangivende internasjonale fagmiljøer har startet. En revitalisering av betegnelsen *funksjonell* er et viktig steg i riktig retning.

REFERENCES

1. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999; 130: 910–21. [PubMed][CrossRef]
2. Det Norske Akademis Ordbok. Funksjonell. <https://naob.no/ordbok/funksjonell> Lest 4. 12.2024.
3. Persvold AZ. Funksjonell. <https://snl.no/funksjonell> Lest 27.11.2024.
4. Myren S, Helgeland H. Legg vekt på positive tegn ved diagnostisering av funksjonell nevrologisk lidelse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0321. [PubMed][CrossRef]
5. Burton C, Fink P, Henningsen P et al. Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Med* 2020; 18: 34. [PubMed][CrossRef]
6. Creed F, Barsky A, Ann Leiknes K. Epidemiology: prevalence, causes and consequences. Cambridge: Cambridge University Press, 2011: 1–42.
7. Garraalda EM, Rask CU. Somatoform and related disorders. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 6. utg. Oxford: Wiley-Blackwell, 2015: 1035–54.
8. Trimble MR. Functional diseases. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982; 285: 1768–70. [PubMed][CrossRef]

9. Malt UF, Malt EA, Blomhoff S et al. Funksjonelle somatiske lidelser—en oversikt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1379–84. [PubMed]
10. Creed F, Guthrie E, Fink P et al. Is there a better term than "medically unexplained symptoms"? *J Psychosom Res* 2010; 68: 5–8. [PubMed][CrossRef]
11. Aybek S, Perez DL. Diagnosis and management of functional neurological disorder. *BMJ* 2022; 376: o64. [PubMed][CrossRef]
12. Reme SE. Medically unexplained symptoms explained. *Lancet* 2024; 403: 2568–9. [PubMed][CrossRef]
13. Hallett M, Aybek S, Dworetzky BA et al. Functional neurological disorder: new subtypes and shared mechanisms. *Lancet Neurol* 2022; 21: 537–50. [PubMed][CrossRef]
14. Budtz-Lilly A, Schröder A, Rask MT et al. Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Fam Pract* 2015; 16: 180. [PubMed][CrossRef]
15. Velazquez-Rodriguez Y, Fehily B. Functional neurological disorder: Historical trends and urgent directions. *J Neurol Res* 2023; 13: 12–32. [CrossRef]
16. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology* 2016; 150: 1262–79.e2. [PubMed][CrossRef]
17. Borchgrevink P, Fredheim O, Fors E et al. Hva er sammensatte lidelser? *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 1368. [CrossRef]
18. Finset A. Klinisk helsepsykologisk kartlegging ved sammensatte symptomtilstander. *Tidsskr Nor Psykol foren* 2024; 61: 915–23.
19. Nakken KO, Villagran A. Fra hysteroepilepsi til ikke-epileptiske anfall. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.0832. [CrossRef]
20. Fors EA, Jacobsen HB, Borchgrevink PC et al. Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring: Bakgrunn, nosologi og kliniske betraktninger med relevans for psykologer. *Tidsskr Nor Psykol foren* 2014; 51: 365–77.
21. Kozłowska K, Sawchuk T, Waugh JL et al. Changing the culture of care for children and adolescents with functional neurological disorder. *Epilepsy Behav Rep* 2021; 16: 100486. [PubMed][CrossRef]
22. Stone J, Wojcik W, Durrance D et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The "number needed to offend". *BMJ* 2002; 325: 1449–50. [PubMed][CrossRef]
23. McLoughlin C, Lee WH, Carson A et al. Iatrogenic harm in functional neurological disorder. *Brain* 2025; 148: 27–38. [PubMed][CrossRef]

24. Kozłowska K, Scher S, Helgeland H. Functional somatic symptoms in children and adolescents: The Stress-System Approach to assessment and treatment. London: Palgrave Macmillan, 2020.
25. Sundhedsstyrelsen. Kodning af funktionelle lidelser - Vejledning til sundhedspersonale. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2020/Vejledning-til-anvendelse-af-koder-for-funktionelle-lidelser> Lest 6.12.2024.
-

Publisert: 27. januar 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0573
Mottatt 1.11.2024, første revisjon innsendt 4.12.2024, godkjent 6.12.2024.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 22. februar 2026.