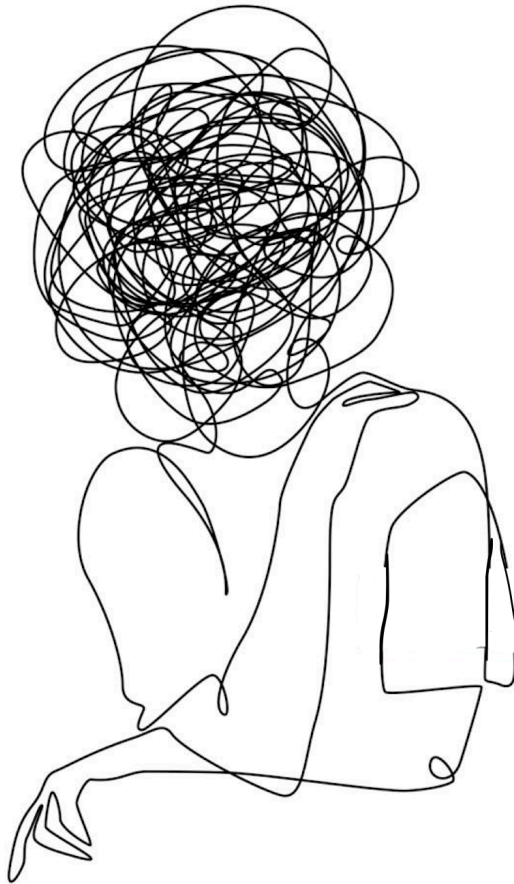


Barndomstraumers Tunge Arv

*En bio-psyko-social forståelse af funktionelle lidelser som konsekvens af
barndomstraumer samt psykologisk intervention heraf*



Rapportens samlede antal tegn

(med mellemrum & fodnoter): 285.467

Svarende til antal normalsider à 2400 tegn: 118,94

Line Niemann Jensen, Studienummer: 20195133

Maria Dollerup Kaucki, Studienummer: 20192977

Sofie Bøjstrup Christensen, Studienummer: 20194140

Vejleder: Casper Schmidt

10. Semester, Psykologi,

Kandidatspeciale

Aalborg Universitet

Dato: 31.05.2024

Abstract

Introduction: Functional disorders include a range of diagnoses and syndromes characterized by medically unexplained symptoms, challenging both patients and the healthcare system due to their elusive nature. These disorders are often misunderstood, leading to skepticism about their legitimacy. This thesis investigates functional disorders as a consequence of childhood trauma and identifies evidence-based psychological interventions. **Method:** A comprehensive literature review was conducted following the guidelines of PRISMA-ScR to provide an overview of existing research in the field. 16 articles were identified based on a set of inclusion and exclusion criteria. The findings from our literature review and the identification of key themes formed the basis for our theoretical analysis, which integrated current research within a broader theoretical framework. **Findings:** We found evidence of a higher prevalence of childhood trauma among individuals with functional disorders. Through the synthesis of our literature review, we identified the following main themes: the role of caregivers, personality traits, dysregulated levels of cortisol, depression, and early maladaptive schemas. Four theoretical perspectives were selected to represent these themes: attachment theory, a biopsychological approach, trait theory, and Young's schema theory, each contributing to the understanding of functional disorders as a consequence of childhood trauma. Four common features were identified and discussed regarding the development of functional disorders resulting from childhood trauma. The first feature concerns the degree of stress exposure, suggesting that the accumulation of stressors early in life can lead to an overload of the body's stress system and the development of maladaptive psychological processes. The second feature involves difficulties with emotions, specifically in identifying, differentiating, and managing emotions. Functional disorders can be understood as misinterpretations of bodily sensations arising from overwhelming emotions, where individuals are unable to link the emotional experience with the bodily reaction. The third feature pertains to interpersonal relationships, where individuals with functional disorders appear to have difficulties forming and maintaining meaningful relationships, limiting their opportunity for social support. This in turn will make them prone to develop functional disorders. The last feature involves heightened bodily aware-

ness, where individuals seem to focus on bodily sensations, leading to anxiety-driven interpretations of these sensations, which further reinforce and maintain the somatic symptoms. These common features appear to function as predisposing, precipitating, and perpetuating factors for functional disorders. It seems that the crucial factor in the development of functional disorders is not the childhood trauma itself but rather the complex interaction between individual, psychological, biological, and social factors shaping how the traumatic events are perceived. Based on this understanding of the etiology of functional disorders, this thesis also identified an overlap between functional disorders and stress-related disorders, advocating for a more stress-related perspective on functional disorders. Evidence was also provided supporting the use of psychodynamic approaches that focus on emotions and interpersonal patterns. This contradicts the recommendations of the Danish Health Authority, which advocates for cognitive approaches. Based on this, we decided to examine both Emotional Awareness and Expression Therapy and Psychodynamic Interpersonal Therapy, as well as Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy. Given the examined psychological interventions and the understanding of functional disorders as stress-related conditions, we propose integrating cognitive and psychodynamic approaches. Cognitive approaches should be included to manage comorbid psychiatric conditions and to disrupt dysfunctional thought patterns, while psychodynamic approaches should be included to address underlying mechanisms. Additionally, we recommend psychoeducation about the body's stress system and the identified common features. **Conclusion:** This thesis concludes that functional disorders can be understood as a consequence of childhood trauma, advocating for a stress-related approach to the understanding and treatment. Such an approach could enhance interventions by targeting the common underlying features of these disorders. Future research should explore the recommended combination of therapeutic approaches to improve treatment outcomes for functional disorders.

Indholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKTION	1
1.1 AFGRÆNSNING AF PROBLEMFELT	2
<i>1.1.1 Opbygning af afhandlingen</i>	<i>2</i>
<i>1.1.2 Besvarelse af problemformuleringen</i>	<i>2</i>
<i>1.1.3 Barndomstraumer</i>	<i>3</i>
<i>1.1.4 Funktionelle lidelser</i>	<i>6</i>
<i>1.1.5 Psykologisk intervention</i>	<i>8</i>
2.0 LITTERATURREVIEW	8
2.1 METODE.....	9
<i>2.1.1 Metodiske refleksioner bag litteraturreview.....</i>	<i>9</i>
2.1.2. Inklusions- og eksklusionskriterier	10
<i>2.1.2.1 Inklusionskriterier</i>	<i>10</i>
<i>2.1.2.2 Eksklusionskriterier</i>	<i>11</i>
<i>2.1.2.3 Refleksioner bag inklusions- og eksklusionskriterier.....</i>	<i>11</i>
2.1.3 Udvalgte databaser	13
2.1.4 Søgeprocessen.....	13
2.1.5 De udvalgte søgeord	14
<i>2.1.5.1 Blok 1: Barndomstraumer.....</i>	<i>14</i>
<i>2.1.5.2 Blok 2: Funktionelle lidelser</i>	<i>15</i>
<i>2.1.5.3 Blok 3: Intervention</i>	<i>15</i>
2.1.6 Screeningsprocessen	15
2.1.7 Ekstraktion af data	16
2.2 RESULTAT AF LITTERATURREVIEW.....	16
2.2.1 Årstal og ophavsland.....	24
2.2.2 Sample.....	24
2.2.3 Komorbiditet	26
2.2.4 Fordeling af køn.....	26
2.2.5 Design	26
<i>2.2.5.1 Studiedesign</i>	<i>26</i>
<i>2.2.5.2 Måleredskab til barndomstraumer.....</i>	<i>28</i>
<i>2.2.5.3 Måleredskab til funktionelle lidelser.....</i>	<i>29</i>
2.2.6 Formål	30
2.2.7 Opsamling.....	31
2.3 SYNTESE.....	31
2.3.1 Typer af barndomstraumer	31
<i>2.3.1.1 Opsamling af typer af barndomstraumer.....</i>	<i>36</i>
2.3.2 Medierende faktorer.....	36

2.3.2.1 Tilknytning	36
2.3.2.2 Tidlige maladaptive skemata	37
2.3.2.3 Personlighedstræk.....	38
2.3.2.4 Depression	39
2.3.2.5 Kortisol.....	39
2.3.2.6 Opsamling af medierende faktorer	40
2.3.3 Psykologisk intervention	40
2.3.3.1 Opsamling af intervention.....	42
2.3.4 Syntese sammenfatning.....	42
3.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER.....	43
3.1 TILKNYTNINGSTEORI	43
3.1.1 Tilknytningsteoriens oprindelse.....	44
3.1.2 Tilføjelser til tilknytningsteorien	46
3.1.3 Tilknytningsteori i relation til funktionelle lidelser	49
3.1.4 Kritisk blik på tilknytningsteori	51
3.1.5 Delkonklusion.....	53
3.2 DET BIOLOGISK-PSYKOLOGISKE PERSPEKTIV	53
3.2.1 Allostasemodellen og tilhørende processer	54
3.2.2 Stressfølsomme hjerneområder	57
3.2.3 Biologisk-psykologisk perspektiv i relation til funktionelle lidelser.....	57
3.2.3.1 Symptomproduktion	58
3.2.3.2 Symptomperception	59
3.2.4 Kritisk blik på det biologisk-psykologiske perspektiv.....	60
3.2.5 Delkonklusion.....	62
3.3 TRÆKTEORI.....	62
3.3.1 Personlighedstræk.....	62
3.3.1.1 Femfaktorteorien.....	63
3.3.1.2 Femfaktormodellen	64
3.3.2 Femfaktormodellen i relation til funktionelle lidelser.....	65
3.3.3 Aleksitymi	67
3.3.4 Aleksitymi i relation til funktionelle lidelser	68
3.3.5 Sammenhæng mellem aleksitymi og Femfaktormodellen.....	69
3.3.6 Kritisk blik på trækteori	70
3.3.7 Delkonklusion.....	71
3.4 YOUNGS SKEMATEORI.....	71
3.4.1 Tidlige maladaptive skemata.....	72
3.4.1.1 De fem domæner	73
3.4.2 Youngs skemateori i relation til funktionelle lidelser	75
3.4.3 Kritisk blik på Youngs skemateori.....	79
3.4.4 Delkonklusion.....	80
4.0 PSYKOLOGISK INTERVENTION	80

4.1 KOGNITIVE TERAPIFORMER	81
4.1.1 <i>Kognitiv adfærdsterapi</i>	81
4.1.2 <i>Acceptance and Commitment Therapy</i>	82
4.1.3 <i>Kognitive terapiformer i relation til funktionelle lidelser</i>	83
4.1.4 <i>Kritisk blik på kognitive terapiformer</i>	84
4.1.5 <i>Delkonklusion</i>	85
4.2 PSYKODYNAMISKE TERAPIFORMER	85
4.2.1 <i>Emotionsfokuseret psykodynamisk terapi</i>	86
4.2.2 <i>Psykodynamisk Interpersonel Terapi</i>	87
4.2.3 <i>Psykodynamiske terapiformer i relation til funktionelle lidelser</i>	88
4.2.4 <i>Kritisk blik på psykodynamiske terapiformer</i>	90
4.2.5 <i>Delkonklusion</i>	91
5.0 DISKUSSION	91
5.1 DISKUSSION AF SAMSPILLET MELLEM TEORIERNE	91
5.1.1 <i>Graden af traumeeksponering</i>	92
5.1.2 <i>Emotioner</i>	94
5.1.3 <i>Dysfunktionelle relationer</i>	95
5.1.4 <i>Skærpet opmærksomhed</i>	97
5.2 DISKUSSION AF FUNKTIONELLE LIDELSER SOM EN STRESSLIDELSE	98
5.2.1 <i>Sammenstilling med stresslidelser</i>	99
5.2.2 <i>Funktionelle lidelser og individuelle forskelle</i>	102
5.3 PSYKOLOGISK INTERVENTION AF FUNKTIONELLE LIDELSER	103
5.3.1 <i>Stigmatisering af funktionelle lidelser i sundhedssystemet</i>	107
5.4 DISKUSSION AF AFHANDLINGENS METODISKE FREMGANGSMÅDE	109
5.5 PRAKTISKE IMPLIKATIONER OG FREMTIDIG FORSKNING	110
6.0 KONKLUSION	112
7.0 PENSUMOPGØRELSE	116
8.0 REFERENCELISTE	139

Bilag 1: Samlet søgestreng

Forsideillustration: Copyright, IStock:

<https://www.istockphoto.com/vector/continuous-one-line-drawing-of-a-woman-with-confused-feelings-worried-about-bad-gm1339047270-419476701>, Tilgået 30.05.24.

1.0 Introduktion

Funktionelle lidelser er en samlebetegnelse, der udgør en kompleks og ofte misforstået kategori af lidelser, som plager både patienter og sundhedsvæsenet, grundet deres uforklarlige natur. Disse lidelser har ofte været genstand for forvirring og misforståelser, eftersom funktionelle lidelser netop ikke kan påvises gennem konventionelle medicinske tests, hvilket har ført til, at de ofte fejlagtigt betragtes som såkaldte "skraldespandsdiagnoser" - diagnoser, der gives, når forklaringen på symptombilledet ikke passer ind i den konventionelle medicinske model. Resultatet er en forvrænget opfattelse af lidelserne, der negligerer de reelle og invaliderende symptomer og konsekvenser, disse har for dem, der lever med dem (Brostrøm, 2019). En interessant tankegang opstår, når man overvejer, om der ligger en dybere årsag bag disse lidelser, og hvis dette er tilfældet, om en forklaring bag kan bidrage til at mane forvirringerne til jorden. Forskning tyder generelt på, at oplevelser af modgang og traumer i barndommen er tæt forbundet med psykologisk sårbarhed og udviklingen af psykopatologi senere i livet (Greenman et al., 2024; Lovis-Schmidt et al., 2022; McLaughlin & Lambert, 2017). Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt barndomstraumer også kan udgøre en underliggende årsag til funktionelle lidelser?

Konsekvenserne af dette syn på funktionelle lidelser bliver endnu mere presserende, når man tager i betragtning, at omkring 10% af den danske befolkning, svarende til ca. 430.000 mennesker, lider af funktionelle lidelser i en sådan grad, at det påvirker deres livskvalitet (Funktionelle Lidelser, 2023). Derfor er det vigtigt at revurdere vores forståelse af funktionelle lidelser, samt udforske de potentielle mekanismer der kan ligge bag, med det formål at kunne målrette interventionen heraf mere effektivt. Ved at dykke ned i dette komplekse felt håber vi at kunne bidrage til en dybere forståelse af funktionelle lidelser og disses relation til barndomstraumer. Derudover ønsker vi at identificere effektive psykologiske interventioner, der kan hjælpe de berørte individer med at håndtere deres lidelser og forbedre deres livskvalitet. På baggrund af disse overvejelser formuleres følgende problemstilling for denne afhandling:

Hvorledes kan funktionelle lidelser forstås som en konsekvens af barndomstraumer, og hvilke psykologiske interventioner findes der her evidens for at anvende?

1.1 Afgrænsning af problemfelt

1.1.1 Opbygning af afhandlingen

Nærværende afhandling ønsker at udforske betydningen af barndomstraumer som led i ætiologien bag funktionelle lidelser, samt hvilke psykologiske interventionsformer, der egner sig bedst til denne patientgruppe. For at besvare problemformuleringen på bedst mulig vis, vil afhandlingen indledes med en beskrivelse af, hvorledes vi vil gribe vores besvarelse af problemformuleringen metodisk an, samt en afgrænsning af relevante kernebegreber. Dernæst vil følge et litteraturreview, der søger at afdække og sammenfatte den eksisterende litteratur på området med henblik på at identificere aktuelle mønstre, uoverensstemmelser og huller i den eksisterende viden. Herefter følger en præsentation og syntese af de identificerede tematikker fra litteraturnemgangen, herunder de teoretiske forståelsesrammer og fremhævede psykologiske interventionsformer. De identificerede tematikker fra syntesen vil danne grundlaget for den efterfølgende del af afhandlingen, hvor de teoretiske perspektiver; tilknytningsteori, trækteori, biologisk-psykologisk perspektiv og Youngs skemateori vil redegøres for samt diskuteres med henblik på at forstå forholdet mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser. Desuden vil der, i forlængelse heraf, foretages en redegørelse samt diskussion af de kognitive interventionsformer; kognitiv adfærdsterapi og Acceptance and Commitment Therapy samt de psykodynamiske interventionsformer; emotionsfokuseret psykodynamisk terapi og psykodynamisk interpersonel terapi. Dette i et forsøg på at bestemme den mest hensigtsmæssige interventionsform for denne patientgruppe.

I efterfølgende afsnit vil vi diskutere samspillet mellem de teoretiske perspektiver for at identificere potentielle fællestræk for patientgruppen i et forsøg på at opnå en dybere forståelse af ætiologien bag funktionelle lidelser. I forlængelse heraf vil vi diskutere, hvorledes afhandlingen kan bidrage med en ny måde at anskue funktionelle lidelser på samt målrette behandlingen heraf. Herefter vil følge en diskussion af afhandlingens styrker og begrænsninger. Afslutningsvis vil afhandlingen afsluttes med en konklusion af afhandlingens fund.

1.1.2 Besvarelse af problemformuleringen

Til besvarelsen af vores problemformulering finder vi det fordelagtigt at lave en teoretisk afhandling, hvor det traditionelle litteraturreview erstattes af scoping reviewets

tilgang til metode og rapportering af resultater (se afsnit 2.1.1 for uddybning heraf). Vi anser denne tilgang til litteraturreviewet som et vigtigt redskab til at kortlægge og opsummere den eksisterende forskning, identificere nøgletematikker og huller i forskningen, samt give et overblik over empiriske studier og interventioner på området. Ved at udforske litteraturen bredt kan vi identificere relevante tematikker og mønstre, som danner grundlaget for vores videre analyse. Med afsæt i vores problemformulering har vi et ønske om at *forstå* denne sammenhæng og således integrere den præsenterede forskning i en bredere teoretisk ramme. Den teoretiske del af afhandlingen skal altså bidrage til at kontekstualisere og analysere fundene fra litteraturreviewet inden for relevante teoretiske perspektiver og interventionsformer. Ved at inddrage forskellige teoretiske forståelsesrammer søger vi at forstå mekanismerne bag sammenhængen mellem barndomstraumer og udviklingen af funktionelle lidelser mere dybdegående. Desuden tillader det teoretiske perspektiv, at vi kan evaluere de identificerede psykologiske interventioner i en bredere kontekst, hvor vi kan belyse, hvorledes de forskellige psykoterapeutiske tilgange synes hensigtsmæssige for den undersøgte patientgruppe. Sammenlagt giver denne kombination en mere omfattende og nuanceret forståelse af emnet ved at integrere de empiriske fund fra litteraturreviewet i en teoretisk forståelsesramme.

1.1.3 Barndomstraumer

Barndomstraumer er en facet under begrebet 'traume', der specifikt refererer til traumatiske oplevelser, der indtræffer i alderen 0 til og med 17 år (The National Child Traumatic Stress Network, 2024). Begrebet traume er et bredt koncept, der er genstand for manglende epistemologisk klarhed og fremstår derfor med divergerende forståelser i litteraturen (Krupnik, 2019). Overordnet findes to modstridende tendenser i litteraturen på traumeområdet i forhold til, hvor bred eller snæver definitionen heraf bør være. På den ene side findes en tilgang, der ser traumer som en snæver kategori, der indebærer det at være direkte eller indirekte udsat for faktisk eller trussel om henholdsvis død, alvorlig skade eller seksuel vold (American Psychiatric Association, 2013; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition). Et lignende, men mere omfattende syn på traumer inkluderer her ligeledes den psykologiske trussel som væsentlig i definitionen, hvor der refereres til begivenheder, der udgør en betydelig trussel (fysisk såvel som emotionel) for sikkerheden af individet

eller dets kære, som subjektivt opleves overvældende (American Psychiatric Association, 2013).

Den anden tendens i litteraturen udvider betydeligt forståelsen, hvor traumebegrebet defineres bredt og åbent som enhver oplevelse, der har haft langvarige, negative effekter på individet og dets psyke (Shapiro, 2017, if. Krupnik, 2019). Et traume for én er ikke nødvendigvis et traume for en anden, hvorfor litteraturen også anvender begrebet om *oplevelser af modgang i barndommen* (eng: adverse childhood experiences [ACEs]; Greenman et al., 2024; López-Martínez et al., 2018; Lovis-Schmidt et al., 2022). Betegnelsen rummer, at ACEs er subjektive, hvorfor disse ikke nødvendigvis opleves som traumatiske for barnet. ACEs beskrives som potentielt traumatiske oplevelser i barndommen, der kan have langvarige negative effekter på sundhed og velvære, hvilket inkluderer omsorgssvigt og misbrug af både fysisk og/eller emotionel karakter, såvel som det at leve i et miljø, der er skadeligt for barnets udvikling (Boullier & Blair, 2018). Den brede definition af traumer udvisker grænsen mellem traumer og modgang (eng: adversity) og lægger op til, at flere aspekter spiller ind på, hvordan en begivenhed eller oplevelse opfattes, og dermed vil der også være variation i konsekvenserne og responsen heraf (Boullier & Blair, 2018; Krupnik, 2019). I forbindelse med individets oplevelse af modgang og traumatiske hændelser i barndommen vil afhandlingen forholde sig til individets emotioner og følelser hertil, hvorfor vi finder det relevant at afgrænse vores forståelse af disse begreber. Vi er bekendt med, at det er to begreber, som ofte hænger sammen, hvor emotioner anses som et reaktionsmønster, der omfatter fysiologiske, erfarings- og adfærdsmæssige elementer, mens følelser nærmere er den bevidste oplevelse af emotionen (American Psychological Association, 2018b; Damasio & Carvalho, 2013). Ud fra denne definition kan man forstå følelser som en del af emotioner, hvorfor man kan argumentere for, at det kan være svært altid at skelne mellem disse oplevelser. Derfor vil vi i afhandlingen veksle mellem begreberne og bruge dem synonymt med tanken om, at begge begreber henviser til individets subjektive - samt kropslige oplevelse af en hændelse.

I nærværende afhandling forstås begrebet barndomstraumer altså i dets brede forstand; oplevelser sket i barndommen, der for individet opleves traumatisk, og som kan være af både fysisk - og/eller emotionel karakter. Overordnet findes to forskellige typer af barndomstraumer; omsorgssvigt og misbrug. *Omsorgssvigt* refererer til passive handlinger, hvor barnet ikke får opfyldt sine behov, hvilket fører til potentiel

eller faktisk skade, hvor *misbrug* defineres som en aktiv handling, der potentielt er skadende for barnet (Gonzalez et al., 2023). Under disse distanceres yderligere mellem henholdsvis emotionelt -, fysisk - og seksuelt misbrug, samt fysisk - og emotionelt omsorgssvigt. *Emotionelt misbrug* refererer her til verbalt misbrug, ydmygelse og handlinger, der opleves skræmmende af barnet, hvorimod *fysisk misbrug* inkluderer afstraffelser af fysisk karakter, herunder slag og bid. *Seksuelt misbrug* defineres som seksuelle, grænseoverskridende handlinger overfor barnet, såsom penetrering og upassende berøring. Hvor *fysisk omsorgssvigt* forstås som uopfyldte basale behov, herunder mangel på mad og tøj, da refererer *emotionelt omsorgssvigt* til manglende opfyldelse af barnets basale emotionelle og psykologiske behov, såsom omsorg og kærlighed (Gonzalez et al., 2023). For at disse hændelser karakteriseres som traumatiske, skal de af individet opleves som værende fysisk eller emotionelt skadelige eller livstruende, hvilket påvirker individets funktionsevne samt mentale -, fysiske -, sociale - og emotionelle trivsel i en negativ retning (Krupnik, 2019; SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative, 2014).

I litteraturen findes forskellige måder at måle barndomstraumer på, hvor særligt to går igen (Greenman et al., 2024; López-Martínez et al., 2018; Lovis-Schmidt et al., 2022). Den første er *Adverse Childhood Experiences Questionnaire* (ACE-Q), som anvendes både i praksis samt er repræsenteret i forskningslitteraturen som et redskab, der måler på antal forskellige typer af traumer eller ACEs (Bortfeld & Bunge, 2024; Felitti et al., 1998). Spørgeskemaet består af 10 udsagn, hvor fem er relateret til personlige forhold såsom fysisk -, verbalt - og seksuelt misbrug samt fysisk - og emotionelt omsorgssvigt. De resterende fem udsagn fokuserer på andre familiemedlemmer, herunder tilstedeværelsen af en alkoholiseret forælder, skilsmisse, hustruvold i hjemmet, et familiemedlem i fængsel eller diagnosticeret med en psykisk lidelse (Felitti et al., 1998). Dog bør man forholde sig kritisk til brugen af ACE-Q som værktøj, idet det alene kvantificerer antallet af forskellige ACEs og ikke tager højde for akkumulerede traumer af samme type eller forskel i påvirkning mellem individer, hvilket potentielt kan forvrænge vurderingen, eftersom alle negative oplevelser vægtes lige højt (Bortfeld & Bunge, 2024). Et alternativt måleredskab er *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), som fokuserer mere direkte på påvirkningen af barndomstraumer, hvor den måler på dimensionerne emotionelt -, fysisk - og seksuelt misbrug samt fysisk - og emotionelt omsorgssvigt. CTQ fokuserer på omfanget af de forskellige typer af traumer ved at vurdere, hvor ofte forekommende udsagnet, som beskri-

ves, var under opvæksten på en femtrinsskala (Georgieva et al., 2021). Eftersom vi har en bred definition af barndomstraumer, da medtager vi både definitionerne bag ACE-Q og CTQ.

1.1.4 Funktionelle lidelser

I afhandlingen anvender vi termen *funktionelle lidelser* som en samlebetegnelse for en række diagnostiske lidelser, der er beskrevet i henholdsvis American Psychiatric Association's (APA) og World Health Organization's (WHO) diagnosemanualer. Eftersom en større del af den internationale forskningslitteratur tager udgangspunkt i APA's diagnosemanual, har vi valgt også at inddrage denne i vores definition og ikke blot WHO's, som ellers anvendes i det danske sundhedsvæsen (Simonsen, 2017). Her henvises specifikt til diagnosemanualerne Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. udgave (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013), International Classification of Diseases 10. udgave (ICD-10; World Health Organization, 1994) og International Classification of Diseases 11. udgave (ICD-11; World Health Organization, 2022). Når vi i afhandlingen anvender betegnelsen funktionelle lidelser, refererer vi til diagnostiske lidelser, som er karakteriseret af somatiske symptomer, men hvor det hverken er muligt at klarlægge en organisk årsag herfor, eller forklare disse symptomer ud fra en allerede kendt somatisk eller psykiatrisk lidelse (Fink & Rosendal, 2012). Det er dog vigtigt at pointere, at selvom disse diagnoser har ovenstående tilfælles, adskiller de sig i måden de somatiske symptomer kommer til udtryk på. Eksempelvis kan én type af funktionelle lidelser være karakteriseret af somatiske symptomer i form af smerter, en anden af anfald og en tredje af motoriske forstyrrelser (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2022).

Helt konkret inkluderer vi, i vores samlebetegnelse 'funktionelle lidelser', alle diagnoser under ICD-10 kapitlet F45 Somatoform disorders. Derudover inkluderes Bodily Distress Disorder, også betegnet i litteraturen som Bodily Distress Syndrome, fra ICD-11 med diagnosekoden 6C20. Ligeledes inkluderes Somatic symptom disorder, Functional neurological symptom disorder og øvrige specificerede og uspecificerede somatoforme diagnoser fra DSM-V. Ydermere inkluderer vi, i denne samlebetegnelse, de funktionelle syndromdiagnoser, som passer til vores definition af funktionelle lidelser. I de fleste tilfælde dækker disse syndromdiagnoser over det samme, som de somatoforme tilstande, da årsagen bag de somatiske symptomer også her er ukendte,

samt at disse syndromdiagnoser bygger på subjektive klager uden verificerbare objektive, kliniske fund (Fink & Rosendal, 2012). Disse funktionelle syndromdiagnoser tages ud fra de somatiske kapitler i ICD-10 og DSM-V. Her er blandt andet tale om diagnoser såsom fibromyalgi, irritable tyktarm og ikke-kardiogene brystmerter. Dog findes det relevant at tydeliggøre, at vi ekskluderer postviralt træthedssyndrom, helbredsangst, sygdomsefterligning og dissociative lidelser fra vores definition af funktionelle lidelser, selvom disse oftest medtages i samlebetegnelsen af funktionelle lidelser (Fink & Rosendal, 2012). Dette vælger vi at gøre af to primære årsager. For det første, da disse er direkte eksklusionskriterier for diagnosen Bodily Distress Disorder i ICD-11, og for det andet fordi de adskiller sig væsentligt fra de ovenstående beskrevne funktionelle lidelser i deres primære og dominerende symptom-billeder. Dog medtager vi, på trods af ovenstående eksklusion af dissociative lidelser, underkategorien Dissociative neurological symptom disorder med koden 6B60 i ICD-11. Dette valg begrundes i, at disse symptomer er af somatoform karakter, hvorfor de opfylder vores definition af funktionelle lidelser (McHugh & Egan, 2023).

Ud fra ovenstående står det klart, at vi i afhandlingen har en bred definition og forståelse af funktionelle lidelser, hvor vi både inkluderer somatiske symptomer af neurologisk - såvel som kropslig karakter. Dette begrundes af, at vi ønsker at forholde os eksplorativt i undersøgelsen af vores problemformulering. Ydermere kan man argumentere for, at valget om en bred definition af funktionelle lidelser støttes af ICD-11's nye betegnelse Bodily Distress Disorder, som netop samler flere af diagnoserne fra kapitel F45 i ICD-10 under denne betegnelse. Dette støttes endvidere af evidens fra studierne af henholdsvis Fink og Schröder (2010) samt Häuser og kollegaer (2020). Begge studier undersøgte, om patienter, diagnosticeret med forskellige typer af funktionelle lidelser, ville blive identificeret og diagnosticeret ud fra den nye betegnelse Bodily Distress Disorder. Fink og Schröder (2010) fandt, at alle deres deltagere med fibromyalgi ($n = 58$), 98% af dem med irritable tyktarm ($n = 43$) og 90% af dem med ikke-kardiogene brystmerter ($n = 129$) levede op til kriterierne for Bodily Distress Disorder. Häuser og kollegaer (2020) fandt desuden et overlap, hvor hele 83% af deres deltagere, der mødte kriterierne for fibromyalgi ($n = 75$), ligeledes opfyldte kriterierne for Bodily Distress Disorder. Ud fra disse fund, kan man argumentere for, at funktionelle lidelser ikke nødvendigvis bør forstås som forskellige, adskilte diagnoser, men nærmere som variationer af samme underliggende fænomen (Fink & Schröder, 2010; Häuser et al., 2020) Det er netop sådan, at vi forstår og anvender

betegnelsen funktionelle lidelser i denne afhandling, hvortil vi ønsker at undersøge om barndomstraumer kan anses som værende et underliggende fælles fænomen. Endvidere hvorvidt denne mulige fælleshed i ætiologi på tværs af funktionelle lidelser kan give et bedre grundlag for interventionen med denne patientgruppe.

1.1.5 Psykologisk intervention

Når vi i denne afhandling benytter os af betegnelsen *intervention*, henviser vi udelukkende til den psykologiske intervention og behandling, som foregår i mødet med patienten; om dette måtte være fysisk eller online, individuelt eller gruppebaseret. Med intervention henvises der til handlinger, hvor man som sundhedspersonale griber ind i en proces for enten at modificere, vejlede, hæmme eller stoppe denne hos og med patienten (American Psychological Association, 2023). Eksempler på dette kunne være psykoedukation, hvor man forsøger at uddanne og vejlede patienten i den diagnose eller proces, de måtte opleve eller terapeutisk behandling, hvor man gennem forskellige redskaber kan forsøge at mindske symptomerne i samarbejde med patienten (Mughairbi et al., 2020; Poulsen & Simonsen, 2017). Selve metoden og ontologien varierer på tværs af de psykologiske interventioner, hvor nogle interventionsformer fokuserer mest på bearbejdning af bagvedliggende årsagsmekanismer, da fokuserer andre på symptombilledet og lindring heraf (Hayes et al., 2006; Lovis-Schmidt et al., 2022; Lumley & Schubiner, 2019). I afhandlingen vil vi kigge ind i forskellige former for psykologiske interventioner - særligt med fokus på, hvilke der findes evidens for at være effektive til den undersøgte patientgruppe. Det er dog vigtigt at pointere, at eftersom vi i afhandlingen har fokus på psykologisk intervention, vil vi *ikke* beskæftige os med medicinske former for intervention i denne afhandling, selvom det er kendt at behandle visse patienter med funktionelle lidelser medicinsk (Fink & Rosendal, 2012).

2.0 Litteraturreview

I dette afsnit præsenteres syntesen af vores litteraturreview, som grundet afhandlingens problemformulering blev fundet relevant at inddele i flere afsnit, henholdsvis typer af barndomstraumer, medierende faktorer og psykologisk intervention. Syntesen leder ud i en identificering af en række tematikker, som præsenteres til slut i af-

snittet. Afsnittet indledes dog med en beskrivelse og argumentation for den metodiske tilgang i vores litteraturreview.

2.1 Metode

Følgende afsnit indeholder en redegørelse af vores valg af metode i litteraturreviewet, hvor vi først præsenterer vores valg og refleksioner herom. Dernæst vil den konkrete anvendte metode til vores litteraturreview blive skitseret, herunder præsentation af og argumentation for vores fremgangsmåde.

2.1.1 Metodiske refleksioner bag litteraturreview

I vores afhandling har vi valgt at anvende et litteraturreview som en del af besvarelsen af vores problemformulering. Dette først og fremmest for at skabe en klarhed over, hvad der eksisterer af forskning og evidens på området, men også for at undersøge, hvilke fund og tematikker, der går igen på tværs af litteraturen. Det er netop disse fund og tematikker, som vores afhandling ønsker at undersøge teoretisk - her med det formål at besvare vores problemformulering og teoretisk forstå, hvorvidt barndomstraumer kan være en årsagsforklaring til den senere udvikling af funktionelle lidelser. Dette vil ikke kun give os en bredere og dybere forståelse af, hvordan funktionelle lidelser kan forstås i lyset af barndomstraumer, men også muligheden for at undersøge, hvilke interventionsformer, baseret på fundene fra litteraturreviewet og den teoretiske undersøgelse, der kan argumenteres for at egne sig bedst til denne patientgruppe. Dette stiller en række krav til os, da vores besvarelse af problemformuleringen derved bygger på vores litteraturreview og fund heri. Vi finder det derfor relevant at præsentere metoden og dertilhørende refleksioner bag vores litteraturreview for at øge gennemsigtigheden i vores metode og tilgang.

Det traditionelle litteraturreview er kritiseret for at rumme en vis grad af subjektivitet, eftersom forfatteren bag reviewet ikke følger bestemte retningslinjer, men blot selv finder frem til de ønskede tekster. Dette kan føre til et litteraturreview præget af forfatterens egne holdninger og forventninger til forskningsområdet, der undersøges (Munn et al., 2018). Man kan argumentere for, at dette øger risikoen for, at man misser relevant litteratur og i værste fald ender ud med et misvisende billede af forskningslitteraturen på området. For at opnå en mere systematisk fremgangsmåde med reduceret subjektivitet, da findes der to hyppigt anvendte procedurer; et systematisk

review og et scoping review (Munn et al., 2018). Pandis (2011) beskriver det systematiske review som værende den metode, der tilbyder det højeste evidensniveau grundet dets stringente fokus på systematik og gennemsigtighed. Hvis man tager udgangspunkt i Munn og kollegaer (2018) samt Tricco og kollegaer (2018), er dog både scoping reviewet og det systematiske review en valid metode, hvis man vil være gennemsigtig i sin måde at fremskaffe evidens på, afhængig af forskningsspørgsmålet man ønsker at undersøge. Et systematisk review er mest hensigtsmæssigt, når man ønsker at besvare et specifikt forskningsspørgsmål med henblik på anvendelse i kliniske sammenhænge. Omvendt er et scoping review mere velegnet til eksplorative formål, hvor man søger at identificere og diskutere forskellige koncepter i forskningslitteraturen (Munn et al., 2018; Tricco et al., 2018). De tilføjer desuden, at man kan styrke sit litteraturreview ved at tage udgangspunkt i metoden bag et scoping review. Dette for at undgå de fejlkilder, det traditionelle litteraturreview ofte falder i; subjektiv bias og beskrivelse af litteratur, der er præget af forfatterens egne tanker om konceptet (Munn et al., 2018; Tricco et al., 2018).

Eftersom vi ønsker en bred og eksplorativ tilgang, har vi valgt at anvende PRISMA's procedure for metode og resultater for et scoping review (Tricco et al., 2018). Man kan argumentere for, at anvendelsen af et scoping reviews tilgang til metode og af-rapportering af resultater reducerer den subjektive bias, eftersom denne netop går mere systematisk til værks i måden at tilgå og udvælge litteratur. Ydermere er det en metode, som tager udgangspunkt i og anvender kriterier, der på forhånd er opstillet og beskrevet for forfatteren; hvordan man skal søge, identificere og udvælge litteratur, hvilket gør hele processen mere gennemsigtig end det traditionelle litteraturreview (Munn et al., 2018).

2.1.2. Inklusions- og eksklusionskriterier

Inden påbegyndelsen af litteratursøgning opstillede vi en række forskellige inklusions- og eksklusionskriterier for, hvilke artikler der skulle indgå i litteraturreviewet. Følgende afsnit vil gennemgå disse.

2.1.2.1 Inklusionskriterier

- Minimum to engelske kernebegreber relateret til henholdsvis barndomstraumer, funktionelle lidelser eller intervention skal indgå i titel og/eller abstract
- Separat gruppe af deltagere i aldersgruppen 18+

-
- Studier skal være udgivet på dansk, engelsk, norsk eller svensk
 - Studier skal være peer-reviewed
 - Funktionelle lidelser skal være tydeligt defineret og i overensstemmelse med vores afgrænsning heraf
 - Studierne skal være primærforskning

2.1.2.2 Eksklusionskriterier

- Hvis to engelske kernebegreber relateret til barndomstraumer, funktionelle lidelser eller intervention ikke indgår i titel og/eller abstract
- Aldersgruppe under 18 år
- Andet sprog end dansk, engelsk, norsk eller svensk
- Ikke peer-reviewed
- Ikke overensstemmende med vores definition af funktionelle lidelser
- Bogkapitler, anmeldelser, kommentarer og sekundære kilder
- Studier som inddrager specifikke komorbide psykiatriske diagnoser

2.1.2.3 Refleksioner bag inklusions- og eksklusionskriterier

Først og fremmest lød et krav på, at to ud af tre engelske ord relateret til følgende kernebegreber skulle indgå i enten titel eller abstract af studiet: Barndomstraumer, funktionelle lidelser eller intervention i forbindelse med funktionel lidelse. Det skal pointeres, at vi her er bevidste om, at der findes en række synonymer for samtlige kernebegreber, hvorfor vi tog højde for, at disse ord kunne være angivet på forskellige måder. Vi valgte derfor, at mindst to af kernebegreberne skulle indgå, da det jævnfør vores problemformulering er forholdet mellem disse faktorer, som vi er interesserede i. Desuden er vi interesserede i interventionsformer anvendt i forbindelse med funktionelle lidelser, hvorfor det ikke var relevant at inkludere studier, der undersøger en generel effekt af interventionsformer i andre diagnostiske sammenhænge.

Derudover besluttede vi, at deltagerne i studierne skal være voksne; defineret som 18 år og ældre. Dette valgte vi, da vi er interesserede i at undersøge forholdet mellem barndomstraumer og en eventuel udvikling af funktionelle lidelser i voksenlivet. Når vi i vores inklusionskriterier skriver, at det skal være en separat gruppe af deltagere i aldersgruppen 18+, menes der, at det ud fra studiet skal være muligt at kunne læse resultater tilhørende den gruppe udelukkende bestående af voksne. Dermed udeluk-

kede vi ikke studier, som også har undersøgt yngre grupper end 18 år, så længe resultaterne er adskilte mellem de respektive grupper, således det er klart defineret, hvilke fund der tilhører aldersgruppen på 18+.

Vi valgte herudover, at et inklusionskriterie skulle være, at studierne skulle være udgivet på enten engelsk, dansk eller andet skandinavisk sprog med den begrundelse, at alle i gruppen selv skal kunne læse og forstå artiklerne, hvorfor vi har ekskluderet artikler på andre sprog end de førnævnte. Desuden opstillede vi et krav om, at studierne skulle være peer-reviewed, hvilket vi gjorde for at sikre kvaliteten i studierne. Udover at studierne skulle være peer-reviewed, havde vi et inklusionskriterie, som lød, at studierne skulle være primærforskning. Her refererer primærforskning til oprindelige, empiriske, kvantitative - eller kvalitative studier. Dette betød således, at bogkapitler, anmeldelser, kommentarer og sekundære kilder i form af systematiske reviews eller meta-analyser blev ekskluderet. Dette valgte vi at gøre, da vi ønskede den oprindelige forfatters fund, og ikke sekundære forfatteres tolkninger eller sammensætning af andres fund.

Ydermere opstillede vi et kriterie om, at studierne definerede funktionelle lidelser i overensstemmelse med vores definition; lidelser uden organisk forklaring, eller hvor en anden allerede kendt somatisk - eller psykiatrisk lidelse synes at kunne forklare symptomerne. I den forbindelse indebar dette inklusionskriterie desuden, at deltagerne i studiet enten skulle være diagnosticeret med en funktionel lidelse på forhånd eller i forbindelse med studiet finde ud af, at deltagerne levede op til kriterierne for diagnosticering af en funktionel lidelse jævnfør DSM-V, ICD-10 eller ICD-11. På baggrund heraf valgte vi derfor at ekskludere studier, som undersøgte grupper med somatiske symptomer, men hvor disse ikke udfoldede sig i tilstrækkelig grad til at blive diagnosticeret som en funktionel lidelse. Dette valgte vi, da afhandlingen netop vil undersøge forholdet mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser, hvorfor en diagnosticering heraf er nødvendig for at kunne forholde sig til sammenhængen herimellem. Desuden valgte vi, med afsæt i afsnit 1.1.4, at ekskludere studier, som eksplicit og alene undersøgte postviralt træthedssyndrom, helbredsangst, sygdomsefterligning og dissociative lidelser, medmindre disse udartede sig som somatoform dissociation. I forlængelse af vores inklusionskriterier for deltagergrupperne, opstillede vi desuden et eksklusionskriterie, som lød, at vi *ikke* inddrager studier, hvor deltagere med en funktionel lidelse har andre specifikke psykiatriske komorbide diagnoser. Vi er bekendt med, at det er en patientgruppe, hvor der findes høj grad af komor-

biditet, men vi valgte at ekskludere studier, hvor deltagerne havde komorbide lidelser i form af sværere personlighedsforstyrrelser samt skizofreni (Fink & Rosendal, 2012). Dette valg blev foretaget, da disse psykiatriske diagnoser kan forvrænge virkelighedsopfattelsen, eftersom der her kan forekomme dissociative -, paranoide - eller psykoselignende tilstande (World Health Organization, 2022).

2.1.3 Udvalgte databaser

Valget af databaser blev overvejet i forbindelse med vores litteratursøgning, og vi besluttede os for at anvende de to søgemaskiner PubMed og APA PsycInfo. Valget af PubMed og PsycInfo blev begrundet i en søgeworkshop, der blev afholdt af medarbejdere på Aalborgs Universitetsbibliotek, hvor netop disse blev anbefalet til den strukturerede litteratursøgning, grundet deres brede dækning af litteratur indenfor vores område. PubMed tilbyder et bredt udvalg af litteratur indenfor det biomedicinske - samt sundhedsvidenskabelige område, mens APA PsycInfo er velegnet til litteratur indenfor det psykologiske -, sociale -, adfærdsmæssige - og sundhedsvidenskabelige område (APA PsycInfo, 2024; PubMed, 2024). Kombinationen af disse to databaser sikrer derfor en omfattende dækning af litteratur på tværs af de forskellige discipliner.

2.1.4 Søgeprocessen

Eftersom vi i vores litteraturreview tog afsæt i metoden fra et scoping review, var det nødvendigt gennem eksisterende litteratur først at identificere relevante søgeord som led i forberedelsesarbejdet. Idet afhandlingens problemformulering omfatter tre kernebegreber, var disse ligeledes centrale i vores søgning, hvilket resulterede i tre separate blokke af søgetermer. Eftersom databaserne er internationale, var de udvalgte søgeord til blokkene udformet på engelsk.

Første blok var baseret på kernebegrebet 'barndomstraumer' og tilknyttede synonymer samt relaterede alternative ordvalg og udtryk, såsom *childhood trauma*, *adverse childhood experiences* og *child neglect*. Ud over disse søgeord blev også mere avancerede søgninger udført ved hjælp af thesaurussøgninger, som omfattede de kontrollerede emneord, der anvendes til at indekserer referencer i databaserne. De relevante indekstermer, identificeret gennem thesaurussøgningen, blev inkluderet i søgningen og kombineret med de oprindelige søgeord ved brug af den Booleske operator "OR",

som gør, at man søger i litteratur, hvor minimum et af ordene indgår og således udvider sin søgning. Denne funktion anvendte vi ved alle tre blokke.

Anden søgeblok omhandlede ord relateret til kernebegrebet 'funktionelle lidelser'. Særligt her var forarbejdet vigtigt, eftersom vi skulle præcisere vores egen definition af funktionelle lidelser, og hvorledes forskningslitteraturen betegner og har betegnet funktionelle lidelser gennem tiden. Terminologien for funktionelle lidelser er præget af uoverensstemmelser og forvirring i litteraturen, hvorfor vi valgte at søge bredt og derfor også medtage betegnelser, der blot rummer medicinsk uforklarlige symptomer. Desuden inkluderede vi diagnostiske betegnelser fra ICD-10, ICD-11 og DSM-V samt betegnelser for specifikke syndromdiagnoser. Også her udvidede vi søgningen med synonymer, relaterede ord og udtryk samt indekstermer fra thesarussøgningen, såsom *somatoform disorder*, *bodily distress disorder*, *medically unexplained somatic symptom*, *functional neurological disorder* og *fibromyalgia*.

Tredje søgeblok rummede aspektet intervention, hvorfor ord, der repræsenterede kernebegrebet 'intervention', blev udvalgt, her både indekstermer og relaterede begreber, såsom *therapeutic intervention*, *psychoeducation*, *treatment* og *therapy*.

Den endelige søgestreng blev tilpasset for hver database, men fælles for begge var, at alle tre blokke blev sammensat af operatoren "AND", som modsat "OR"-funktionen sikrer, at kun litteratur, der indeholdt mindst ét søgeord fra hver blok, blev inkluderet i resultaterne. Derudover blev søgningen begrænset til at omfatte tekster, hvor de udvalgte søgeord fremgik enten i "Abstract" for PsycInfo eller i "Title/Abstract" for PubMed, for at sikre, at vores centrale begreber var fremtrædende i de identificerede artikler.

2.1.5 De udvalgte søgeord

Som beskrevet i afsnittet ovenfor, da bestod vores søgestreng af tre blokke, hvor følgende søgeord blev udvalgt:

2.1.5.1 Blok 1: Barndomstraumer

("Childhood Trauma Questionnaire" OR ACE OR "child traumatology" OR "child trauma" OR "childhood trauma" OR "child stress" OR "childhood stress" OR "childhood stressor*" OR "child abuse" OR "adverse child events" OR "adverse childhood experiences" OR "early-life trauma" OR "early life trauma" OR "child molestation" OR "child neglect" OR "childhood neglect" OR "childhood emotional

abuse” OR “childhood emotional maltreatment” OR “early-life stress” OR “early life stress” OR “child emotional neglect” OR “childhood emotional neglect” OR “childhood sexual abuse” OR “child sexual abuse” OR “childhood maltreatment” OR “child maltreatment” OR “child physical abuse” OR “childhood physical abuse” “childhood abuse” OR “incest”)

2.1.5.2 Blok 2: Funktionelle lidelser

(“medically unexplained physical symptom*” OR “medically unexplained somatic symptom*” OR “psychogenic non-epileptic seizures” OR PNES OR “Non Epileptic Seizures” OR “Central Sensitivity Syndrome” OR “Conversion disorder” OR “Somatoform pain disorder” OR “somatization disorder*” OR “somatisation disorder*” OR somatization OR “functional disorder*” OR “somatic symptom disorder*” “somatoform disorder*” OR “psychophysiological disorder*” OR “psychophysical disorder*” OR “bodily distress disorder” OR “multiple somatic symptom*” OR “psychosomatic disorder*” OR “functional somatic syndrome” OR “somatoform dissociation” OR “somatoform autonomic dysfunction” OR “undifferentiated somatoform disorder*” OR “chronic pain condition” OR fibromyalgia OR “fibromyalgia syndrome” OR “persistent somatoform pain disorder*” OR “irritable bowel syndrome” OR “chronic pelvic pain” OR “functional neurological disorder*” OR “FND” OR “non epileptic attack disorder” OR “NEAD” OR “somatic symptomatology” OR “functional neurological symptom disorder”)

2.1.5.3 Blok 3: Intervention

(“treatment*” OR “intervention*” OR “therapy” OR “therapies” OR “therapeutic intervention*” OR “rehabilitation” OR “follow up” OR “follow-up” OR “recover*” OR “psychoeducation” OR “psychotherapy”)

2.1.6 Screeningsprocessen

Efter udførelsen af den endelige søgning i de udvalgte databaser blev de identificerede artikler overført til et online samarbejds- og forskningsværktøj kaldet Rayyan. Her blev 35 dubletter identificeret og fjernet, hvilket resulterede i en samling af 552 tekster til screening. Screeningsprocessen blev udført i overensstemmelse med PRISMA’s retningslinjer for screeningsprocedurer. På baggrund af den omfattende søgning, der inkluderede en bred vifte af termer for at sikre en omfattende dækning af

relevant litteratur, blev inklusions- og eksklusionskriterierne nøje defineret for at afgrænse feltet til det ønskede område (se afsnit 2.1.2). I den indledende screeningsfase blev Rayyan-programmets blinding-funktion anvendt, som tillod, at hver af de tre gruppemedlemmer systematisk og uafhængigt kunne gennemgå og vurdere artiklernes titel og senere abstract for relevans uden at blive påvirket af de andre gruppe-medlemmers vurdering. Hvert gruppemedlem vurderede således, hvorvidt en tekst skulle inkluderes, ekskluderes og ved tvivlstilfælde blev de markeret med ”måske”. De tidligere fastlagte eksklusionskriterier udgjorde baggrunden for, hvilke artikler der blev ekskluderet. Efter den indledende fase af screeningsprocessen af henholdsvis titel og abstract blev blinding-funktionen fjernet, således vi i samarbejde gennemgik de tekster, der var markeret med ”måske” samt de artikler med uenighed i vurderingen, og således var markeret som værende i konflikt. Disse blev i fællesskab diskuteret i henhold til relevans ud fra vores inklusions- og eksklusionskriterier indtil en endelig afgørelse blev truffet. Efter denne proces fortsatte screeningsarbejdet til næste fase, hvor blinding-funktionen igen blev aktiveret. Her blev de tilbageværende tekster gennemgået i deres fulde udgave, hvor fokus særligt var på at vurdere teksternes definition af funktionelle lidelser samt forekomsten af komorbiditet. Blinding-funktionen blev herefter fjernet, og gruppen samarbejdede om at gennemgå og diskutere teksterne i konflikt samt dem markeret med ”måske” indtil en fælles beslutning blev nået. Således blev de endelige artikler identificeret.

2.1.7 Ekstraktion af data

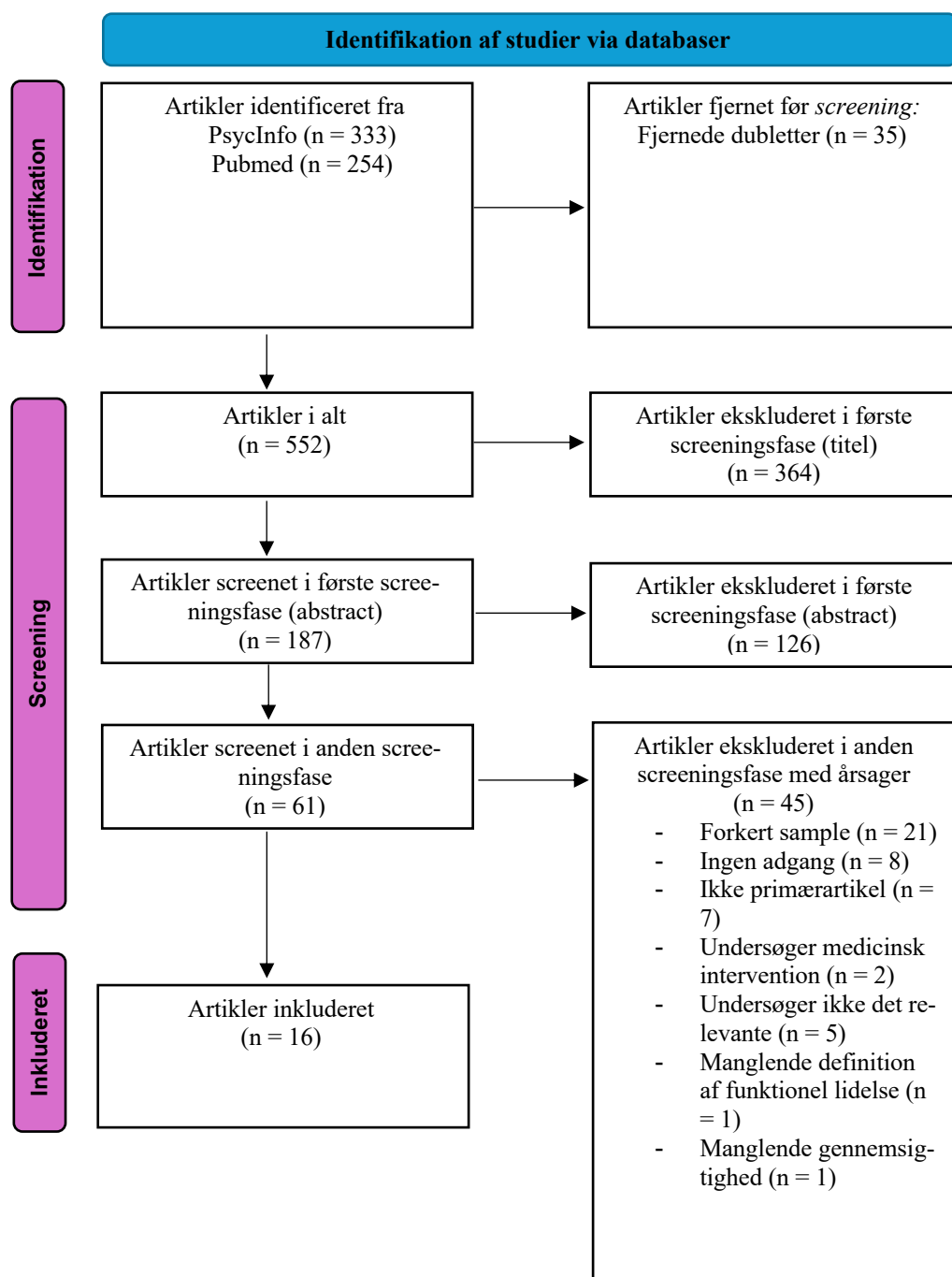
Med afsæt i de identificerede artikler udarbejdede vi en struktureret tabel, der giver overblik over deskriptive karakteristika, herunder forfatter, årstal, ophavsland, beskrivelse af sample samt studiernes formål, måleredskaber og fund. Informationen fra disse tabeller vil danne grundlaget for en syntese af de identificerede tematikker.

2.2 Resultat af litteraturreview

Følgende afsnit vil indeholde resultaterne fra litteratursøgningen og screeningsprocessen. I den forbindelse vil de udvalgte artikler blive præsenteret, herunder deskriptive karakteristika, design, formål og centrale fund.

Ud fra den endelige søgning fik vi samlet set identificeret 587 artikler, hvoraf 333 af disse blev fremsøgt gennem PsycInfo, mens 354 artikler blev fundet gennem PubMed. Med hjælp fra programmet Rayyan blev der fjernet 35 dubletter, hvilket resulterede i et samlet antal artikler på 552. Disse 552 artikler blev dermed screenet i første screeningsfase, hvor vi først gennemgik hvilke af artiklerne, der levede op til vores inklusions- og eksklusionskriterier ud fra deres titel. På baggrund af disse kriterier blev der ekskluderet 364 artikler, hvilket resulterede i, at vi havde 187 artikler tilbage. Herefter gennemgik vi de resterende 187 artikler ud fra abstract, hvor der blev ekskluderet yderligere 126 artikler, og således var 61 artikler tilbage til anden screeningsfase. Det var særligt kriteriet om, at minimum to ud af tre nøgleord skulle indgå i titel/abstract, som var den hyppigste årsag til eksklusion i denne del af fasen. I anden screeningsfase gennemgik vi således fuldtteksten af 61 artikler, hvor yderligere 45 artikler blev ekskluderet. Dermed endte antallet af identificerede artikler på 16. Her var det særligt kriteriet om forkert sample, som resulterede i, at flere artikler blev ekskluderet. Andre årsager til eksklusion var, at det ikke var primærlitteratur, at der ikke blev undersøgt det relevante, manglende gennemsigthed af metodisk tilgang samt manglende beskrivelse af funktionelle lidelser, eller manglende adgang til artiklen.

Figur 1
Flowdiagram



Note. Udarbejdet ud fra Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Tabel 1

Karakteristika af litteraturreviewets identificerede artikler

Forfatter (årstal) <i>Land</i>	Funktionel lidelse	Formål	Sample	Design	Måleredskab til barndomstraumer	Fund
Colegrave et al. (2001) <i>England</i>	Ikke-kardiogene brystsmerter	Undersøge en mulig sammenhæng mellem ikke- kardiogene brystsmerter, misbrug i barndommen samt emotional - og somatisk stress	N = 120 (alle kvinder) Behandlingsresistent gruppe (n = 20) Nylig behandlet gruppe (n = 37) Gruppe der frasiger sig behandling grundet udelukkelse af ondartet tumor (n = 32) Gruppe med knude i brystet (n = 31)	Tværsnitsundersøgelse	Selvrapportering på: PBI Spørgeskema vedrørende medicinsk historik	Studiet fandt, at de tre grupper med ikke- kardiogene brystsmerter var mere angst-, deprimerede, somatiserede og havde oplevet signifikant mere emotionelt misbrug i barndommen sammenlignet med gruppen med knude i brystet
Creed et al. (2005) <i>England</i>	Irritabel tyktarm (IBS)	Undersøge om IBS-patienter gavner af psykologisk behandling grundet forbedring af andre psykologiske symptomer hos patienten	N = 257 (kvinder = 205, mænd = 52) IBS (n = 150) IBS ledsaget af depression eller angst (n = 107)	Randomiseret kontrolleret studie	Selvrapportering på: The Sexual and Physical Abuse Questionnaire	Studiet fandt, at mekanismerne i forbedret sundhedsrelateret livskvalitet efter psykologisk behandling af IBS ikke fuldt ud kunne forklares af ændringer i den psykologiske tilstand; depression, angst og somatisering
De Roa et al. (2018) <i>Frankrig</i>	Fibromyalgi (FM)	Undersøge sammenhængen mellem FM og barndomstraumer, opfattet mangel på forældrekærlighed, overfølsomhed over for stimuli, livsstressorer, angst, depression og hyperaktivitet	N = 78 (alle kvinder) FM (n = 44) Kontrolgruppe (n = 34)	Tværsnitsundersøgelse	Selvrapportering på: CTQ	Studiet fandt, at FM-gruppen rapporterede signifikant mere fysisk misbrug og afsavn i barndommen sammenholdt med kontrolgruppen Desuden rapporterede FM-gruppen mere overfølsomhed overfor stimuli, angst og depression sammenholdt med kontrolgruppen

Tabel 1, fortsat

Karakteristika af litteraturreviewets identificerede artikler

Forfatter (årstal) <i>Land</i>	Funktionel lidelse	Formål	Sample	Design	Måleredskab til barndomstraumer	Fund
Duncan et al. (2019) <i>New Zealand</i>	Funktionelle mavesmerter Ikke-kardiogene brystsmerter Dyspnø Psykogene ikke- epileptiske anfald (PNES) Fibromyalgi (FM) Funktionel motorisk lidelse (FMD)	Undersøge forholdet mellem seksuelt misbrug i barndommen og funktionelle lidelser i voksenalivet ud fra en generel population	N = 408 (kun ikke angivet) Gruppe med funktionelle lidelser (n = 20) Kontrolgruppe (n = 388)	Kohorteundersøgelse	Interview vedrørende seksuelt misbrug i barndommen	Studiet fandt en signifikant association mellem funktionelle lidelser og seksuelt misbrug i barndommen
Ekanayake et al. (2017) <i>USA</i>	Funktionel motorisk lidelse (FMD) Psykogene ikke- epileptiske anfald (PNES)	Undersøge om personlighed, komorbide psykiatriske lidelser og barndomstraumer spiller en rolle i forhold til, hvordan funktionelle lidelser udtrykker sig forskelligt, her med fokus på FMD og PNES	N = 128 (kvinder = 97, mænd = 31) PNES (n = 43) FMD (n = 59) Kontrolgruppe (n = 26)	Tværsnitsundersøgelse	Selvrapportering på: CTQ	Studiet fandt, at PNES-gruppen rapporterede højere forekomst af depression, angst samt signifikant mere seksuelt misbrug i barndommen sammenlignet med kontrolgruppen og gruppen med FMD Herudover fandt studiet, at begge grupper med funktionelle lidelser rapporterede signifikant mere fysisk misbrug, emotionelt - og fysisk omsorgssvigtDesuden rapporterede PNES-gruppen signifikant højere grad af neuroticisme og lavere grad samvithedsfuldhed end patienterne med FMD
Gardoki-Souto et al. (2022) <i>Spanien</i>	Fibromyalgi (FM)	Undersøge prævalensen samt typer af psykologiske traumer hos patienter med FM, traumernes kronologi gennem livet samt dets kliniske symptomer. Desuden undersøges, hvorvidt barndomstraumer kan være en prediktor for forskellige kliniske variabler	N = 88 (alle kvinder)	Tværsnitsundersøgelse	Selvrapportering på: CTQ	Studiet fandt, at kvinderne med FM havde været udsat for traumatiske begivenheder gennem livet, særligt i barndommen og deres tidlige ungdom, i form af emotionelt misbrug og omsorgssvigt samt seksuelt - og fysisk misbrug. Derfor konkluderede de, at traumatiske begivenheder er en væsentlig prediktor for dårlig livskvalitet og smerte i voksensalderen

Tabel 1, fortsat

Karakteristika af litteraturreviewets identificerede artikler

Forfatter (årstal) <i>Land</i>	Funktionel lidelse	Formål	Sample	Design	Måleredskab til barndomstraumer	Fund
Goldberg et al. (1999) <i>USA</i>	Kronisk ansigtssmerte (KA) Myofascial smerte (MS) Fibromyalgia (FM)	Undersøge forholdet mellem barndomstraumer og tre typer af kronisk smerte; KA, MS og FM.	N = 91 (kvinder = 66, mænd = 25) KA (n = 22) MS (n = 21) FM (n = 17) Kontrolgruppe (n = 31)	Tværsnitsundersøgelse	Selvrapportering på: Selvlivet spørgeskema om Childhood Traumatic History CTES	Studiet fandt, at i alle fire grupper havde minimum 48% oplevet omsorgssvigt i barndommen af enten fysisk, seksuel eller verbal karakter. Dog var procentdelen størst i de tre funktionelle smertegrupper: 67% i FM- gruppen, 61,9% i MS-gruppen og 50% i KA- gruppen
Krámská et al. (2022) <i>Tjekkiet</i>	Psykogene ikke- epileptiske anfald (PNES)	Undersøge type og kvalitet af tilknytningssstil i voksne patienter med PNES	N = 313 (kvinder = 228, mænd = 85) PNES (n = 262) Kontrolgruppe (n = 51)	Tværsnitsundersøgelse	Måler barndomstraumer indirekte gennem tilknytningssstil ud fra selvrapportering på: ECR ECR-RS PBI	Studiet fandt en signifikant højere fader- og moderoverbeskyttelse i PNES-gruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Den mest hyppige tilknytningstype i PNES- gruppen var den overvældende tilknytningstype
Krohner et al. (2024) <i>USA</i>	Kronisk muskuloskeletal smerte (CMP)	Undersøge hvorvidt et enkelt- sessions, emotionsfokuseret psykodynamisk interview kan have positive effekter på patienter med CMP	N = 91 (kvinder = 83, mænd = 8) Interventionsbetingels e (n = 46) Ventelistekontrolbetin gelsen (n = 45)	Randomiseret kontrolleret forsøg	Selvrapportering på: ACE-Q	Studiet fandt ingen signifikant forskel i ændringen af smerteintensitet mellem de to betingelser. Interviewet ledte til en markant reduktion i smerteintensitets og smerte-relateret angst. Interviewet ledte desuden til øget tro på smertebeherskelse samt øgede psykologiske og kognitive tilskrivinger af smerte
López-López et al. (2023) <i>Spanien</i>	Fibromyalgi (FM)	Undersøge forekomsten af tidlige maladaptive skemaer hos patienter med FM	N = 167 (alle kvinder) FM (n = 83) Kontrolgruppe (n = 84)	Case-kontrol-undersøgelse	Måler barndomstraumer indirekte gennem maladaptive skemaer ud fra selvrapportering på: YSQ-S1 YSQ-L3	Studiet fandt, at 11 ud af Young's 18 tidlige maladaptive skemaer havde et signifikant forhold med FM-gruppen. FM-gruppens gennemsnitlige rapportering af smerteintensitet korrelerede med fire tidlige maladaptive skemaer: anerkendelsessøgende, mistillid, utilstrækkelig selvkontrol og ufravigelige normer

Tabel 1, fortsat

Karakteristika af litteraturreviewets identificerede artikler

Forfatter (årstal) <i>Land</i>	Funktionel lidelse	Formål	Sample	Design	Måleredskab til barndomstraumer	Fund
McHugh & Egan (2023) <i>Irland</i>	Somatoform dissociation (SD) Målt ud fra SDQ-20	Undersøge hvordan tilknytning, aleksitymi og barndomstraumer relaterer sig til symptomer på SD. Desuden undersøges den medierende rolle af tilknytningsstil og aleksitymi i forholdet mellem barndomstraumer og funktionel lidelse	N = 220 (kvinder = 172, mænd = 42, ikke angivet køn = 6) SD (n = 49)	Tværsnitsundersøgelse	Selvrapportering på: CTQ	Studiet fandt, at vanskelighed ved at identificere følelser (aleksitymi) signifikant forudsagde en øget sandsynlighed for at score over den kliniske grænseværdi for SD. Vanskelighed ved at identificere følelser medierede også delvist forholdet mellem fysisk omsorgssvigt og funktionel lidelse
Piontek et al. (2021a) <i>Tyskland</i>	Kronisk bækkensmertesyndrom	Undersøge sammenhængen mellem type af barndomstraume, somatiske symptomer, psykologiske faktorer og smerteintensitet	N = 234 (kvinder = 131, mænd = 103)	Tværsnitsundersøgelse	Selvrapportering på: ACE-Q	Studiet fandt en signifikant association, hvor depression delvist medierede sammenhængen mellem ACE-sværhedsgrad og smerteintensitet
Piontek et al. (2021b) <i>Tyskland</i>	Uspecificeret somatoform lidelse Vedvarende somatoform smerte lidelse Målt ud fra M-CIDI	Undersøge sammenhængen mellem barndomstraumer og somatisering samt fysisk og mental helbredsrelateret livskvalitet	N = 2305 (kvinder = 1211, mænd = 1094)	Kohorteundersøgelse	Selvrapportering på: CTQ	Studiet fandt, at prævalensen af diagnoser for somatoforme lidelser var højere blandt personer med barndomstraumer sammenlignet med dem uden seksuelt misbrug var forbundet med en signifikant større risiko for at blive diagnosticeret med en somatoform lidelse Antallet af typer af barndomstraumer delagerne havde oplevet, var positivt forbundet med diagnosen af en somatoform lidelse

Tabel 1, fortsat

Karakteristika af litteraturreviewets identificerede artikler

Forfatter (årstal) <i>Land</i>	Funktionel lidelse	Formål	Sample	Design	Måleredskab til barndomstraumer	Fund
Reilly et al. (1999) <i>England</i>	Irritabel tyktarm (IBS) Psykogene ikke- epileptiske anfald (PNES)	Undersøge om fysisk -, seksuelt - og psykologisk traume i henholdsvis barndommen og voksenalivet, samt om emotionel stress, sygdomsopmærksomhed og social dysfunktion i voksensliv kan prædikerer funktionelle symptomer	N = 160 (kvinder = 103, mænd = 57) IBS (n = 40) IBS-kontrolgruppe (n = 40) PNES (n = 40) PNES-kontrolgruppe (n = 40)	Tværsnitsundersøgelse	Selvrapportering på: Selvlavede spørgsmål om seksuelt -, fysisk - og psykisk misbrug i barndommen og voksenslivet.	Studiet fandt, at begge funktionelle grupper rapporterede signifikant flere fysiske -, seksuelle - og psykologiske barndoms- og voksentraumer. Herudover af fysisk misbrug i barndommen og angst kunne fungere som prædiktorer for senere udvikling af funktionelle lidelser Desuden fandt studiet, at begge funktionelle grupper var signifikant mere emotionelt - og socialt forstyrret samt sygdomsorienteret, dog kan studiet ikke forklare disse som medierende led mellem traumer i barndommen og voksenalivet og funktionelle lidelser
Schrepf et al. (2018) <i>USA</i>	Kronisk bækkensmertesyndrom	Undersøge sammenhængen mellem sværhedsgrad af barndomstraume, kronisk bækkensmertesyndrom, komborbede faktorer relateret til fysisk - og psykisk sundhed samt sandsynligheden for forværring eller bedring af symptomer efter 1 år	N = 835 (kvinder = 465, mænd = 370) Kronisk bækkensmertesyndro m (n = 421) Kontrolgruppe (n = 414)	Kohorteundersøgelse	Selvrapportering på: CTES	Studiet fandt at gruppen med kronisk bækkensmertesyndrom rapporterede signifikant højere forekomst af barndomstraumer end kontrolgruppen Desuden fandt studiet, at værre fysisk velbefindende signifikant medierede forholdet mellem forekomst af barndomstraumer og mindre mulighed for forbedring samt mere risiko for forværring af smertesymptomer efter 1 år
Weissbecker et al. (2006) <i>USA</i>	Fibromyalgi (FM)	Undersøge forholdet mellem barndomstraumer og daglige kortsolmønstre hos kvinder med FM	N = 85 (alle kvinder)	Tværsnitsundersøgelse	Selvrapportering på: CTQ-sf	Studiet fandt, at FM-gruppen, sammenholdt med normdata, rapporterede signifikant flere barndomstraumer Patienter, der rapporterede fysisk - og/eller seksuelt misbrug i barndommen, havde en signifikant kortisol respons, når de vågnede Patienter, der rapporterede emotionelt misbrug i barndommen, havde et signifikant ændret kortisolniveau om aftenen

Note. Denne tabel indeholder deskriptive karakteristika, beskrivelse af sample, formål, måleredskaber og fund for de identificerede studier. IBS = Irritabel Tyktarm, FM = Fibromyalgi,

PNES = Psykogene Ikke-Epileptiske Anfald, FMD = Funktionel Motorisk Lidelse, KA = Kronisk Ansigtssmerte, MS = Myofascial Smerte, CMP = Kronisk Muskuloskeletal Smerte, SD = Somatoform Dissociation, M-CIDI = Munich Composite International Diagnostic Interview, PBI = Parental Bonding Instrument, CTQ = Childhood Traumatic Questionnaire, CTES = Childhood Traumatic Event Scale, ECR = Experiences in Close Relationships, ECR-RS = Experiences in Close Relationships–Relationship Structure, ACE-Q = Adverse Childhood Experiences Questionnaire, YSQ-S1 = Young Schema Questionnaire Short Form, YSQ-L3 = Young Schema Questionnaire Long Version, CTQ-SF = Childhood Trauma Questionnaire Short Form.

2.2.1 Årstal og ophavsland

De 16 identificerede artiklers udgivelsesår spænder over 25 år, hvor de ældste artikler er udgivet i år 1999 (Goldberg et al., 1999; Reilly et al., 1999), mens den nyeste artikel er fra år 2024 (Krohner et al., 2024). Størstedelen af artiklerne er af nyere tid, hvor 11 ud af de 16 artikler er udgivet mellem år 2017 og 2024 (De Roa et al., 2018; Duncan et al., 2019; Ekanayake et al., 2017; Gardoki-Souto et al., 2022; Krámská et al., 2022; Krohner et al., 2024; López-López et al., 2023; McHugh & Egan, 2023; Piontek et al., 2021a; Piontek et al., 2021b; Schrepf et al., 2018).

Ud fra de 16 artikler er der i alt repræsenteret otte forskellige lande, hvoraf fem er fra USA (Ekanayake et al., 2017; Goldberg et al., 1999; Krohner et al., 2024; Schrepf et al., 2018; Weissbecker et al., 2006), tre er fra England (Colegrave et al., 2001; Creed et al., 2005; Reilly et al., 1999). Derudover er der to artikler fra Spanien (Gardoki-Souto et al., 2022; López-López et al., 2023) samt to artikler fra Tyskland (Piontek et al., 2021a; Piontek et al., 2021b). Ydermere er der en artikel fra Tjekkiet (Krámská et al., 2022), en fra Irland (McHugh & Egan, 2023), en fra New Zealand (Duncan et al., 2019) samt en fra Frankrig (De Roa et al., 2018). Til trods for at der er otte forskellige lande repræsenteret, og dermed relativ stor variation i lande mellem studierne, ses dog en tendens til, at samtlige studier er baseret på deltagere fra vestlige lande med sammenlignelige kulturer.

2.2.2 Sample

Ud fra alle 16 artikler er der samlet 5687 deltagere inkluderet. Dette antal inkluderer både deltagere med funktionelle lidelser samt kontrolgrupper, herunder både raske kontroller samt kontrolgrupper med anden lidelse. Blandt de identificerede artikler

ses en variation i antallet af samplestørrelse, hvor studiet med den mindste samplestørrelse har 78 deltagere (De Roa et al., 2018), mens det største antal deltagere i et studie er 2305 (Piontek et al., 2021b).

Selvom samtlige 16 studier undersøgte funktionelle lidelser jævnfør vores inklusions- og eksklusionskriterier, ses en forskel i hvilke typer af funktionelle lidelser der blev undersøgt. Typerne af funktionelle lidelser, som er repræsenteret i studierne, kan opdeles i to overordnede kategorier; de neurologiske funktionelle lidelser og de funktionelle kroniske smertelidelser. Førstnævnte, de neurologiske funktionelle lidelser, indebærer psykogene ikke-epileptiske anfald (PNES), funktionel motorisk lidelse (FMD) samt somatoform dissociation. Her undersøges PNES i fire af artiklerne (Duncan et al., 2019; Ekanayake et al., 2017; Krámská et al., 2022; Reilly et al. 1999), mens FMD ses i to af studierne (Duncan et al., 2019; Ekanayake et al., 2017). Derudover er der blot et studie, som har undersøgt somatoform dissociation (McHugh & Egan, 2023). De funktionelle kroniske smertelidelser dækker over en række forskellige lidelser, hvoraf følgende er repræsenteret: uspecificerede somatoforme lidelser, irritabel tyktarm, fibromyalgi, kronisk muskuloskeletal smerte, kronisk bækkensmertesyndrom, ikke-kardiogene brystmerter, kronisk myofascial smerte, ansigtssmerte samt dyspnø. Her er det særligt fibromyalgi, som undersøges af flere forskellige studier, nemlig seks forskellige (De Roa et al., 2018; Duncan et al., 2019; Gardoki-Souto et al. 2022; Goldberg et al., 1999; López-López et al., 2023; Weissbecker et al. 2006). Herudover er der tre forskellige studier, som har undersøgt irritabel tyktarm (Creed et al., 2005; Duncan et al., 2019; Reilly et al. 1999), to studier som har kigget på ikke-kardiogene brystmerter (Colegrave et al., 2001; Duncan et al., 2019), samt to studier som har undersøgt kronisk bækkensmertesyndrom (Piontek et al., 2021a; Schrepf et al., 2018). Derudover er der kun ét studie, som har undersøgt uspecificeret somatoform lidelse (Piontek et al., 2021b), kronisk muskuloskeletal smerte (Krohner et al., 2024), kronisk myofascial- og ansigtssmerte (Goldberg et al., 1999) samt dyspnø (Duncan et al., 2019). Det skal dog tilføjes, at to af de identificerede studier forholder sig til både de funktionelle neurologiske lidelser samt de funktionelle kroniske smertelidelser (Duncan et al., 2019; Reilly et al., 1999). Til trods for, at vi i nærværende afsnit har opdelt de funktionelle lidelser i to forskellige kategorier, vil resten af afhandlingen blot omtale samtlige funktionelle lidelser under samlebetegnelsen funktionelle lidelser, og derved ikke skelne mellem disse.

2.2.3 Komorbiditet

Som tidligere nævnt er vi opmærksomme på, at funktionelle lidelser generelt er præget af en høj forekomst af komorbide psykiatriske lidelser, hvilket også er repræsenteret i de identificerede artikler. Ud af de 16 artikler er der hele 11 artikler, som har målt på eller forholdt sig til komorbiditet. Hvis man kigger i de forskellige artikler, som har forholdt sig til komorbide psykiatriske lidelser, ses det, at de hyppigst forekommende er angst og depression, hvor flere af studierne forholdt sig til begge lidelser (Colegrave et al., 2001; Creed et al., 2005; De Roa et al., 2018; Ekanayake et al., 2017; Krohner et al., 2023; McHugh & Egan, 2023; Reilly et al., 1999; Schrepf et al., 2018), mens et par af studierne udelukkende kiggede på depression (Piontek et al., 2021a; Weissbecker et al., 2006). Herudover ses det, at enkelte studier både forholdt sig til angst, depression, men også posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) som komorbide lidelser til funktionelle lidelser (Ekanayake et al., 2017; Gardoki-Souto et al., 2022).

2.2.4 Fordeling af køn

Ud fra de identificerede studier ses en tendens til, at størstedelen af deltagerne er kvinder. I fem af studierne bestod deres sample udelukkende af kvinder (Colegrave et al., 2001; De Roa et al., 2018; Gardoki-Souto et al., 2022; López-López et al., 2023; Weissbecker et al., 2006), mens der i de resterende studier var en generel overrepræsentation i antallet af kvinder. Som nævnt er det samlede antal deltagere ud fra de identificerede artikler i alt 5687, hvoraf 3299 udgør kvindelige deltagere, mens 1974 er mænd. Derudover er der 414 deltagere, hvor køn ikke er oplyst, og derfor forbliver ukendt. Dette svarer til at 58% af det samlede sample består af kvinder, 35% af mænd samt 7% af ukendt køn.

2.2.5 Design

Eftersom vi har søgt bredt og eksplorativt, og derfor ikke har sat kriterier for studiedesign og måleredskaber, er der naturligvis variation blandt studierne design samt brug af måleredskaber til både barndomstraumer og funktionelle lidelser.

2.2.5.1 Studiedesign

Blandt de 16 identificerede artikler er der fire forskellige studiedesigns repræsenteret. Disse er henholdsvis to randomiserede kontrollerede forsøg (Creed et al., 2005;

Krohner et al., 2024), tre kohorteundersøgelser (Duncan et al., 2019; Piontek et al., 2021b; Schrepf et al., 2018), et case-kontrolstudie (López-López et al., 2023) og 10 tværsnitsundersøgelser (Colegave et al., 2001; De Roa et al., 2018; Ekanayake et al., 2017; Gardoki-Souto et al., 2022; Goldberg et al., 1999; Krámská et al., 2022; McHugh & Egan, 2023; Piontek et al., 2021a; Reilly et al., 1999; Weissbecker et al., 2006). I henhold til evidenshierarkiet har valget af forskningsdesign og tilgangen til hypotesetestning betydning for, hvor stærke eller svage ens fund anses for at være (Munn et al., 2018; Pandis, 2011). Derfor er vi interesserede i at kigge ind i, hvilke designs de identificerede artikler har gjort brug af for at være gennemsigtige med styrken af den evidens, som studierne fremlægger. Et *randomiseret kontrolleret forsøg* er kendetegnet ved anvendelsen af en kontrolgruppe samt en randomiseret eksponering til deltagerne. Brugen af kontrolgruppe og den randomiserede tilgang er med til at mindske bias og er derfor også et design, der ligger næsthøjest i evidenshierarkiet (Pandis, 2011). Endnu et studiedesign, som er repræsenteret i vores litteraturreview, som befinder sig i den højere ende af evidenshierarkiet, er *kohorteundersøgelse*, som følger samme deltagere over en længere periode (Coolican, 2019; Pandis, 2011). Denne type af studie har sine styrker ved, at det kan sammenligne den eksperimentelle gruppes udvikling med en kontrolgruppe for at se, om den eksponering der gives har en betydning for den eventuelle udvikling, der ses i den eksperimentelle gruppe (Coolican, 2019). I midten af evidenshierarkiet er *case-kontrolstudier* og *tværsnitsundersøgelser* (Coolican, 2019; Pandis, 2011). Førstnævnte er et studiedesign, der, ligesom randomiserede kontrollerede forsøg, gør brug af en kontrolgruppe, dog er der ikke en randomiseret fordeling her (American Psychological Association, 2018a). Det andet studiedesign består af et tilfældigt sample af en veldefineret gruppe af mennesker, hvor man her foretager en samtidig måling af de variable, man ønsker at undersøge (Coolican, 2019). Således optræder der altså *ikke* et studie i vores litteraturreview, som anvender et design, der befinder sig i den laveste ende i evidenshierarkiet, hvilket er en styrke for de fund, som vi måtte finde gennem vores litteraturreview. Dog skal det pointeres, at det kun er fem af de 16 artikler, der benytter sig af et design, som kan siges at ligge højt i evidenshierarkiet, mens de resterende 11 nærmere befinder sig i midten af dette hierarki. At 11 af vores artikler befinder sig i midten betyder dog *ikke*, at vi ikke kan udlede noget fra disse studiers fund, men nærmere, at vi skal være ekstra opmærksomme på eventuelle bias i deres evidens (Pandis, 2011).

2.2.5.2 Måleredskab til barndomstraumer

Det hyppigst anvendte måleredskab til barndomstraumer er skalaen CTQ, som blev anvendt af seks ud af de 16 studier (De Roa et al., 2018; Ekanayake et al., 2017; Gardoki-Souto et al., 2022; McHugh & Egan, 2023; Piontek et al., 2021b; Weissbecker et al., 2006). Som nævnt i afgrænsningen måler CTQ på fem forskellige typer af barndomstraumer (se afsnit 1.1.3). På tværs af artiklerne afviger den interne konsistens af CTQ en smule på tværs af artiklerne. Den interne konsistens er rapporteret for hver af subskalaerne, som rangerer mellem en Cronbachs alpha på .80 og .95, undtagen subskalaen for fysisk omsorgssvigt, hvis Cronbachs alpha rangerer mellem .39 og .60. Generelt vurderes CTQ som havende en høj intern konsistens, med undtagelse af subskalaen fysisk omsorgssvigt, som vurderes at have lav til moderat intern konsistens (Bernstein et al., 1994 if. Weissbecker et al., 2006; Piontek et al., 2021b).

Udover CTQ anvendte to af studierne ACE-Q som mål for barndomstraumer (Krohner et al., 2024; Piontek et al., 2021a). En uddybning af dette spørgeskema kan ligeledes ses i afsnit 1.1.3. Ingen af ovenstående studier rapporterer Cronbachs alpha for deres brug af ACE-Q, dog er det et spørgeskema, som er kendt for at have en acceptabel intern konsistens ($\alpha = .64$; Kovács-Tóth et al., 2023). Derudover målte to af studierne barndomstraumer ud fra Childhood Traumatic Event Scale (CTES), der, ligesom flere af de nævnte spørgeskemaer, har fokus på traumatiske begivenheder i barndommen såsom tab af et nærtstående familiemedlem eller ven, skilsmisse, traumatiske begivenheder såsom seksuelle overgreb, vold eller livstruende sygdom (Goldberg et al., 1999; Schrepf et al., 2018). Intern konsistens for CTES er ikke angivet, hvorfor denne ikke kan rapporteres. Derudover anvendte Goldberg og kollegaer (1999) endnu et spørgeskema; Childhood History Questionnaire, som de selv havde konstrueret til formålet. Ydermere benyttede to af studierne Parental Bonding Instrument (PBI) til indirekte at undersøge barndomstraumer med udgangspunkt i deltagernes forhold til deres forældre i barndommen (Colegrave et al., 2001; Krámská et al., 2022). Den interne konsistens for subskalaerne i PBI rangerer mellem en Cronbachs alpha på .71 og .82, hvilket indikerer en acceptabel til høj intern konsistens (Tsaousis et al., 2012). Udover brugen af PBI, anvendte studiet af Krámská og kollegaer (2022) yderligere to spørgeskemaer, som ligeledes forholder sig til deltagernes forhold til sine forældre; The Experience in Close Relationship (ECR) samt

The Experience in Close Relationship – The Relationship Structures (ECR-RS). Her er fundet en Cronbachs alpha på .84 på begge skalaer tilhørende ECR, mens Cronbachs alpha for ECR-RS rangerer mellem .85 og .92 for skalaerne (Krámská et al., 2022).

De øvrige artikler benyttede forskellige strukturerede interviews eller spørgeskemaer til vurdering af barndomstraumer. Creed og kollegaer (2005) anvendte et spørgeskema vedrørende seksuel - og fysisk misbrug i barndommen, kaldet The Sexual and Physical Abuse Questionnaire. Det har ikke været muligt at finde et estimat for dette spørgeskemas interne konsistens, dog beskriver Heim og kollegaer (1998), at det er et valideret måleredskab til at undersøge seksuel - og fysisk misbrug. Herudover blev der anvendt spørgeskemaer i form af Young Schema Questionnaire, i både langt format (YSQ-L3) og kort format (YSQ-S1), som undersøger maladaptive skemaer hos individet (López-López et al., 2023). Den lange version havde Cronbachs alpha værdier mellem .72 til .94, mens den korte havde mellem .83 til .90, hvorfor der antydes at være en moderat til høj intern konsistens (López-López et al., 2023). Derudover gjorde to studier brug af strukturerede interviews; studiet af Duncan og kollegaer (2019), som havde spørgsmål til deltagerne vedrørende seksuelt misbrug i barndommen samt studiet af Reilly og kollegaer (1999), som udspurgte deltagerne om seksuelt -, fysisk - og emotionelt misbrug i både barndommen og voksenlivet.

2.2.5.3 Måleredskab til funktionelle lidelser

Jævnfør vores inklusionskriterie om, at deltagerne *skal* være diagnosticeret med en funktionel lidelse, eller leve op til kriterierne for sådanne diagnoser, er størstedelen af deltagerne i de inkluderede studier allerede diagnosticeret med en funktionel lidelse, her 14 ud af 16 artikler (Colegrave et al., 2001; Creed et al., 2005; De Roa et al., 2018; Duncan et al., 2019; Ekanayake et al., 2017; Gardoki-Souto et al., 2022; Goldberg et al., 1999, Krámská et al., 2022; Krohner et al., 2024; López-López et al., 2023; Piontek et al., 2021a; Reilly et al., 1999; Schrepf et al., 2018; Weissbecker et al., 2006). Derfor benyttede disse 14 artikler heller ikke et måleredskab til diagnosticering af funktionelle lidelser. Dog er der de resterende to artikler, hvor deltagerne ikke på forhånd var diagnosticeret med en funktionel lidelse, som findes relevant at kigge på i forhold til, hvilke måleredskaber de anvendte for at stille diagnosen (McHugh & Egan, 2023; Piontek et al., 2021b). Studiet af Piontek og kollegaer (2021b) benyttede et interview i form af Munich-Composite International Diagnostic

Interview (M-CIDI), hvor deltagerne skulle opfylde en række kriterier for at leve op til en funktionel lidelse. Derimod har studiet af McHugh og Egan (2023) anvendt et spørgeskema til dette; Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20), hvor studiet rapporterer en god intern konsistens ($\alpha = .08$). Dermed har de to studier, som ikke på forhånd havde deltagere med en kendt funktionel lidelse, altså kunne skelne mellem hvem af deres deltagere, der lever op til kriterierne for en funktionel lidelse, og hvem der ikke gjorde.

2.2.6 Formål

Hvis man forholder sig til de 16 identificerede artikler, ses en forskel i artiklernes formål. Størstedelen, her ni af artiklerne, undersøgte den direkte sammenhæng mellem barndomstraumer og en senere udvikling af funktionelle lidelser (Colegrave et al., 2001; De Roa et al., 2018; Duncan et al., 2019; Gardoki-Souto et al., 2022; Goldberg et al., 1999; Piontek et al., 2021b; Reilly et al., 1999; Schrepf et al., 2018; Weissbecker et al., 2006). Med dette menes, at disse artikler alene undersøgte forekomsten af barndomstraumer gennem eksempelvis CTQ og sammenholdt det med forekomsten af funktionelle lidelser. Derimod er der fem ud af de 16 artikler, hvis formål var at kigge på medierende faktorer (Ekanayake et al., 2017; Krámská et al., 2022; López-López et al., 2023; McHugh & Egan, 2023; Piontek et al., 2021a). Medierende faktorer skal her forstås som, at studierne undersøgte, om der findes en bestemt faktor, som spiller ind på forholdet mellem barndomstraumer og udvikling af funktionelle lidelser. De medierende faktorer, som artiklerne undersøgte, er personlighedstræk (Ekanayake et al., 2017), tilknytningsmønstre (Krámská et al., 2022), maladaptive skemaer (López-López et al., 2023), tilknytning og aleksitymi (McHugh & Egan, 2023) samt depression (Piontek et al., 2021a). Herudover er der to af de identificerede artikler, hvor formålet var at undersøge psykodynamisk intervention af funktionelle lidelser (Creed et al., 2005; Krohner et al., 2024). Størstedelen af de resterende artikler kommenterede dog på intervention i forbindelse med funktionelle lidelser, men målte ikke selv direkte herpå (Duncan et al., 2019; Gardoki-Souto et al., 2022; Goldberg et al., 1999; Krámská et al., 2022; López-López et al., 2023; McHugh & Egan, 2023; Piontek et al., 2021a; Schrepf et al., 2018; Weissbecker et al., 2006).

2.2.7 Opsamling

I foregående afsnit er de forskellige identificerede studier blevet sammenholdt både med hensyn til deskriptive karakteristika, design og formål. Ud fra dette ses flere ligheder indbyrdes mellem studierne, blandt andet mellem deltagerne, hvor samtlige af deltagerne er fra en vestlig kultur, men også at størstedelen er kvinder. Studiernes design adskiller sig en del, dog befinder ingen af studierne sig i den laveste ende i evidenshierarkiet. Til trods for at spørgeskemaet CTQ var hyppigst anvendt, blev der generelt brugt en del forskellige måleredskaber til vurdering af barndomstraumer, disse tydede dog alle på at have en acceptabel intern validitet. Derudover ses det, at der er en forskel i formålet ved de identificerede studier, hvoraf nogle har kigget på den direkte sammenhæng mellem barndomstraumer og udvikling af funktionelle lidelser, mens andre har undersøgt, om der findes faktorer, som kan siges at mediere forholdet mellem disse to. Derudover er der enkelte artikler, som alene har undersøgt interventionsformer til funktionelle lidelser.

2.3 Syntese

Eftersom de 16 studier har undersøgt og fremlagt forskellige empiriske belæg for forholdet mellem barndomstraumers og funktionelle lidelser samt mulige interventionsformer, vil følgende syntese være opdelt i følgende afsnit: typer af barndomstraumer, medierende faktorer og psykologisk intervention. Afsnittet afrundes med en opsummering af, hvilke tematikker der findes empiri for i de identificerede artikler, for at skabe en overgang til afhandlingens teoretiske del.

2.3.1 Typer af barndomstraumer

Fælles for alle studierne, som undersøgte det direkte forhold mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser, er, at det konkluderes, at barndomstraumer tyder på at have en betydning for udviklingen af funktionelle lidelser (Colegrave et al., 2001; De Roa et al., 2018; Duncan et al., 2019; Ekanayake et al., 2017; Gardoki-Souto et al., 2022; Goldberg et al., 1999; Piontek et al., 2021b; Reilly et al., 1999; Schrepf et al., 2018). Selvom studierne overordnet konkluderede det samme, er der dog forskel på, hvilke typer af barndomstraumer de målte på, samt hvilke de fandt evidens for havde en relation til funktionelle lidelser.

Fire af ovenstående studier målte på forekomsten af typer af barndomstraumer, der er karakteriseret af henholdsvis misbrug og omsorgssvigt sat i relation til forskellige aspekter af funktionelle lidelser og sammenhængen herimellem (De Roa et al, 2018; Ekanayake et al., 2017; Gardoki-Souto et al., 2022; Piontek et al., 2021b). De resterende fem studier målte derimod ikke på omsorgssvigt, men forholdt sig udelukkende til at måle og undersøge forekomsten af misbrug i barndommen hos patienter med funktionelle lidelser (Colegrave et al., 2001; Duncan et al., 2019; Goldberg et al., 1999; Reilly et al., 1999; Schrepf et al., 2018). Duncan og kollegaer (2019) er det eneste af studierne, som kun målte på én type af barndomstraume; seksuelt misbrug. Dette målte de ud fra tre spørgsmål, som de selv fremstillede til formålet. Duncan og kollegaer (2019) fandt her en signifikant association mellem en stigende hyppighed af medicinsk uforklarlige symptomer og sværhedsgraden af seksuelt misbrug i barndommen (OR = 11.6, 95% CI [4.3-31.7], $p < .001$). Det tyder således på, at seksuelt misbrug i barndommen øger risikoen for udviklingen af medicinsk uforklarlige symptomer i fremtiden. Det findes dog relevant at pointere, at eftersom de *kun* målte på seksuelt misbrug, kan man ikke bestemme hvorvidt andre typer af barndomstraumer også kunne forekomme i deres sample og således have en sammenhæng med medicinsk uforklarlige symptomer (Duncan et al., 2019).

Studier, der målte på alle typer af barndomstraumer, er studierne af De Roa og kollegaer (2018), Ekanayake og kollegaer (2017), Gardoki-Souto og kollegaer (2022) og Piontek og kollegaer (2021b), som alle gjorde brug af spørgeskemaet CTQ. Dog gjorde Gardoki-Souto og kollegaer (2022) ikke brug af en kontrolgruppe, hvorfor deres fund vil blive præsenteret separat. På tværs af studierne er det beskrevet, at alle grupper med funktionelle lidelser rapporterede at have oplevet en eller flere typer af barndomstraumer. Særligt gøres opmærksom på, at både De Roa og kollegaer (2018) samt Ekanayake og kollegaer (2017) fandt evidens for, at patienter med funktionelle lidelser rapporterede signifikant mere fysisk misbrug ($p = .01$; $p = .04$) og emotionelt omsorgssvigt ($p = .05$; $p = .007$) i barndommen end kontrolgruppen. Dog fandt Ekanayake og kollegaer (2017) også en signifikant forskel i fysisk omsorgssvigt ($p = .007$) og seksuelt misbrug ($p < .001$) mellem patienter med funktionelle lidelser og kontrolgruppen. Piontek og kollegaer (2021b) fandt, ligesom Ekanayake og kollegaer (2017), et signifikant forhold mellem deres deltagere med en funktionel lidelse og deres rapportering af seksuelt misbrug i barndommen (OR = 1.87, 95% CI [1.29-2.69], $p < .001$). Dog er seksuelt misbrug også den eneste type af barndomstraume,

som Piontek og kollegaer (2021b) fandt et signifikant resultat ved. Det ses dog, at p-værdien er tæt på grænsen af signifikansniveauet .05, når de tester for associationen mellem emotionelt omsorgssvigt i barndommen hos deltagerne med funktionelle lidelser (OR = 1.24, 95% CI [0.97-1.59], $p = .087$). Man kan stille sig kritisk overfor, hvorvidt p-værdien havde opfyldt signifikansniveauet, hvis Piontek og kollegaer (2021b) havde sikret mere homogenitet mellem deres grupper. Blandt andet ses det i beskrivelsen af studiets demografiske karakteristika, at der er en signifikant forskel i alder ($p < .001$), køn ($p < .01$) og uddannelse ($p < .001$) på tværs af grupperne (Piontek et al., 2021b). Det ses, at der i Piontek og kollegaer (2021b) er en overrepræsentation af kvinder i deres kontrolgruppe, mens de er underrepræsenteret i deres gruppe med funktionelle lidelser. Dette kan være problematisk for deres resultater, eftersom studiet af Wamser-Nanney og Cherry (2018) påviste en forskel i, hvilke typer af barndomstraumer mænd og kvinder oplever.

Med udgangspunkt i ovenstående er det særligt tre ud af de fem typer af barndomstraumer, der går igen på tværs af studierne; fysisk misbrug, seksuelt misbrug og emotionelt omsorgssvigt (De Roa et al., 2018; Duncan et al., 2019; Ekanayake et al., 2017; Piontek et al., 2021b). Forholder man sig derimod til studiet af Gardoki-Souto og kollegaer (2022), fandt de, at alle fem typer af barndomstraumer blev rapporteret af deres deltagere med en funktionel lidelse. Hele 84% af deres sample på 88 deltagere med en funktionel lidelse havde været udsat for én eller flere typer af barndomstraumer. Som beskrevet tidligere, sammenholdt de dog ikke disse fund med en kontrolgruppe, hvorfor vi ikke kan udtale os om en direkte forskel mellem forekomsten af barndomstraumer hos en rask befolkningsgruppe og en gruppe med funktionelle lidelser. Det tyder dog på, ud fra dette studie, at størstedelen af individer med funktionelle lidelser har oplevet traumer i barndommen (Gardoki-Souto et al., 2022).

Studiet af Schrepf og kollegaer (2018) samt Goldberg og kollegaer (1999) gjorde brug af spørgeskemaet CTES til at måle forholdet mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser. Dog supplerede Goldberg og kollegaer (1999) med spørgsmål vedrørende emotionelt misbrug. Begge studier konkluderede, at både fysisk - og seksuelt misbrug kan være en forklaring på senere udvikling af funktionelle lidelser. Dette baserede Schrepf og kollegaer (2018) ud fra en signifikant forskel mellem deres gruppe med funktionelle lidelser og kontrolgruppe, hvor gruppen med funktionelle lidelser rapporterede signifikant mere fysisk misbrug ($p = .01$) og seksuelt misbrug ($p = .01$) i barndommen sammenlignet med kontrolgruppen. Goldberg og kollegaer

(1999) baserede derimod dette ud fra fire forskellige grupper, hvor tre af dem var karakteriseret af funktionelle smerter, mens den sidste var karakteriseret af forklarlige smerter; alle grupper var altså præget af smerter i dagligdagen. De fandt ingen signifikant forskel mellem grupperne, men det beskrives, at de tre grupper med funktionelle smerter rapporterede hyppigere forekomst af barndomstraumer; både seksuelt -, emotionelt - og fysisk misbrug. Barndomstraumer blev rapporteret af 64,7% i gruppen med fibromyalgi, 61,9% med kronisk myofascial smerte og 50% med kroniske ansigtssmerter, mens dette kun gjaldt for 48% af smertegruppen med forklarlige symptomer. Man kan her stille sig kritisk overfor, hvorvidt de ikke fandt en signifikant forskel mellem de fire grupper, fordi de ikke gjorde brug af en rask kontrolgruppe. Lovis-Schmidt og kollegaer (2022) konkluderede i deres sammenfatning af 16 metaanalyser, at alle disse fandt empiri for, at barndomstraumer og ACEs tyder på at have en sammenhæng med en veldefinerede somatiske lidelser i voksenlivet. Dette er en mulig forklaring på, hvorfor Goldberg og kollegaers (1999) kontrolgruppe med forklarlig smerte ikke rapporterede betydeligt lavere forekomst af barndomstraumer end de resterende grupper.

De sidste to studier, som målte direkte på forholdet mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser, er studierne af henholdsvis Reilly og kollegaer (1999) samt Colegrave og kollegaer (2001). Begge udformede deres eget spørgeskema til at estimere, hvor mange af deres deltagere der havde været udsat for emotionelt -, fysisk - og/eller seksuelt misbrug. Reilly og kollegaer (1999) fandt, at forekomsten af emotionelt misbrug var signifikant højere i deres grupper med funktionelle lidelser end kontrolgruppen ($p < .001$), hvilket Colegrave og kollegaer (2001) ligeledes fandt ($p = .05$). Af disse to studier er det dog kun Reilly og kollegaer (1999), der fandt en signifikant højere rapportering af fysisk misbrug ($p < .001$) og seksuelt misbrug ($p = .01$) hos deres grupper med funktionelle lidelser sammenlignet med kontrolgruppen. En mulig forklaring på denne forskel mellem studierne kan først og fremmest være, at begge studier gjorde brug af selvkonstruerede spørgeskemaer, som hverken er blevet testet eller anerkendt som redskab til undersøgelse af barndomstraumer. Colegrave og kollegaer (2001) brugte eksempelvis kun ét spørgsmål til at måle og bekræfte emotionelt misbrug i barndommen hos sine deltagere. Hvis man kigger på studiet af Reilly og kollegaer (1999), brugte de også kun ét spørgsmål til at måle henholdsvis fysisk- og emotionelt misbrug. Man kan derfor stille sig kritisk overfor studiernes validitet såvel som reliabilitet af måleredskaber, eftersom de kun gør brug af ét

spørgsmål til at måle og bekræfte fysisk- og emotionelt misbrug. Endvidere kan man argumentere for, at forskellen mellem studierne fund potentielt kan tilskrives, at de *ikke* gjorde brug af en rask kontrolgruppe, men derimod en kontrolgruppe, hvor deltagere havde en veldefineret diagnose, som var tilsvarende den funktionelle lidelses symptomer. Her bestod Reilly og kollegaers (1999) to kontrolgrupper af henholdsvis en gruppe med epilepsi, som sættes overfor en gruppe med PNES og en gruppe med Crohn's syndrom, som sættes over for en gruppe med irritabel tyktarm. Colegrave og kollegaer (2001) havde en kontrolgruppe bestående af patienter med brystkner sat overfor en gruppe med ikke-kardiogene brystmerter. Igen kan Lovis-Schmidt og kollegers (2022) sammenfatning af metastudier bruges som argument for, at det besværliggøres at finde en reel forskel mellem grupperne, da kontrolgrupperne ligeledes er diagnosticeret med lidelser og derved kan være i højere risiko for at have en historik med barndomstraumer end en rask kontrolgruppe. Dette betyder således ikke, at grupperne med funktionelle lidelser i disse to studier *ikke* har en hyppig forekomst af barndomstraumer, men nærmere, at begge grupper kan være præget af dette, hvorfor en decideret forskel kan være sværere at finde.

Hvis vi sammenfatter ovenstående studiers fund, uafhængig af måleredskaber og design, da tyder litteraturen på, at barndomstraumer præget af misbrug såvel som omsorgssvigt kan være en forklaring på en senere udvikling af funktionelle lidelser i voksenlivet. Dog er der ikke enighed i litteraturen angående, hvilke af disse typer af barndomstraumer, der synes at have en sammenhæng med funktionelle lidelser. Det kan dog overordnet nævnes, at studierne der målte på fysisk misbrug, med undtagelse af Colegrave og kollegaer (2001) samt Piontek og kollegaer (2021b), fandt evidens for, at denne type af barndomstraume er hyppigt forekommende hos patienter med funktionelle lidelser (De Roa et al, 2018; Ekanayake et al., 2017; Gardoki-Souto et al., 2022; Goldberg et al., 1999; Reilly et al., 1999; Schrepf et al., 2018). Ydermere gør dette sig ligeledes gældende for de studier, som målte på seksuelt misbrug, hvor det kun er De Roa og kollegaer (2018), der ikke fandt samme tendens (Duncan et al., 2019; Ekanayake et al., 2017; Gardoki-Souto et al., 2022; Goldberg et al., 1999; Piontek et al., 2021b; Reilly et al., 1999; Schrepf et al., 2018). Endvidere fandt størstedelen af studierne, der målte på emotionelt omsorgssvigt, med undtagelse af Piontek og kollegaer (2021b), at denne type af barndomstraume er betydeligt repræsenteret hos personer med funktionelle lidelser (De Roa et al, 2018; Ekanayake et al., 2017; Gardoki-Souto et al., 2022). Den største uenighed i litteraturen ses mellem to

typer af barndomstraumer; fysisk omsorgssvigt og emotionelt misbrug. Kun to ud af fire studier, der målte for fysisk omsorgssvigt, fandt evidens herfor (Ekanayake et al., 2017; Gardoki-Souto et al., 2022), mens det for studier, der målte for emotionelt omsorgssvigt, kun var fire ud af otte, der fandt evidens for dette i relation til funktionelle lidelser (Colegrave et al., 2001; Gardoki-Souto et al., 2022; Goldberg et al., 1999; Reilly et al., 1999). Denne forskel blandt typer af barndomstraumer i litteraturen indikerer, at der kan være forskellige typer af barndomstraumer, som kan have en relation til funktionelle lidelser.

2.3.1.1 Opsamling af typer af barndomstraumer

Opsummerende findes der, ud fra ovenstående, evidens for forekomsten af alle fem typer af barndomstraumer i relation til funktionelle lidelser. Altså tyder litteraturen på, at barndomstraumer præget af misbrug såvel som omsorgssvigt kan være en mulig forklaring på den senere udvikling af funktionelle lidelser. Det er dog væsentligt at fremhæve, at den gennemgåede litteratur overordnet er enig i, at forekomsten af henholdsvis fysisk misbrug, seksuelt misbrug og emotionelt omsorgssvigt i barndommen er fremtrædende hos personer med funktionelle lidelser. Derimod er der uenighed angående forekomsten af fysisk omsorgssvigt og emotionelt misbrug ved denne patientgruppe, hvor nogle studier fandt belæg for dette, men andre ikke gjorde. Disse fem typer af barndomstraumer vil blive taget op i afhandlingens anden del, hvis formål blandt andet er at forstå, hvorledes disse typer af barndomstraumer kan lede til senere udvikling af funktionelle lidelser.

2.3.2 Medierende faktorer

Ovenstående afsnit har fremhævet de ni artikler, der har forholdt sig til den direkte sammenhæng mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser. Imidlertid optræder der blandt flere af de identificerede artikler desuden en række bud på forskellige medierende faktorer, der potentielt kan forklare og nuancere forholdet mellem de to.

2.3.2.1 Tilknytning

I seks af artiklerne i indeværende litteraturreview blev omsorgspersonens rolle nævnt i deres forståelse af forholdet mellem barndomstraumer og udviklingen af funktionelle lidelser (Colegrave et al., 2001; Gardoki-Souto, 2022; Krámská et al., 2022; Krohner et al., 2024; McHugh & Egan, 2023; Piontek et al., 2021b).

Blandt disse forholdt Krámská og kollegaer (2022) sig specifikt til omsorgspersonens rolle i forhold til, hvordan samtlige fem typer af barndomstraumer kan lede til en usikker tilknytning hos patienter med funktionelle lidelser. Derfor undersøgte de i deres studie, hvorledes tilknytningstype og forældrestil kan siges at være medierende faktorer mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser sammenlignet med en rask kontrolgruppe. Her fandt de, at det hyppigst rapporterede tilknytningsmønster i gruppen med funktionelle lidelser var det overvældende tilknytningsmønster (eng: preoccupied) med 47,4%, mens den type færrest rapporterede var sikker tilknytning med kun 12,3%. De fandt ingen signifikante forskelle for henholdsvis sikker – og usikker tilknytning mellem de to grupper, men pointerer selv, at en mulig forklaring herpå kan være de signifikante forskelle i alder ($p < .001$) og uddannelsesniveau ($p < .001$) mellem de to grupper, hvilket kan have påvirket resultatet. Dog identificerede de signifikant højere fader- ($p = .004$) og moderoverbeskyttelse/kontrol ($p = .009$) i gruppen med funktionelle lidelser sammenlignet med kontrolgruppen. Dette støttes desuden af Colegrave og kollegaer (2001), som ligeledes undersøgte forældrestil som en mulig mediator mellem funktionelle symptomer og emotionelt - samt fysisk misbrug i barndommen. Her fandt de, at de tre grupper, bestående af patienter med funktionelle smerter, rapporterede signifikant højere niveauer af kontrol og overbeskyttelse fra forældrene sammenlignet med kontrolgruppen ($p < .01$). Med afsæt i Colegrave og kollegaer (2001) samt Krámská og kollegaer (2022) tegner sig altså et mønster, hvor overbeskyttelse og kontrol fra omsorgspersoner tyder på at have indflydelse på manifestationen af funktionelle lidelser.

2.3.2.2 Tidlige maladaptive skemata

Endnu en artikel, der forholdt sig til medierende faktorer mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser, er studiet af López-López og kollegaer (2023). Formålet med studiet her var at undersøge forekomsten af klinisk signifikante tidlige maladaptive skemata (EMS) hos kvinder med en funktionel lidelse sammenlignet med en rask kontrolgruppe. Desuden ønskede de at vurdere sammenhængen mellem EMS og smerteintensitet. EMS forstås i denne sammenhæng som en medierende faktor, eftersom studiet bygger på en forståelse af disse skemata, som værende et resultat af ACEs. Studiet fandt, at den gennemsnitlige smerteintensitet korrelerede med styrken af adskillige EMS; Anerkendelsessøgende ($r = .305$, $p = .007$), Misbrug/Mistillid ($r = .253$, $p = .026$), Utilstrækkelig Selvkontrol/Manglende Selvdisciplin ($r = .297$, $p =$

.008) og Ufravigelige Normer ($r = .29$, $p = .008$). López-López og kollegaer (2023) fandt desuden forskelle mellem de to grupper i procentdelen af deltagere med klinisk signifikante scores i 11 ud af de 18 EMS, der blev vurderet; Emotionelt Afsavn, Mistillid/Misbrug, Forkerthed/Skam, Fiasko, Afhængig/Utilstrækkelig, Sårbarhed over for Skade, Selvopofrelse, Ufravigelige Normer, Særstatus, Straf og Negativitet/Pessimisme. For alle disse var procentdelen med kliniske EMS-scores signifikant højere for gruppen med funktionelle lidelser sammenlignet med kontrolgruppen ($p < .05$). Med afsæt i disse fund foreslår López-López og kollegaer (2023) derfor, at EMS udgør potentielle psykologisk medierende faktorer, der kan øge sårbarheden over for udvikling og vedligeholdelse af funktionelle lidelser.

2.3.2.3 Personlighedstræk

Artiklerne af henholdsvis Ekanayake og kollegaer (2017) samt McHugh og Egan (2023) havde i deres studier fokus på, hvordan forskellige personlighedstræk kan være medierende i forholdet mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser. Ekanayake og kollegaer (2017) bidrog til denne forståelse, eftersom de undersøgte sammenhængen mellem personlighedstræk, barndomstraumer og forskellige subtyper af funktionelle lidelser, hvor de her specifikt fokuserede på FMD og PNES. I studiet fandt de, at PNES-gruppen rapporterede signifikant højere niveauer af neuroticisme ($p = .002$) og lavere niveauer af samvittighedsfuldhed ($p = .023$) sammenlignet med FMD-patienter. Dog var niveauet af neuroticisme signifikant højere hos både FMD-gruppen og PNES-gruppen sammenlignet med den raske kontrolgruppe. Disse fund indikerer, at specifikke personlighedstræk kan siges at spille en rolle i udviklingen af funktionelle lidelser, samt hvordan de manifesterer sig (Ekanayake et al., 2017). Desuden adskilte FMD-gruppen og PNES-gruppen sig i deres evne til at identificere følelser, hvor PNES-gruppen her rapporterede et signifikant højere niveau af aleksitymi ($p < .001$) sammenlignet med både FMD-gruppen og den raske kontrolgruppe (Ekanayake et al., 2017). Aleksitymi blev yderligere udforsket i studiet af McHugh og Egan (2023), der specifikt undersøgte aleksitymi som en potentiel medierende faktor mellem barndomstraumer og symptomer på en funktionel lidelse. Resultaterne af studiet indikerer, at den ene komponent af aleksitymi; vanskeligheder med at identificere følelser (DIF) forudsiger en øget sandsynlighed for at overskride den kliniske grænseværdi for en funktionel lidelse (OR = 1.08, 95% CI [1.01-1.17], $p = .03$). Samlet set understreger resultaterne fra disse studier betydningen af personligheds-

træk, her neuroticisme, samvittighedsfuldhed og aleksitymi, som potentielle medierende faktorer i forholdet mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser. Disse fund indikerer, at visse personlighedstræk tyder på at kunne agere bindeled mellem tidlige traumer og udviklingen af funktionelle lidelser, hvilket er med til at give indsigt i de bagvedliggende mekanismer, der bidrager til udviklingen heraf (Ekanayake et al., 2017; McHugh & Egan, 2023).

2.3.2.4 Depression

Piontek og kollegaers (2021a) formål var at bestemme forekomsten og arten af ACEs hos patienter med funktionelle lidelser. Desuden undersøgte de associationen mellem blandt andet sværhedsgraden af ACEs, psykologiske faktorer og smerteintensiteten. Studiet fandt, at der var en signifikant association mellem sværhedsgraden af ACEs og smerteintensitet ($B = 0.885$, $p = .01$). Efter inkludering af depression som mediator blev denne direkte association mellem sværhedsgraden af ACEs og smerteintensiteten dog svækket ($B = 0.786$, $p = .024$), hvorimod inklusionen af sværhedsgraden af depression som mediator intensiverede forklaringsgraden. Dette antyder, at ACEs delvist kan medvirke til en forværret smerteopfattelse gennem depression (Piontek et al., 2021a).

2.3.2.5 Kortisol

Weissbecker og kollegaer (2006) undersøgte sammenhængen mellem samtlige fem typer af barndomstraumer og daglige kortisolmønstre hos kvinder med funktionelle lidelser. I studiet fandt de, at både fysisk - og seksuelt misbrug korrelerede med øget kortisolrespons ved opvågning ($r = .54$, $p < .001$; $r = .55$, $p < .001$) og en fladere kortisolprofil for fysisk misbrug ($r = .33$, $p < .05$), hvorimod emotionelt misbrug var forbundet med højere kortisolniveauer om aftenen, mere specifikt klokken 16 ($r = .275$, $p = .001$) og klokken 20 ($r = .247$, $p = .024$). På baggrund af disse resultater foreslår Weissbecker og kollegaer (2006), at kortisol kan forstås som værende medierende for funktionelle lidelser, eftersom deres fund tyder på, at fysisk -, seksuelt - og emotionelt misbrug i barndommen kan være forbundet med neuroendokrin dysregulation i voksenlivet hos patienter med funktionelle lidelser (Weissbecker et al., 2006).

2.3.2.6 Opsamling af medierende faktorer

Opsamlende identificeres, med afsæt i vores udvalgte artikler fra indeværende litteraturreview, flere medierende faktorer, der kan bidrage til en nuanceret forklaring af sammenhængen mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser. Artiklerne fremhæver betydningen af tilknytning til omsorgspersoner, EMS og specifikke personlighedstræk herunder neuroticisme, samvittighedsfuld og aleksitymi som medierende faktorer. Yderligere foreslår artiklerne, at depression og dysreguleret kortisol ligeledes kan bidrage til forståelsen af denne sammenhæng. Disse fund understreger kompleksiteten i forholdet mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser og betydningen af at forstå de medierende mekanismer bag.

2.3.3 Psykologisk intervention

På tværs af de udvalgte artikler præsenteres forskellige bud på psykologiske interventionsformer til behandlingen af patienter med funktionelle lidelser. Mens der i 11 af artiklerne nævnes og foreslås intervention i en eller anden grad (Duncan et al., 2019; Gardoki-Souto et al., 2022; Goldberg et al., 1999; Krámská et al., 2022; López-López et al., 2023; McHugh & Egan, 2023; Piontek et al., 2021a; Schrepf et al., 2018; Weissbecker et al., 2006), er kun to af artiklerne direkte dedikeret til at undersøge en interventions effekt på funktionelle lidelser (Creed et al., 2005; Krohner et al., 2024). Fælles for de to studier er, at de begge gjorde brug af en psykodynamisk tilgang, hvor Creed og kollegaer (2005) anvendte et interpersonelt fokus, mens Krohner og kollegaer (2024) adopterede en emotionsfokuseret tilgang. Studiet af Creed og kollegaer (2005) undersøgte, hvorvidt den bedring patienter med funktionelle lidelser oplevede ved den psykologiske behandling kan tilskrives forbedring af andre psykologiske symptomer samt, hvorvidt denne effekt var begrænset til de patienter, der havde en komorbid psykiatrisk lidelse. Resultaterne fra studiet indikerer en moderat signifikant sammenhæng mellem forbedret livskvalitet og forbedring af psykologiske scores i den psykoterapeutiske betingelse ($r = .28$, $p < .001$). Overordnet sås dog forbedringer hos både patienterne med og uden komorbide psykiatriske lidelser, hvorfor de mekanismer, der forklarer forbedringen af helbredsrelateret livskvalitet efter den psykologiske behandling ikke fuldt ud kan forklares af ændringer i den psykologiske tilstand (Creed et al., 2005).

Krohner og kollegaer (2024) undersøgte i deres studie, hvorvidt et enkelt-sessions, emotionsfokuseret psykodynamisk interview kunne have en positiv effekt på patient-

ter med funktionelle lidelser. Resultaterne fra studiet viste ingen signifikant forskel i ændring af smerteintensiteten mellem interventionsgruppen og venteliste-kontrolgruppen, dog ledte interventionen til en markant reduktion i smerteinterferens ($p = .016$) samt en tendens til reduktion i angst ($p = .058$). Derudover påvirkede interventionen flere potentielle medierende faktorer, herunder angst relateret til smerte ($p = .008$), smertekontrol ($p = .016$) og en psykologisk attribution ($p < .001$) samt en kognitiv attribution ($p = .022$) af smerte (Krohner et al., 2024).

Både Creed og kollegaer (2005) og Krohner og kollegaer (2024) fandt altså en positiv effekt af psykodynamisk intervention i relation til funktionelle lidelser. Foruden disse to studier, der direkte undersøgte intervention i relation til funktionelle lidelser, foreslås i flere af artiklerne forskellige fokus for interventionsformer baseret på deres fund. En fællesnævner findes i tilgangen til at adressere de underliggende årsagsmekanismer for de funktionelle lidelser, herunder barndomstraumer og interpersonelle relationer.

Studierne af Duncan og kollegaer (2019), Gardoki-Souto og kollegaer (2022) samt Weissbecker og kollegaer (2006) foreslår alle en traumefokuseret interventionsstrategi. Særligt fremhæves en fælles konsensus omkring vigtigheden i at målrette interventionen mod at adressere den direkte forbindelse mellem traumer i barndommen og funktionelle lidelser gennem psykoedukation for at skabe viden og forståelse herom. Et andet væsentligt fokus for interventionen, der gik igen på tværs af de identificerede artikler, var en tilgang, der retter sig mod tilknytning, familiehistorik og nære relationer. Denne forståelse sås i studierne af Goldberg og kollegaer (1999), Krámská et al. (2022) og McHugh & Egan (2023), hvor de foreslog, at interventioner bør adressere disse faktorer som en central del af behandlingen. Maladaptive skemaer og copingstrategier fremhævedes ligeledes som relevante interventionsmål, som set i arbejdet af Weissbecker og kollegaer (2006) og López-López og kollegaer (2023), hvor de anbefalede interventioner, der sigter mod at identificere og ændre uhensigtsmæssige mønstre og strategier. Endeligt fremhævede Piontek og kollegaer (2021a) betydningen af et meta-fokus i interventionerne, hvor andre potentielle komorbide lidelser og deres påvirkning bør tages i betragtning foruden den funktionelle lidelse. Denne tilgang understregede behovet for en holistisk behandlingsmodel, der adresserer både primære og sekundære symptomer og lidelser.

2.3.3.1 Opsamling af intervention

Samlet set viser artiklerne variation i tilgangen til interventionen af funktionelle lidelser, hvor der anbefales forskellige fokus i forhold til de komplekse bagvedliggende årsagsmekanismer og symptomatiske dimensioner af lidelserne. Derudover er der fundet positive effekter ved psykodynamiske tilgange med fokus på henholdsvis emotioner og interpersonelle relationer.

2.3.4 Syntese sammenfatning

Med udgangspunkt i syntesen har vi, på trods af uenigheder, fundet evidens for en højere forekomst af samtlige typer af barndomstraumer ved patienter med funktionelle lidelser sammenholdt med en rask befolkningsgruppe eller patientgrupper karakteriseret ved en veldefineret, organisk lidelse. Ydermere har ovenstående syntese bidraget med forskellige bud på, hvad der synes at kunne mediere forholdet mellem netop barndomstraumer og funktionelle lidelser. Her findes overordnet evidens for usikker tilknytning til omsorgspersoner, EMS og specifikke personlighedstræk som medierende faktorer. Yderligere findes det gennem de identificerede artikler, at depression og dysreguleret kortisol ligeledes kan bidrage til forståelsen af denne sammenhæng. Jævnfør vores problemformulering er vi dog ikke blot interesserede i forståelsen af sammenhængen mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser, men også hvordan man i disse tilfælde psykologisk bør intervenere. I denne forbindelse fandt vi, ud fra syntesen, evidens for særligt psykodynamiske tilgange. Samlet set har syntesen bidraget til identificering af en række tematikker og terapiformer, som synes væsentlige i sammenhængen mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser samt intervention heraf. Vi finder det dog relevant at påpege, at ovenstående sammenfatning er baseret på relativt få artikler og derved et begrænset evidensgrundlag. Eksempelvis fandt vi i vores litteraturreview frem til blot to artikler, som direkte undersøgte psykologiske interventionsformer for individer med funktionelle lidelser med en historik af barndomstraumer, hvilket understøtter hvor begrænset litteraturen kan siges at være omkring behandling heraf. Til trods for at der blot ligger enkelte artikler bag hver af de identificerede tematikker og terapiformer, vælger vi at forholde os til samtlige identificerede tematikker og terapiformer, da vi ikke ønsker at være subjektive og dermed minimere bias i vores valg heraf. Formålet med syntesen har netop været at have en eksplorativ tilgang til emnet, men eftersom vi, jævnfør vores problemformulering, ligeledes ønsker at forstå sammenhængen mellem barndoms-

traumer og funktionelle lidelser samt intervention heraf, da vil vi i den kommende del af afhandlingen uddybe de identificerede tematikker og terapiformer med afsæt i teoretiske perspektiver og tilhørende forskning på området. Derfor har vi med afsæt i tematikkerne udvalgt teorier, som hver især kan repræsentere disse, og vil i den forbindelse fokusere på specifikke teorier og undersøge, hvilken forskningslitteratur der findes omkring funktionelle lidelser som konsekvens af barndomstraumer inden for disse perspektiver. Ligeledes har vi med afsæt i de identificerede terapiformer udvalgt overensstemmende retninger indenfor psykoterapi, som vi vil fokusere på. Således vil vi forsøge at udvide det ellers begrænsede evidensgrundlag for de fundne tematikker og terapiformer. Dette med et ønske om at kunne forklare, samt opnå en dybere og mere nuanceret forståelse af funktionelle lidelser som en konsekvens af barndomstraumer og behandlingen heraf.

3.0 Teoretiske perspektiver

Følgende afsnit vil belyse, hvorledes ætiologien bag funktionelle lidelser kan forstås som en konsekvens af barndomstraumer, samt hvilke psykologiske interventionsformer, der findes relevant i denne forbindelse. Først vil afsnittet bestå af fire forskellige teoretiske perspektiver; tilknytningsteori, det biologisk-psykologiske perspektiv, trækteori og Youngs skemateori. For hver af de fire perspektiver vil følge en beskrivelse af teoriens centrale pointer efterfulgt af en analyse af, hvorledes den givne teori kan forklare udviklingen af funktionelle lidelser. De teoretiske perspektiver vil afsluttes med et kritisk blik på teorien. Efter gennemgangen af de fire teoretiske perspektiver vil forskellige tilgange til intervention præsenteres. Ligeledes vil hver af disse afsnit indeholde en beskrivelse af selve interventionsformen samt en analyse af, hvorfor netop disse findes brugbare i arbejdet med funktionelle lidelser. Desuden afsluttes disse afsnit ligeledes med et kritisk blik herpå.

3.1 Tilknytningsteori

Som det fremgår af syntesen, går omsorgspersonens rolle igen på tværs af flere af de identificerede artikler, hvor evidensen peger på, at personer med funktionelle lidelser, der har oplevet barndomstraumer, også er præget af et usikkert tilknytningsmønster. Følgende afsnit vil derfor præsentere tilknytningsteorien og nyere tilføjelser hertil og i den forbindelse forsøge at forstå funktionelle lidelser som en konsekvens

af barndomstraumer med afsæt i denne teori. Slutteligt vil der komme et kritisk blik på teorien og vores anvendelse af denne.

3.1.1 Tilknytningsteoriens oprindelse

Bowlby anses som pioneren inden for tilknytningsteorien, hvor han i 1950'erne udgav flere artikler angående betydningen af tilknytningen mellem mor og barn på udviklingen af personligheden. Bowlbys tilknytningsteori er en af de mest anerkendte, hvorfor vi vil tage udgangspunkt i denne (Slater, 2007; Thomson-Link, 2023).

Tilknytningsteorien beskrives af Bowlby som etologisk, eftersom den lægger vægt på miljøets betydning for barnets udvikling. Ifølge denne teori fødes barnet med et sæt forudprogrammerede adfærdsmønstre, som i et sædvanligt miljø udvikles og sikrer, at barnet opsøger og har kontakt med sin primære omsorgsperson, når det har behov for beskyttelse (Bowlby, 2005). Eftersom det medfødte *tilknytningssystem* aktiveres i barnet, når det oplever frygt, anser tilknytningsteorien derfor frygt for at have en central betydning for barnets tilknytning og den adfærd, som denne aktivering medfører. Dette, da aktivering af tilknytningssystemet aktiverer bestemte typer af *tilknytningsadfærd* hos barnet, såsom gråd, sutten og smil - alt sammen for at opnå opmærksomhed fra sin primære omsorgsperson (Bowlby, 2005). I den forbindelse beskriver Bowlby et essentielt begreb i tilknytningsteorien, nemlig *sikker base*, der er med til at styrke barnets autonomi. Denne sikre base og styrkelse af autonomi hos barnet opstår i relationen mellem den primære omsorgsperson, oftest moderen, og barnet. Hvis barnet oplever, at moderen kan agere som sikker base, da tør barnet udforske verden og til enhver tid vende tilbage til sin primære omsorgsperson, hvis verden gør dem bange. Her er det den primære omsorgspersons opgave at være til rådighed samt hensigtsmæssigt at kunne aflæse og regulere barnets følelser og behov; trøste barnet, når det er ked af det samt opmuntre og hjælpe, når der er behov for det (Bowlby, 2005). Hertil er det vigtigt at tilføje, at den primære omsorgsperson kun bør gribe aktivt ind i barnets udforskning af verden, når det er yderst nødvendigt, eftersom Bowlby mener, at en aktiv involvering ikke er med til at styrke barnets autonomi, men derimod kan hæmme den og gøre barnet afhængigt af den primære omsorgsperson (Bowlby, 2005). Med tiden vil barnet, der har tillid til sin sikre base, vende mere ud i verden, være længere væk og blive mere autonom og sikker i selvstændigt at begive sig rundt i verden. Derimod vil en relation præget af for megen involvering fra omsorgspersonen kunne føre til emotionel ustabilitet og manglende selvstændighed (Bowlby,

2005). Bowlby påpeger dog, at det er værst, hvis involveringen er restriktiv og straffende, hvilket kan føre til, at barnet præges af frygt og mistillid til verden omkring sig. På den anden side kan man dog risikere, at for lidt involvering kan lede til, at barnet ikke tør udforske verden, da dets behov for tryghed fra den sikre base ikke opfyldes. Ud fra dette mener Bowlby derfor, at det er vigtigt, at den primære omsorgsperson forstår at opretholde en balance i sin involvering og komme med rettidige reaktioner til barnet (Bowlby, 2005). Endnu et væsentligt begreb inden for tilknytningsteorien er *indre arbejdsmodeller*. Disse skal forstås som mentale repræsentationer, der udvikles ud fra og påvirkes af barnets tidlige oplevelser, her specielt oplevelser og erfaringer, der er dannet i interaktionen med dets primære omsorgsperson (Bowlby, 2005). Eftersom disse indre arbejdsmodeller skabes i interaktionen med omsorgspersonen, har den sikre base også en betydning for, hvorledes disse arbejdsmodeller udvikler sig. Hvis barnet oplever en sikker base, udvikles der oftest positive, sunde arbejdsmodeller og et positivt selvbillede hos barnet, mens det omvendte gør sig gældende, hvis barnet er i mangel på en sikker base. De indre arbejdsmodeller har en betydning for barnets adfærd, emotioner samt interaktion med og forventninger til andre. Jo ældre barnet bliver, desto mere internaliseres disse indre arbejdsmodeller og agerer som et ubevidst, indre vejledningssystem af adfærd og håndtering af situationer (Bowlby, 2005). Hvis barnet har manglet en sikker base, da kan det internalisere uhensigtsmæssige, negative indre arbejdsmodeller, hvilket kan føre til *tilknytningsangst*. Dette er præget af mistillid, frygt og ofte et negativt selvbillede samt dårligt selvværd hos barnet, som tages med ind i voksenlivet (Bowlby, 2005; Lin et al., 2020).

Ud fra ovenstående er det altså særligt relationen mellem omsorgsperson og barn, som er central i forståelsen af, hvorfor et barn udvikler en sikker - eller usikker tilknytning. En *sikker tilknytning* skabes gennem en sikker base, hensigtsmæssig respons og kommunikation til og med barnet samt udvikling af positive indre arbejdsmodeller. En *usikker tilknytning* er derimod karakteriseret af, at omsorgspersonen ikke har ageret som en sikker base for barnet, og at uhensigtsmæssige indre arbejdsmodeller er blevet internaliseret. Hvis barnet ikke opnår en sikker tilknytning, da kan det udvikle et indre forsvar til at beskytte sig mod de smertefulde emotioner, som dette måtte medføre for barnet. Dette refererer han til som *concept of detachment*, som er et begreb, der belyser, hvordan barnet emotionelt løsriver sig fra sin omsorgsperson, hvis det gentagne gange er blevet forladt. Denne løsrivelse viser sig i, at bar-

nets tilknytningsadfærd ikke aktiveres i de situationer, hvor man ellers ville forvente det (Bowlby, 2005).

3.1.2 Tilføjelser til tilknytningsteorien

Siden Bowlbys udlægning har teorien vundet megen anerkendelse, hvorfor flere tilføjelser til teorien er kommet frem. I 1970'erne udviklede og beskrev Ainsworth tre forskellige tilknytningsmønstre, der alle er teoretiseret ud fra observationer af børns adfærd, når de separeres fra deres mor for en kort stund (Ainsworth et al., 2015; Bowlby, 1996). Den første er et *sikkert tilknytningsmønster*, der er præget af en sikker tilknytning til omsorgspersonen, hvor barnet i separationen udviser tilknytningsadfærd såsom gråd og savn. De to andre tilknytningsmønstre er derimod begge præget af en usikker tilknytning til omsorgspersonen. Hvor det *ængstelig, afvisende tilknytningsmønster* er præget af passiv adfærd hos barnet under separation og genforening med omsorgspersonen, er det *ængstelig, ambivalente tilknytningsmønster* præget af en adfærd, som kan inddeles i to undertyper. Den første type er karakteriseret af en vred undertone i interaktionen med omsorgspersonen, hvor barnet først giver udtryk for at ville have kontakt med omsorgspersonen, men alligevel undgår eller afviser denne kontakt. Den anden type er kendetegnet ved passivitet fra barnet, hvor barnet ikke søger kontakt til omsorgspersonen, selvom barnet muligvis ønsker det (Ainsworth et al., 2015). Senere, i 1990, tilføjer og beskriver Main og Solomon endnu et tilknytningsmønster, som også er præget af en usikker tilknytning; *det desorganiserede tilknytningsmønster*. Denne er kendetegnet ved en desorganiseret, desorienteret og konfliktfyldt adfærd hos barnet (Hesse & Main, 2000). I dette tilknytningsmønster fungerer omsorgspersonen både som en sikker base for barnet, men også som kilden til angst hos barnet. Dette kan eksempelvis være tilfældet, hvis omsorgspersonen slår barnet og derved aktiverer dets tilknytningssystem og dertilhørende adfærd, da er det også omsorgspersonen, som barnet naturligt vil finde trøst hos. Dette forhold skaber modstridende emotioner i barnet og kan vise sig i uforudsigelig adfærd, hvor barnet pludselig bryder ud i gråd for dernæst at blive helt stille (Hesse & Main, 2000).

Med udgangspunkt i tilknytningsteorien menes tilknytningsmønstrene at påvirke det senere selvbillede og de interpersonelle relationer, som barnet i fremtiden måtte indgå i, hvorfor disse også menes at præge den tidlige ungdom og voksenlivet (Bowlby, 1996). I forbindelse med dette, er der fundet belæg for, at ens tilknytningsmønstre er

relativt stabile gennem livet (Carr, 2016; Pinquart et al., 2013). Disse fund har ledt til, at Bartholomew og Horowitz har udarbejdet en model over fire tilknytningsmønstre i voksenlivet, og hvorledes disse kommer til udtryk hos det voksne menneske (Bartholomew & Horowitz, 1991). Eftersom vi ønsker at forstå, hvorledes barndoms-traumer kan lede til udviklingen af funktionelle lidelser i voksenlivet, finder vi det relevant at præsentere denne udlægning af tilknytningsteorien, og dens bud på, hvordan tilknytningen i barndommen påvirker og kommer til udtryk i voksenlivet. Bartholomew og Horowitz' model over tilknytningsmønstre i voksenlivet baserer sig på Bowlbys teori. Ligesom Bowlby lægger de vægt på betydningen af indre arbejdsmodeller, dog opdeles disse i to overordnede dimensioner af indre arbejdsmodeller, som begge kan være henholdsvis positive eller negative. Den ene dimension er kendetegnet ved *en indre model af selvet*, som yderligere repræsenterer den underliggende dimension; afhængighed. Denne dimension omhandler, i hvilken grad personen har etableret et positivt selvbillede, således der ikke er et behov for validering gennem andre. Den anden dimension omfatter *en indre model af andre*, hvor den underliggende dimension hertil er undgåelse, og refererer til i hvilken grad personen undgår intimitet med andre mennesker i frygt for, hvilke konsekvenser dette måtte have for dem (Bartholomew & Horowitz, 1991). Kombinationen af disse to arbejdsmodeller giver fire prototyper af tilknytningsmønstre i voksenlivet (se figur 2).

Figur 2

Model af voksentilknytning

		Indre model af selvet (Afhængighed)	
		Positiv (Lav)	Negativ (Høj)
Indre model af andre (Undgåelse)	Positiv (Lav)	<i>CELLE I</i> SIKKER Komfortabel med intimitet og autonomi	<i>CELLE II</i> OVERVÆLDENDE Overvældet af relationer
	Negativ (Høj)	<i>CELLE IV</i> AFVISENDE Afvisende over for intimitet Uafhængig	<i>CELLE III</i> FRYGTSSOM Frygt for intimitet Socialt undgående

Note. Model af voksentilknytning af Bartholomew & Horowitz (1991), oversat fra original-sprog til dansk efter bedste evne.

Den første teoretiske prototype (Celle I, figur 2) baserer sig på en positiv internalisering af selvet og andre og minder i høj grad om det sikre tilknytningsmønster, der ses i barndommen, hvorfor denne også kaldes *sikker tilknytningsmønster*. Denne er kendetegnet ved en voksen, der har et sundt selvværd og opfatter andre positivt, såvel som at man er bekvemt med intimitet med andre (Bartholomew & Horowitz, 1991; Carr, 2016). Den anden prototype (Celle II, figur 2) er det *overvældende tilknytningsmønster*, som er kombinationen af en negativ internalisering af selvet og en positiv internalisering af andre. Denne minder teoretisk om det tidligere nævnte ængstelig, ambivalente tilknytningsmønster fra barndommen og er karakteriseret ved manglende selvværd samt en længsel efter at opnå validering gennem nærvær med andre. Dog oplever de en bagvedliggende angst for at blive afvist i deres forsøg på nærvær, da de tillægger sig selv skylden for denne afvisning (Bartholomew & Horowitz, 1991; Carr, 2016). Kombinationen af en positiv internalisering af selvet og en negativ internalisering af andre (Celle IV, figur 2) er det *afvisende tilknytningsmønster*, som teoretisk lægger sig op ad det ængstelig, afvisende tilknytningsmønster. Her er tale om en voksen, der grundet opfattelsen af andre som potentielt skadelige, undgår nærhed med andre, således de kan opretholde et sundt selvværd (Bartholomew & Horowitz, 1991; Carr, 2016). Den sidste og mest skadelige prototype hos den voksne (Celle III, figur 2), ifølge Bartholomew og Horowitz, er det *frygtsomme tilknytningsmønster*. Dette lægger sig teoretisk op ad Main og Hesses beskrivelse af et desorganiseret tilknytningsmønster fra barndommen og har både en negativ internalisering af selvet og andre. Individer med dette tilknytningsmønster har en tendens til at undgå nærvær med andre, da de frygter dem, men på samme tid er andre også personens kilde til at validere sit eget selvværd (Bartholomew & Horowitz, 1991; Carr, 2016).

For at vurdere, hvorvidt det er validt at kombinere bestemte typer af internaliseringer med specifikke tilknytningsmønstre, opstillede Bartholomew og Horowitz (1991) to studier. Disse inkluderede besvarelser fra familie, nære venner og kærlighedsrelationer, og fandt evidens for, at specifikke typer af tilknytningsmønstre og adfærd i voksenlivet hænger sammen med bestemte internaliseringer af indre arbejdsmodeller angående selvet og andre (Bartholomew & Horowitz, 1991).

3.1.3 Tilknytningsteori i relation til funktionelle lidelser

Som tidligere beskrevet findes der evidens for, at personer med funktionelle lidelser er karakteriseret af et usikkert tilknytningsmønster sammenholdt med en rask befolkningsgruppe (Colegrave et al., 2001; Krámská et al., 2022; Riem et al., 2018). Særligt fandt vi, med afsæt i vores syntese, at den usikre tilknytning hos denne gruppe af mennesker er kendetegnet ved overbeskyttelse og kontrol fra forældrene. Som det netop blev pointeret i ovenstående, kan for meget kontrol af barnet hæmme udforskningen fra den sikre base, hvorfor barnet kommer i risiko for at udvikle mindre selvstændighed og mere frygt og mistillid til verden omkring sig. Med udgangspunkt i dette og antagelsen om, at sådanne mønstre er nogenlunde stabile ind i voksenlivet, kan man argumentere for, at en sådan kontrol og overbeskyttelse af barnet kan danne fundamentet for internaliseringen af uhensigtsmæssige indre arbejdsmodeller, som påvirker deres emotioner og adfærd i voksenlivet. Som beskrevet i afsnit 2.3.2, er der hos voksne med funktionelle lidelser netop fundet en manglende evne til at forstå og regulere emotioner. Altså kan denne manglende evne hos personer med funktionelle lidelser spores helt tilbage til barndommen og deres relation med den primære omsorgsperson. Ydermere fandt vi i syntesen evidens for alle fem typer af barndomstraumer hos personer med funktionelle lidelser. Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt alle fem typer af barndomstraumer kan føre til internalisering af uhensigtsmæssige indre arbejdsmodeller, eller om der er forskelle mellem dem. Med afsæt i tilknytningsteorien, kan man argumentere for, at alle fem typer af barndomstraumer kan have patologiske konsekvenser i voksenlivet. I tilknytningsteorien, som den er beskrevet af Bowlby og Ainsworth, kan både fysisk vold og ikke-rettidig omsorg føre til internaliseringen af uhensigtsmæssige indre arbejdsmodeller. På den anden side kan man dog argumentere for, at der kan være forskel i sværhedsgraden af én specifik type af barndomstraume og dennes betydning for relationen mellem den primære omsorgsperson og barnet. Som beskrevet, lægger tilknytningsteorien vægt på, at omsorgspersonen skal bestræbe sig på en balancegang mellem at lade barnet være alene kontra at interagere med det, for at fremme selvstændighed hos barnet og internaliseringen af hensigtsmæssige indre arbejdsmodeller. Eksempelvis kan to separate relationer, der begge er præget af en emotionelt afvigende omsorgsperson, differentiere i denne balancegang. Sværhedsgraden af oplevet svigt i dagligdagen kan således siges at påvirke internaliseringen af uhensigtsmæssige indre arbejdsmodeller.

Dermed kan man argumentere for, at en større ubalance i relationen kan føre til internalisering af flere uhensigtsmæssige indre arbejdsmodeller sammenlignet med en mindre markant ubalance, hvilket kan være med til at øge sårbarheden for den senere udvikling af funktionelle lidelser.

Med udgangspunkt i modellen af Bartholomew og Horowitz er det særligt to af disse usikre tilknytningsmønstre, som går igen på tværs af litteraturen hos personer med funktionelle lidelser; det frygtssomme tilknytningsmønster og det overvældende tilknytningsmønster. Disse er begge karakteriserede af tilknytningsangst, et negativt selvbillede samt en stærk afhængighed af andre i et forsøg på at opnå bedre selvværd (Krámská et al., 2022; Lin et al., 2020; Riem et al., 2018; Waldinger et al., 2006). Man kan argumentere for at begge tilknytningsmønstre kan lede til udviklingen af funktionelle lidelser i voksenlivet, dog på hver sin måde. Forståelsen af, hvordan det frygtssomme tilknytningsmønster kan lede til funktionelle lidelser, kan forklares ud fra en form for 'somatisk' concept of detachment. Med afsæt i dette begreb kan man argumentere for, at individer med funktionelle lidelser kan have udviklet et indre forsvar for at beskytte sig mod de smertefulde emotioner, der ligger i paradokset mellem behovet for omsorg og støtte fra den person, som også agerer kilden til deres frygt. Dette forsvar kan fungere ved, at personen fortrænger disse smertefulde emotioner ved at spalte dem over i somatiske symptomer - således kan personen mindske paradokset i sig selv og opretholde kærlige emotioner til omsorgspersonen. Eftersom det frygtssomme tilknytningsmønster teoretisk er forbundet med det desorganiserede tilknytningsmønster, findes det relevant at forholde sig til, om dette er et tilknytningsmønster, der er repræsenteret i barndommen hos voksne med funktionelle lidelser. Dette har Gerhardt og kollegaer (2021) netop fundet evidens for i deres studie, hvor de sammenholdt en funktionel patientgruppe med en rask gruppe. Her fandt de, at patientgruppen var betydeligt forskellig fra den raske kontrolgruppe, eftersom denne ikke var præget af et sikkert tilknytningsmønster i barndommen ligesom kontrolgruppen ($p = .006$), men derimod var præget af et desorganiseret tilknytningsmønster ($p = .041$). Med udgangspunkt i ovenstående tyder det således på, at det desorganiserede tilknytningsmønster i barndommen stadig kan ses i den voksnes tilknytningsmønster (Gerhardt et al., 2021). Forståelsen af hvorledes det overvældende tilknytningsmønster kan lede til udviklingen af funktionelle lidelser kan findes i kombinationen af de internaliserede indre arbejdsmodeller om selvet og andre. Man

kan her argumentere for, at individets behov for validering af selvet gennem andre, kombineret med dets frygt for afvisning, kommer til udtryk gennem somatiske symptomer. Dette kan både være for at hæmme de smertefulde emotioner, ligesom ved det frygtsomme tilknytningsmønster, men det kan på den anden side også forstås som et forsøg på at opnå trøst og opmærksomhed fra andre gennem de somatiske symptomer.

Dog er det relevant at pointere, at der både for tilknytningsmønstre i barndommen og i voksenlivet er fundet tre typer af usikre tilknytningsmønstre, hvor kun to af disse tyder på at have en betydning for udviklingen af funktionelle lidelser. Den sidste, som der ikke er fundet betydelig evidens for, er det afvisende tilknytningsmønster (Gerhardt et al., 2021; Krámská et al., 2022; Riem et al., 2018). Man kan argumentere for, at dette tilknytningsmønster ikke findes medierende for udviklingen af funktionelle lidelser, eftersom den voksne her har et positivt internaliseret billede af selvet og dermed ikke på samme måde har behov for nærvær og validering fra andre for at opretholde dette. Ydermere kan man advokere for, at somatiske symptomer vil opleves emotionelt skræmmende, da de netop frygter andre og ikke ønsker deres intimitet og hjælp, men gerne vil klare sig selv (Lin et al., 2020). Altså kan man, ud fra tilknytningsteorien, forstå funktionelle lidelser som en konsekvens af barndomstraumer gennem usikker tilknytning i barndommen; det frygtsomme - og det overvældende tilknytningsmønster som har ført til en uhensigtsmæssig internalisering af selvet.

3.1.4 Kritisk blik på tilknytningsteori

Som beskrevet er tilknytningsteorien en anerkendt teori indenfor det psykologiske felt, som gentagende gange er fundet påviselig i diverse studier om usikre tilknytningsmønstre i relation til udvikling af psykopatologi (Erkoreka et al., 2020; Gerhardt et al., 2021; Krámská et al., 2022; Lin et al., 2020). Selvom det er en anerkendt teori, finder vi det dog relevant at forholde os til dens mulige begrænsninger og metodologi. Helt overordnet bør man forholde sig til dens ophav, eftersom teorien baserer sig på observationer af korte opstillede, stressede situationer i mor-barn relationen. Man kan således stille sig kritisk overfor, om den beskrevne tilknytningsadfærd også gør sig gældende i ikke-stressede situationer, hvorfor Field (1996) mener, at man bør undersøge mor-barn relationen i et naturligt miljø. Ydermere kan man overveje, om disse beskrevne tilknytningsmønstre, tilføjet af henholdsvis Ainsworth,

Main og Hesse samt Bartholomew og Horowitz, kan rumme alle typer af mulige tilknytningsmønstre og adfærd. Eksempelvis kunne man forestille sig, at et barn, såvel som en voksen, kan udvise forskellige former for adfærd, som hører under forskellige tilknytningsmønstre, hvorfor det kan være svært at placere vedkommende under blot ét tilknytningsmønster. Endvidere er det kritisabelt, at så megen fokus pålægges forældrene, særligt moderen som den primære omsorgsperson (Slater, 2007). Da teorien udkom, var det i den vestlige kultur primært moderen, der passede børnene indtil skolestart, men i dag er dette ikke normen. I dag er det almindeligt i den vestlige kultur, at barnet går i institution fra 1 års-alderen (Holm, 2011; Slater, 2007). Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt traumer forårsaget af en nær ven eller pædagogisk fagperson ligeledes kan føre til usikre tilknytningsmønstre, internalisering af uhensigtsmæssige indre arbejdsmodeller og således være et led i den senere udvikling af funktionelle lidelser. Bartholomew og Horowitz inddrager dog venskabs- og kærlighedsrelationer i deres undersøgelse og i udarbejdelsen af deres tilknytningsmodel, men denne er som beskrevet for tilknytningsmønstre i voksenlivet (Bartholomew & Horowitz, 1991). Derfor kan det være relevant at undersøge relationerne, som barnet indgår i, i institutionerne med hensyn til tilknytningsmønstre, samt undersøge om disse tilknytningsmønstre ligeledes kan forstås som en medierende faktor mellem barndomstraumer og udviklingen af funktionelle lidelser.

Endnu en kritik, som lægger sig op ad ovenstående, er beskrevet af Röttger-Rössler (2014). Hun mener, at tilknytningsteorien står overfor en *kulturel blindhed*, hvor det omkringliggende miljø til barnet forsømmes til fordel for den vestlige forståelse af familiedynamikker og dennes betydning for barnets udvikling. Som beskrevet, fokuserer tilknytningsteorien ikke specifikt på andre nære relationer i barnets miljø. Derudover tages heller ikke højde for kulturelle forskelle og deres potentielle indflydelse på barnets udvikling (Röttger-Rössler; 2014). Eftersom vores afhandling baserer sig på forskningsstudier, som har gjort brug af befolkningsgrupper fra vestlige kulturer, argumenterer vi for, at tilknytningsteorien fortsat har sin relevans i vores besvarelse af problemformuleringen. Dog er det nødvendigt at gøre opmærksom på, at man derfor skal være påpasselig med at generalisere fortolkningerne fra dette perspektiv til andre kulturer. Ydermere kan man argumentere for, at tilknytningsteorien har et pessimistisk synspunkt, eftersom den sætter fokus på, at ét bestemt uhensigtsmæssigt dyadisk forhold kan påvirke barnets fremtidige relationer. Man kan her forholde sig kritisk til, om én relation kan få så stor betydning og indvirkning på fremtidige rela-

tioner. I stedet kunne man forestille sig, at der er tale om flere uhensigtsmæssige relationer hos barnet eller, at der er mangel på positive relationer, hvorfor barnets fremtidige relationer bliver uhensigtsmæssige (Slater, 2007). Selvom ovenstående begrænsninger er værd at have for øje, da formår teorien dog at anskue tilknytningsmønstre og adfærd hos barnet og den voksne i relation til bredere sociale dynamikker, der foregår i familier og nære relationer. Altså forstår den ikke adfærd som isoleret fra miljø og sociale interaktioner. Det er således en teori, som kan bruges til at forstå, hvordan relationer med andre påvirker vores personlighed og ageren i verden (Slater, 2007).

3.1.5 Delkonklusion

Tilknytningsteorien kan altså bidrage med en forståelse af, hvorledes traumatiske oplevelser i barndommen kan føre til udviklingen af funktionelle lidelser. Særligt sætter denne fokus på de primære omsorgspersoners betydning for ens tilknytningsmønstre og adfærd, hvor de usikre tilknytningsmønstre, frygtsom og overvældende, netop tyder på at være en forklarende faktor i udviklingen af funktionelle lidelser. På baggrund af ovenstående kritik, kan vi dog ikke udelukke, at barndomstraumer, der er opstået i andre relationer i det omkringliggende miljø, ligeledes kan spille ind på udviklingen af funktionelle lidelser.

3.2 Det biologisk-psykologiske perspektiv

Med afsæt i de identificerede artikler, fandt vi evidens for, at traumer i barndommen synes at være forbundet med neuroendokrin dysregulering i voksenlivet (Weissbecker et al., 2006). Derfor vil nærværende afsnit indeholde en gennemgang af en biologisk-psykologisk forklaring på, hvordan man kan forstå funktionelle lidelser som en konsekvens af traumer i barndommen. Afsnittet vil indledes med en redegørelse af kroppens stresssystem, herunder allostasebegrebet, HPA-aksen og konsekvenserne ved en dysfunktion heraf. Dernæst vil følge et forsøg på at forstå udviklingen af funktionelle lidelser med afsæt i denne forklaringsramme. Afsnittet afsluttes med et kritisk blik på dette perspektiv.

3.2.1 Allostasemodellen og tilhørende processer

Tidlig eksponering for stressende eller traumatiske oplevelser kan resultere i en dysregulering af kroppens stresssystem, hvilket potentielt kan have langsigtede konsekvenser for individets sundhed (Danese & McEwen, 2012; McEwen & Stellar, 1993; Roelofs & Spinhoven, 2007; Weissbecker et al., 2006). Et velfungerende stresssystem er afgørende for opretholdelsen af kroppens indre balance, som betegnes homeostase. *Homeostase* refererer til et dynamisk ækvilibrium, hvor kroppen kontinuerligt regulerer dets indre tilstande for at opretholde stabilitet i kroppens fysiologiske processer, såsom kropstemperatur og blodtryk. Processen involverer den automatiske feedback-mekanisme, der registrerer ændringer i det indre miljø og igangsætter responser for at modvirke disse ændringer og reetablere ækvilibrium (Juster et al., 2016; McEwen, 2000). I takt med den sociale evolution har stresssystemet fået en indlæringssevne, således at det bedre kan håndtere nye udfordringer i det sociale liv (Juster et al., 2010). I den forbindelse præsenterer Sterling og Eyer (1988) begrebet *allostase* i moderne stressteori, hvilket defineres som ”stabilitet gennem forandring” og omfatter kroppens adaptive respons til stressorer og er en essentiel komponent i vedligeholdelsen af homeostase. Modsat homeostasebegrebet, som dækker over faste værdier i et balancepunkt, der søges reetableret efter enhver form for ændring, da skal allostasebegrebet nærmere forstås som en aktiv proces med foranderlige værdier, der reguleres og adapteres i overensstemmelse med individets interaktionshistorik (McEwen, 2000; Sterling & Eyer, 1988). Eksempler på allostase-mekanismer er stressresponserne det sympato-adrenale medullære-system (SAM) samt hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen (HPA-aksen). *SAM* omfatter det system, der frigiver katekolaminerne adrenalin og noradrenalin, som er de hormoner, der faciliterer ”kamp-flugt”-responsen, hvilket forbereder kroppen på at reagere på stressoren. *HPA-aksen* er derimod involveret i frigivelsen af kortisol, et stresshormon, der hjælper kroppen med at mobilisere ressourcer for at håndtere stressoren (Heim et al., 2000b; Juster et al., 2016). Som det fremgår af syntesen, er det særligt kortisolmønstre, der synes at have betydning for funktionelle lidelser, hvorfor vi særligt vil fokusere på HPA-aksen, og dennes funktion. Foruden funktionerne af hypofysen og hypothalamus i HPA-aksen, er der tre primære hjernestrukturer, der er relevante at beskrive i forbindelse med regulering af stressrespons; a) *hippocampus*, der er relateret til hukommelse og kognition, og derfor spiller en vigtig rolle i at regulere stressre-

spons ved at integrere erindringer om tidligere stressende begivenheder; b) *amygdala*, som er ansvarlig for frygtbetingning og emotionsbearbejdning og derfor spiller en central rolle i opfattelsen og responsen på truende eller stressende stimuli og c) *præfrontal cortex*, som er involveret i kognitive processer, herunder problemløsning samt udøvelse af top-down kontrol over subkortikale strukturer, hvorfor denne er vigtig i forbindelse med at vurdere stressende situationer, regulere emotionelle reaktioner og træffe velovervejede beslutninger under stress (Juster et al., 2016; McEwen, 1998).

Ved eksponering for en stressor, uagtet om denne er endogen eller eksogen, reel eller fortolket, da træder amygdala i funktion og initierer dermed en stressrespons ved at aktivere HPA-aksen, som har til formål at producere glukokortikoider. Hypothalamus igangsætter denne proces ved frigivelsen af kortikotropinfrigørende hormoner (CRH), som transporteres gennem et portalsystem, der forbinder hypothalamus med hypofysen, hvorfra der signaleres til udskillelsen af adrenokortikotropisk hormoner (ACTH). ACTH transporteres herefter til binyrebarken, som frigiver glukokortikoider, såsom kortisol (Juster et al., 2010). Kortisol er et af kroppens stresshormoner, som medvirker til at mobilisere energi, undertrykke inflammation og regulere metabolismen (Juster et al., 2016). HPA-aksen fungerer desuden som en regulatorisk feedback-mekanisme, hvor produktionen af glukokortikoider adapteres. Denne mekanisme indebærer, at overskydende glukokortikoider udløser signaler til hypothalamus og hypofysen, der resulterer i hæmning af produktionen af CRH og ACTH. Dette bidrager til at forhindre overproduktion af kortisol og dermed opretholdelsen af en hensigtsmæssig balance i kroppens stressrespons (Zhu et al., 2014).

Allostase og dets tilhørende mekanismer er altså vigtige og sunde processer, der muliggør adaptation til miljømæssige udfordringer. Dog kræver denne form for stressrespons betydelige ressourcer og bliver paradoksalt, eftersom disse mekanismer er effektive og beskyttende på kort sigt, men kan ved langvarig eksponering og belastning blive skadende for individet. Når allostatiske mekanismer aktiveres gentagne gange, bliver denne tilpasningsproces en såkaldt allostatisk belastning. *Allostatisk belastning* er et resultat af kronisk over- eller inaktivitet af fysiologiske systemer, som normalt er involveret i tilpasningen til miljømæssige udfordringer. Allostatisk belastning karakteriseres som kroppens ”slid og ælde”, der kan blive skadelig som konsekvens

af kumulativ belastning (Danese & McEwen, 2012; Juster et al., 2010; McEwen, 1998; McEwen & Stellar, 1993).

Overordnet findes tre typer af fysiologiske responser, der udgør allostatisk belastning. Ved hyppig eksponering for stressorer forlænges aktiveringen af de allostatiske systemer, hvilket kan lede til allostatisk belastning eller i mere skadelige tilfælde allostatisk overbelastning (McEwen, 1998). Samme skadelige effekt kan opstå, hvis systemet ikke formår at passivere efter aktivering og dermed lede til kronisk aktivitet, eller hvis systemet ikke responderer tilstrækkeligt og dermed ikke reagerer på udfordringer, hvilket ligeledes kan føre til allostatisk (over)belastning (McEwen, 1998). Med udgangspunkt i allostasebegrebet er patologi altså et resultat af adaptive processer, der er blevet dysfunktionelle (Juster et al., 2016). Foruden hyppig stress-eksponering kan stressfaktorer, der opleves under sensitive udviklingsperioder, ligeledes have en vedvarende indvirkning på kroppens evne til at tilpasse sig. ACEs kan derfor medføre biologiske ændringer hos børn, hvilket kan påvirke modningen og responsen af kroppens tilpasningssystemer og dermed have langsigtede konsekvenser for sundheden (Danese & McEwen, 2012).

Vedvarende stress menes at føre til en ubalance i stresshormoner, hvilket udløser en kædereaktion i de sammenhængende biologiske systemer (Böhmelt et al., 2005; Heim et al., 2000b; Juster et al., 2016; Rief et al., 1998). Dysregulering af kortisol er et resultat af en dysfunktionel HPA-akse ved enten over- eller underaktivering. Ved overaktivering af HPA-aksen, da hæmmes feedback-mekanismen, således produktionen af glukokortikoider ikke stoppes og i stedet kan lede til en overproduktion af kortisol, såkaldt *hyperkortisolisme* (Kirkengen & Næss, 2023; Rief et al., 1998). Hyperkortisolisme kan være problematisk, eftersom langvarig eksponering for høje niveauer af kortisol kan have skadelige virkninger på forskellige fysiologiske systemer i kroppen, da det blandt andet kan forårsage inflammation, lede til forhøjet blodtryk og blodsukkerniveauer (Rief et al., 1998). Effekterne af kronisk stressinduceret hyperkortisolisme kan yderligere forværre stressresponsen. Eksempelvis kan de fysiologiske ændringer, forårsaget af forhøjede kortisolniveauer, selv medvirke som stressfaktorer og dermed fastholde spiralen af kronisk stress og dermed hyperkortisolisme (Roelofs & Spinhoven, 2007). Modsat ovennævnte kan en underaktivering af HPA-aksen ligeledes være problematisk, da det leder til en underproduktion af kortisol; *hypokortisolisme*. Som tidligere beskrevet er kortisol en vigtig komponent i stressresponsen, hvorfor hypokortisolisme kan medføre en række komplikationer,

herunder utilstrækkelig stressrespons samt manglende regulering af fysiologiske processer, såsom immunforsvar og metabolisme (Böhmelt et al., 2005; Heim et al., 2000a). Den langvarige sekretion af stresshormonet kortisol kan altså føre til dysfunktion og svigt i dets evne til at beskytte mod stress og i stedet skade hjernen og andre essentielle organsystemer (Juster et al., 2016).

3.2.2 Stressfølsomme hjerneområder

Kronisk eller gentagen eksponering for stressorer tyder ligeledes på at kunne føre til strukturelle og funktionelle abnormiteter i stressfølsomme områder af hjernen (Danese & McEwen, 2012; Hanson et al., 2010). I præfrontal cortex kan langvarig stress-eksponering resultere i mindre volumen, hvilket kan lede til forringelse af eksekutive funktioner, såsom opmærksomhed, problemløsning og emotionsregulering (Hanson et al., 2010). Et andet område, der ligeledes tyder på at blive påvirket af langvarig eksponering for stress, er amygdala, som her kan blive mere reaktiv og således har en forstærket reaktion på frygt (Jedd et al., 2015; Weissman et al., 2020). Hippocampus kan ligeledes opleve volumenmæssig reduktion (atrofi), hvilket adfærdsmæssigt kan manifesteres som hukommelsesproblemer (Danese & McEwen, 2012; Weissman et al., 2020).

Samlet set tyder det på, at eksponering for stress kan medføre en række fysiologiske ændringer i henholdsvis nervesystemet, immunsystemet og det endokrine system, som gør individet mere sårbart over for fysiske og psykiske lidelser (Danese & McEwen, 2012; Juster et al., 2016).

3.2.3 Biologisk-psykologisk perspektiv i relation til funktionelle lidelser

Som tidligere beskrevet er funktionelle lidelser karakteriseret ved uforklarlige somatiske symptomer, der ofte præsenterer sig med diffuse og fluktuerende symptombilleder (jævnfør afsnit 1.1.4). De biologiske forandringer fundet ved funktionelle lidelser er tvetydige og ligner samtidig de forandringer, der ses ved angst, depression og stress-relaterede lidelser. Disse psykiatriske tilstande er desuden ofte komorbide med funktionelle lidelser, hvilket indikerer, at de biologiske forandringer er del af et bredere spektrum af lidelser og derfor kan karakteriseres som uspecifikke (Skjernov & Møhl, 2017). Dog finder vi det fortsat relevant at se på det biologisk-psykologiske perspektiv som en mulig forklaringsramme for sammenhængen mellem barndoms-traumer og udviklingen af funktionelle lidelser.

3.2.3.1 Symptomproduktion

Som tidligere fremlagt i afsnit 2.3.1 er der en hyppig forekomst af forskellige typer af barndomstraumer hos patienter med funktionelle lidelser, hvorfor denne patientgruppe i særdeleshed kan siges at være præget af allostatisk (over)belastning, eftersom de har været eksponeret for stress og traumatiske oplevelser i deres tidlige liv. Man kan argumentere for, at den allostatiske (over)belastning udtrykkes forskelligt blandt personer med funktionelle lidelser. Det diffuse symptombillede er repræsenteret i den divergerende litteratur omkring den biologisk-psykologiske forklaring af effekterne af tidlig eksponering for stress, herunder barndomstraumer. På den ene side er der tidligere fundet evidens for, at patienter med funktionelle lidelser er kendetegnet ved hypokortisolisme (Böhmelt et al., 2005; Hannibal & Bishop, 2014; Roelofs & Spinhoven, 2007; Tak & Rosmalen, 2010), som forklarer, at grundet manglen på kortisols beskyttende egenskaber, da hypotetiseres det, at vedvarende stressinduceret hypokortisolisme er forbundet med smertesomatiseringsforstyrrelser, såsom funktionelle lidelser (Hannibal & Bishop, 2014). På den anden side findes der også evidens for øget kortisol hos patienter med funktionelle lidelser (Roelofs & Spinhoven, 2007; Rief et al., 1998). Selvom et overtal af studier tyder på hypokortisolisme blandt individer med funktionelle lidelser, er forskningslitteraturen tvetydig (Hannibal & Bishop, 2014; Roelofs & Spinhoven, 2007; Tak & Rosmalen, 2010). En mulig forklaring på de modstridende fund kan være relateret til den type stressorer, som individerne har været udsat for. Uforudsigelig kronisk stress synes at være forbundet med habituering, mens enkeltstående intense stressbegivenheder kan inducere sensibilisering af HPA-aksen (Roelofs & Spinhoven, 2007). Andre foreslår, at HPA-aksens aktivitet hos traumatiserede individer kan ændre sig over tid, således den indledende hyperaktivitet, der opstår ved stresseksposering, efterfølges af hypoaktivitet, grundet nedreguleringsprocessen af HPA-aksen (Roelofs & Spinhoven, 2007). En anden mulig forklaring på ændringen er, at langvarig aktivering af en sensitiveret stressrespons udmatter HPA-aksen, hvilket hæmmer produktionen af kortisol (Kirkengen & Næss, 2023). Både hypo- og hyperkortisolisme ses altså ved individer med funktionelle lidelser og opstår som et resultat af dysfunktion af HPA-aksen, som kan have skadelige virkninger på kroppens evne til at bekæmpe inflammation, hvorfor patienter med funktionelle lidelser ofte har forøget inflammation i kroppen (Danese & McEwen, 2012; Roelofs & Spinhoven, 2007). Øget inflammation i kroppen kan

lede til en række non-specifikke symptomer, såsom smerter og træthed, som ofte er repræsenteret ved funktionelle lidelser (Kirkengen & Næss, 2023). Med afsæt i dette kan man argumentere for, at forstyrrelser i nervesystemet, herunder den kroniske reaktivering af HPA-aksen, kortisol-dysfunktion og den øgede inflammation i kroppen kan være med til at producere symptomerne i det diffuse symptombillede, der er karakteristisk for funktionelle lidelser.

3.2.3.2 Symptomperception

Der tyder på at være en forskel i både struktur og funktion af stressfølsomme områder i både frontale – og limbiske strukturer, herunder præfrontal cortex, hippocampus og amygdala hos individer med en historik af barndomstraumer sammenlignet med en kontrolgruppe uden en historik af barndomstraumer (Danese & McEwen, 2012; Jedd et al., 2015; Roelofs & Spinhoven, 2007; Weissman et al., 2020). Selvom forskningslitteraturen er uenig om, hvordan traumatiske eller stressende begivenheder påvirker individet, da indikerer en betydelig del af litteraturen, at voksne med tidlig eksponering for stressende oplevelser, generelt udviser en reduktion i volumen af henholdsvis amygdala, hippocampus og præfrontal cortex (Danese & McEwen, 2012; Roelofs & Spinhoven, 2007; Weissman et al., 2020).

Studier har påvist, at voksne med en historik af barndomstraumer er forbundet med reduceret volumen og øget reaktivitet i amygdala (Danese & McEwen, 2012; Jedd et al., 2015; Weissman et al., 2020). Disse ændringer i amygdalas struktur og dermed funktion synes at fremme en hurtigere identifikation af trusler i miljøet, hvilket er adaptivt i faretruende situationer, men kan bidrage til øget sårbarhed overfor stress i sikre omgivelser eller ved mindre alvorlige stressorer. Denne øgede reaktivitet i amygdala kan lede til en overdreven opmærksomhed på og følsomhed over for angstfremkaldende stimuli, herunder kropslige symptomer, som kan resultere i en tendens til at mis- eller overfortolke stimuli, hvilket kan forårsage overdreven eller unødvendig frygt (Jedd et al., 2015; Weissman et al., 2020).

Studier har rapporteret reduceret volumen af hippocampus hos voksne med en historik af traumer i barndommen (Danese & McEwen, 2012; Jedd et al., 2015; Weissman et al., 2020). En reduktion i volumen af hippocampus kan blandt andet forårsage mangler i deklarative hukommelsesprocesser, men er også fundet associeret med en øget sårbarhed over for depressive symptomer (Weissman et al., 2020; Zhu et al.,

2014). Jævnfør afhandlingens syntese, da fremgik det, at depression kunne siges at være en medierende faktor mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser, hvor depression tyder på at intensivere smerteopfattelsen (Piontek et al., 2021a). På samme vis har voksne med en historik af barndomstraumer ligeledes påvist mindre volumen af præfrontal cortex, hvilket kan vise sig ved mangler og svækkelser i eksekutive funktioner, her af særlig relevans kognitiv ræsonnering og emotionsregulering (Hanson et al., 2010; Roelofs & Spinhoven, 2007). Desuden er præfrontal cortex involveret i reguleringen af overdreven amygdala-aktivitet i fraværet af en reel trussel i miljøet, men ved svækkelser i evnen til at ræsonnere og emotionsregulere, da kan denne proces ligeledes være påvirket (Juster et al., 2016; McEwen, 1998).

Sammenfattende kan en forklaring på symptomperceptionen hos patienter med funktionelle lidelser muligvis forklares ved den øgede reaktivitet i amygdala og den derfor øgede opmærksomhed og følsomhed over for angstfremkaldende stimuli, her kropslige symptomer. Dette, kombineret med præfrontal cortex' manglende evne til at regulere følelser og tendens til at fejlfortolke symptomer, kan både gøre individer mere sårbare over for symptomer og bidrage til vedligeholdelse og mulig forstærkning af disse symptomer. Kropslige sensationer, som normalvis evalueres kontinuerligt på det ubevidste plan, kan altså siges at blive bevidste grundet den skærpede opmærksomhed på disse kropslige symptomer og den angstprægede fortolkning af disse (Skjernov & Møhl, 2017). Den atrofierede hippocampus kan øge sårbarheden over for depressive symptomer, hvilket yderligere kan intensivere smerteperceptionen. Samlet set medfører disse interaktioner, mellem forskellige hjernesystemer og fysiologiske processer, en gensidig påvirkning, hvor dysfunktionen af HPA-aksen og dermed dysregulerede kortisolniveauer leder til øget inflammation i kroppen. Dette forårsager en række kropslige symptomer, hvor den øgede opmærksomhed på og den negative fortolkning af disse symptomer bidrager til at vedligeholde og forstærke både de fysiske og psykologiske aspekter af symptomerne.

3.2.4 Kritisk blik på det biologisk-psykologiske perspektiv

Det biologisk-psykologiske perspektiv tilbyder en styrke i evnen til at forklare, hvordan man kan forstå barndomstraumers påvirkning på fysiologiske processer samt hjernens struktur og funktion. Dette perspektiv understreger vigtigheden i at forstå de komplekse biologiske mekanismer, der er involveret i individets stressrespons ved

eksponering for langvarig stress. I forskningen i dette afsnit, som primært består af case-kontrolstudier, sammenligner man individer, der har oplevet traumer i barndommen, med en kontrolgruppe uden barndomstraumer (Böhmelt et al., 2005; Hanson et al., 2010; Jedd et al., 2015; Weissmann et al., 2020). Man kan argumentere for, at denne type af studiedesign kan lede til en kausalitetsproblematik, særligt når det handler om at forstå komplekse sammenhænge som dem mellem atrofi af stressfølsomme områder i hjernen og barndomstraumer. Case-kontrolstudier kan bidrage til at identificere sammenhænge mellem barndomstraumer og hjerneatrofi, men de kan ikke afgøre, hvorvidt traumerne faktisk forårsager ændringer i hjernen, eftersom studierne ikke har data fra inden eksponeringen for traumer. Sammenhænge kan således indikere en potentiel kausal sammenhæng, men disse kan også skyldes andre faktorer eller tilfældigheder. På baggrund af dette kan man argumentere for, at det derfor kan være nødvendigt at være forsigtig med at drage konklusioner om kausalitet udelukkende baseret på forskelle og sammenhænge. Ydermere kan det biologisk-psykologiske perspektiv kritiseres for sin tendens til at oversimplificere komplekse psykosociale fænomener ved at reducere dem til biologiske processer alene. Ved kun at fokusere på biologiske ændringer, risikerer man at negligere betydningen af sociale, kulturelle, personligheds- og miljømæssige faktorer i udviklingen af funktionelle lidelser, hvilket kan lede til en unuanceret forståelse af patientens samlede oplevelse (Hunt, 2024). Desuden kan allostasemodellen kritiseres for negligeringen af den indvirkning én traumatisk hændelse kan have for individet. Allostatisk (over)belastning forholder sig, som beskrevet, primært til effekten af akkumulerede stressorer, hvorfor det potentielt undervurderes, hvordan selv én traumatisk oplevelse kan have langvarige konsekvenser for individet. Herudover fokuserer det biologisk-psykologiske perspektiv ofte på de generelle biologiske og patofysiologiske forandringer som følge af barndomstraumer, mens det sjældent adresserer, hvordan disse ændringer kan variere mellem individer. Derfor kan man overse betydningen af individuelle forskelle og resiliensfaktorer, såsom personlighedstræk, copingstrategier og social støtte, der kan påvirke, hvordan en person reagerer på traumatiske oplevelser (Hunt, 2024). Generelt bør man forholde sig kritisk til, at det biologisk-psykologiske perspektiv ikke altid formår at give en udtømmende forklaring på, hvorfor nogle individer udvikler funktionelle lidelser som følge af barndomstraumer, mens andre ikke gør.

3.2.5 Delkonklusion

Opsummerende kan man, ud fra en biologisk-psykologisk forklaringsramme, forstå funktionelle lidelser ud fra allostatisk (over)belastning i form af forstyrrelser og dysfunktion af nervesystemet, det endokrine system og immunsystemet, der bidrager til en symptomproduktion. Disse forstærkes af abnormitet i hjernes stressensitive områder, hvor symptomperceptionen er karakteriseret ved en øget opmærksomhed og frygt forbundet hermed, som intensiverer oplevelsen af symptomerne. Forklaringen af koblingen mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser kan derfor foreligge i de biologiske ændringer, der opstår ved gentagen eller kronisk eksponering for stress. Med afsæt i ovenstående kritik bør man være opmærksom på, at dette perspektiv ikke alene kan forklare sammenhængen mellem barndomstraumer og udviklingen af funktionelle lidelser, eftersom den ikke inddrager individuelle - og sociokulturelle forskelle.

3.3 Trækteori

Som det fremgår af syntesen, var et fremtrædende tema personlighedstræk, og hvordan disse kan fungere som en medierende faktor mellem barndomstraumer og udviklingen af funktionelle lidelser, hvorfor følgende afsnit vil have fokus på netop personlighedstræk.

3.3.1 Personlighedstræk

Trækteori er et bredt felt med flere forskellige teorier herunder, men som har det til fælles, at individets personlighed overvejende er defineret af personlighedstræk. Personlighedstræk er længe blevet studeret af forskellige psykologer, herunder eksempelvis Allport, Eysenck samt McCrae og Costa, som alle adskiller sig teoretisk (McCrae & Costa, 1999). Med udgangspunkt i afhandlingens syntese af litteraturreviewet fandt vi, at særligt to træk fra den såkaldte Femfaktormodel af McCrae og Costa var fremtrædende. Desuden anses denne model som værende det dominerende paradigme indenfor forskning af personlighedstræk (Barańczuk, 2019). Derfor vil vi i følgende afsnit fokusere på McCrae og Costas Femfaktormodel (FFM) samt Femfaktorteori (FFT). Først vil FFTs antagelser og kernekomponenter kort uddybes, hvorefter en præsentation af FFM vil følge.

3.3.1.1 Femfaktorteorien

FFT udgør de metateoretiske antagelser bag FFM og blev udviklet for at kunne forklare individets udvikling og funktion (McCrae & Costa, 1996). Teorien har fire antagelser omkring den menneskelige natur. Disse fire antagelser defineres som henholdsvis viden (eng: knowability), rationalitet (eng: rationality), variabilitet (eng: variability) og proaktivitet (eng: proactivity). Her refererer *viden* til antagelsen om, at personligheden kan undersøges videnskabeligt, og at det ifølge FFT netop er gavnligt med videnskabelige studier af personligheden. *Rationalitet* omhandler antagelsen om, at individer generelt er i stand til at forstå sig selv og andre på trods af fordomme og bias samt handle på måder, der er i overensstemmelse med deres bevidste overbevisninger. *Variabilitet* henviser til en antagelse om, at individer adskiller sig betydeligt fra hinanden på psykologisk vis. Sidst er der *proaktivitet*, som omhandler individets handlekraft, hvor FFT antager, at personligheden er aktivt involveret i at forme individets liv (McCrae & Costa, 1996; McCrae & Costa, 1999). Disse fire antagelser bidrager til, at FFT distancerer sig fra andre trækteorier ved at hævde, at disse skaber et sammenhængende system, en rammesætning for organisering af stort set alle personlighedstræk (McCrae & Costa, 1996).

Jævnfør FFT anses personlighedstræk som individuelle forskelsvariable. For at forstå disse, og hvordan de fungerer, mener McCrae og Costa (1996), at det er nødvendigt at beskrive selve personligheden, hvilket de gør ud fra deres såkaldte *FFT Personlighedssystem*. Heri indgår en række kernekomponenter; karakteristiske tilpasninger, basale tendenser samt selv-konceptet. *Karakteristiske tilpasninger* henviser til erhvervede færdigheder, vaner, holdninger og relationer, som er resultatet af samspillet mellem miljø og individ, og anses som konkrete manifestationer af de basale tendenser. *De basale tendenser* er den komponent, hvori personlighedstræk indgår. De basale tendenser kan være nedarvet, præget af tidlige oplevelser eller modificeret af sygdom eller psykologisk intervention, men på et tidspunkt i individets liv vil de definere dets potentiale og retning fremadrettet eftersom personlighedstræk menes at være relativt stabile i voksenlivet (McCrae & Costa, 1996). Sidste kernekomponent, *selv-konceptet*, anses som værende en karakteristisk tilpasning, men har alligevel sin egen komponent, da tidligere trækteorier har vægtet selv-konceptet højt, hvorfor FFT også gør. Selv-konceptet består af viden om, syn på og evalueringer af selvet range-

rende fra fakta om individets personlige historie til identiteten, der skaber en følelse af formål og sammenhæng i livet (McCrae & Costa, 1996).

3.3.1.2 Femfaktormodellen

Modellen, som er grundlaget bag ovenstående teori, er FFM, som består af fem brede personlighedstræk; neuroticisme, ekstroversion, åbenhed (overfor oplevelser), venlighed og samvittighedsfuldhed. Hver dimension kan yderligere inddeles i seks facetter, som er mere snævre personlighedstræk end de fem overordnede. Jævnfør FFM skal personlighedstræk ikke forstås som binære kategorier, men nærmere bestemt som et spektrum mellem to ekstremer, hvor man kan ligge hvor som helst på spektret. Ydermere er det relevant at pointere, at begge ender af spektret, for et givent træk, kan være både uhensigtsmæssige og hensigtsmæssige for individet, da det afhænger af konteksten samt kombinationen af de fem træk (Barańczuk, 2019; Costa & McCrae, 1992). Overordnet anses de fem personlighedstræk som værende universelle på tværs af kulturer, arvelige, stabile i voksenlivet samt mulige at vurdere ud fra selvrapporteringsskemaer (Costa & McCrae, 1992).

Neuroticisme rangerer mellem negativ affektivitet og emotionel stabilitet. De seks facetter, som tilhører denne dimension, er angst, irritabilitet, depression, selvbevidsthed, impulsivitet og sårbarhed. Hvis et individ er høj på neuroticisme, vil det være karakteriseret af større sårbarhed overfor stress samt være mere tilbøjelig til at være selvbevidst, impulsiv og opleve negative emotioner såsom angst eller vrede sammenlignet med individer, der er lav på neuroticisme, der modsat karakteriseres som rolige og stabile (Barańczuk, 2019; Costa & McCrae, 1992; McCrae & Costa, 2008). Personlighedstrækket neuroticisme sættes ofte i forbindelse med patologi, da der er fundet evidens for en sammenhæng mellem disse (McCrae & Costa, 1996; Pedersen et al., 2016; Petersen et al., 2022; Petersen et al., 2024).

Ekstroversion udgør en dimension, hvor de to ekstremer er social aktivitet overfor indadvendthed. Således kontrasterer ekstroversion varme, udadvendthed og munterhed med reserverethed, ensomhed og dysterhed. De seks facetter tilhørende ekstroversion er varme, selskabstrang, dominans, aktivitet, spændingssøgen og positive emotioner. Individer med høj ekstroversion kendetegnes ved højt aktivitetsniveau, behov for stimulering og søger mod sociale interaktioner og selskabelighed. De har en tendens til at opleve mere positive emotioner sammenlignet med individer, der er

lave på ekstroversion. Hvis man derimod er lav på ekstroversion, vil man være mere reserveret, passiv og stille (Barańczuk, 2019; Costa & McCrae, 1992; McCrae & Costa, 2008).

Åbenhed (overfor oplevelser) rangerer mellem intellektualitet og lukkethed. Denne dimension modsætter fantasifuldhed, nysgerrighed og lyst til udforskning med rigiditet, rutiner og traditionelle tendenser. De seks facetter, som hører under åbenhed, er henholdsvis fantasi, æstetik, følelser, handlinger, ideer og værdier. Individer med høj åbenhed kendetegnes ved større åbenhed over for følelser og fantasi, mere eventyrlysten, intellektuelle samt værdsætter kunst. Lav åbenhed karakteriseres derimod af mindre kreative individer, som foretrækker rutiner samt er mere konventionelt stabile (Barańczuk, 2019; Costa & McCrae, 1992; McCrae & Costa, 2008).

Venlighed modsætter samarbejdsvillighed med antagonisme, hvor førstnævnte indebærer generøsitet, ærlighed og beskedenhed, mens antagonisme henviser til beskrivelser såsom egoisme, aggression og arrogance. De seks tilhørende facetter er tillidsfuldhed, ligefremhed, altruisme, medgørlighed, beskedenhed og sympati. Individer med høj venlighed karakteriseres af beskedenhed, tillid og altruisme. Modsat henviser lav venlighed til mistænksomme, kritiske og irritable individer (Barańczuk, 2019; Costa & McCrae, 1992; McCrae & Costa, 2008).

Samvittighedsfuldhed rangerer mellem vilje til at opnå mål og ikke at være målrettet. Høj samvittighedsfuldhed kendetegner individer, som er målbevidste, hårdtarbejdende og disciplinerede, hvorimod lav samvittighedsfuldhed karakteriseres som ustrukturerede, impulsive og tilbagelænedes individer. De seks facetter hertil er kompetence, orden, pligtopfyldenhed, præstationsstræben, selvdisciplin samt besindighed (Barańczuk, 2019; Costa & McCrae, 1992; McCrae & Costa, 2008).

3.3.2 Femfaktormodellen i relation til funktionelle lidelser

Med udgangspunkt i forskningslitteraturen er det fundet, at individer med funktionelle lidelser ofte er karakteriseret af høj neuroticisme samt lav samvittighedsfuldhed og lav ekstroversion (Pedersen et al., 2016; Petersen et al., 2022; Petersen et al., 2024; Seto et al., 2019). Jævnfør ovenstående beskrivelse af FFM, da defineres høj neuroticisme blandt andet som et træk, hvor individet har tendens til at opleve negative emotioner og bekymring. Som nævnt er individer med funktionelle lidelser ofte ka-

rakteriseret af høj neuroticisme, hvorfor man ud fra ovenstående kan argumentere for, at dette personlighedstræk kan fungere som et led til, at individerne har opfattet ACEs på en særlig negativ måde, som kan have været medvirkende til, at denne oplevelse har sat sig som et traume. Således kan det siges, at høj neuroticisme kan fungere som en prædisponerende faktor for udvikling af funktionelle lidelser, da tendensen til at respondere med negative emotioner er højere blandt denne patientgruppe. Desuden argumenterer Petersen og kollegaer (2022) for, at individer med høj neuroticisme vil have en tendens til at reagere med højere fysisk arousal, når de oplever stressende situationer, hvilket kan skabe en lavere tærskel for sensationer og manifestationen af fysiske symptomer, som ligeledes kan spille en rolle i udviklingen af funktionelle lidelser. Ydermere kan man argumentere for, at høj neuroticisme, som personlighedstræk, ligeledes kan fungere som en vedligeholdende faktor i relation til funktionelle lidelser. Individer med høj neuroticisme kan siges i højere grad at opleve negative emotioner. Med udgangspunkt i FFT vides det, at personlighedstræk påvirker individets karakteristiske tilpasninger, hvilket indebærer individets måde at føle, tænke og handle på. Ud fra dette kan man argumentere for, at høj neuroticisme kan give karakteristiske tilpasninger, der kommer til udtryk som katastrofetanker. Disse kan ifølge Pedersen og kollegaer (2016) medføre en biased opmærksomhed mod kropslige faresignaler såsom smerte, hvilket kan medvirke til, at fysiske fornemmelser bibeholdes eller forstærkes, hvilket kan være med til at vedligeholde symptomer ved funktionelle lidelser.

Personlighedstrækkene, høj samvittighedsfuld samt høj ekstroversion, tyder begge på at være beskyttende faktorer i forhold til psykologisk – og psykosocial sundhed (Seto et al., 2019). Teoretisk set antages det, at individer med høj samvittighedsfuldhed, der er karakteriseret ved selvdisciplin, målbevidsthed og hårdt arbejde, også er mere tilbøjelige til at analysere følelser og være åbne for samtaler om disse. Dette betragtes som vigtigt for at kunne opretholde en målrettet adfærd trods emotionel arousal (Baranczuk, 2019). Desuden vil et individ med høj ekstroversion være mere udadvendt, social og have tendens til at opleve flere positive emotioner sammenholdt med individer med lav ekstroversion, hvilket også kan argumenteres for at være en beskyttende faktor i forhold til sundhed, da dette kan siges at medvirke til bedre affektive tilstande og færre psykosociale problemer (Seto et al., 2019). Positive emotioner kan hjælpe individet med at håndtere stressende oplevelser ved at udvide tankemøn-

stre og muligheder i stressende situationer, hvilket øger individets ressourcer gennem mere fleksibel tænkning og et bredere spektrum af adfærdsmæssige muligheder (Zarpour & Besharat, 2011). Som nævnt er individer med funktionelle lidelser imidlertid ofte karakteriseret af lav samvittighedsfuldhed og lav ekstroversion. Ud fra dette kan man argumentere for, at hvis et individ med lav samvittighedsfuldhed og lav ekstroversion har været udsat for barndomstraumer, da kan det have sværere ved at fastholde struktur og analysere deres følelser hertil. Dette kan øge deres sårbarhed over for emotionel arousal og derfor ikke formår at respondere på en beskyttende måde. Med udgangspunkt i dette kan man altså forstå personlighedstrækkene, lav samvittighedsfuldhed og lav ekstroversion som medierende faktorer i udviklingen af funktionelle lidelser, idet individet ikke formår at håndtere stressende situationer eller regulere deres følelser hensigtsmæssigt.

Desuden er det kendt, at social støtte kan fungere som en beskyttende faktor mod psykopatologi (Davydov et al., 2010; Southwick et al., 2016). Ud fra beskrivelsen af ekstroversion som personlighedstræk, ses det, at individer med høj ekstroversion er udadvendte og opsøgende mod sociale interaktioner og selskabelighed. Netop dét at danne relationer og skabe et socialt støttenetværk kan siges at agere som en beskyttende faktor mod negative effekter af stressende situationer (Zarpour & Besharat, 2011). Som nævnt er der dog fundet evidens for, at individer med funktionelle lidelser dog har lav ekstroversion, hvorfor deres passivitet og svage sociale interaktioner kan have en påvirkning på både udviklingen af samt vedligeholdelsen af funktionelle lidelser.

3.3.3 Aleksitymi

Endnu et personlighedstræk, som gik igen i litteraturreviewet, er aleksitymi. Dette træk tilhører dog ikke en bestemt teori, men er nærmere en beskrivelse af en nedsat evne til bevidst at opleve, forstå og beskrive sin emotionelle tilstand. Aleksitymi karakteriseres af vanskeligheder med at identificere og differentiere følelser og sættes ofte i relation til en manglende evne til at indgå i sociale interaktioner. Desuden menes det, at begivenheder i den tidlige barndom, såsom barndomstraumer, spiller en rolle i forhold til udviklingen af aleksitymi (Heshmati & Azmoodeh, 2017).

Aleksitymi blev første gang introduceret af Sifneos, som beskriver aleksitymi som en reduktion i den emotionelle funktion, manglende fantasiliv samt en manglende evne til at finde passende ord til at beskrive emotioner (Barańczuk, 2019; Sifneos, 1973). Oprindeligt blev aleksitymi defineret som bestående af fem faktorer; vanskeligheder med at identificere og beskrive følelser samt problemer med at differentiere mellem følelser og kropslige fornemmelser af arousal, dårlig fantasieevne og en ekstern orienteret kognitiv stil. Således antyder den første definition af aleksitymi, at det er et kognitiv konstrukt. Senere er definitionen af aleksitymi dog blevet udvidet til også at indeholde et affektiv konstrukt, eftersom man har tilføjet yderligere to faktorer til beskrivelsen af trækket, som lyder på en begrænset emotionalisering til emotionelle begivenheder samt reduceret fantasi og dagdrømmeri. Således inddeles aleksitymi i dag i en *kognitiv* - og en *affektiv komponent*, hvor førstnævnte refererer til besvær med at identificere, differentiere og beskrive følelser samt en ekstern orienteret tænkning, mens sidstnævnte henviser til begrænset emotionalisering, reduceret fantasi og dagdrømmeri (Barańczuk, 2019).

3.3.4 Aleksitymi i relation til funktionelle lidelser

Hvis man forholder sig til aleksitymi og de tidligere fund fra syntesen, om at aleksitymi tyder på at være en medierende faktor mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser, ses det netop, at der generelt tyder på at være en sammenhæng mellem aleksitymi og funktionelle lidelser i forskningslitteraturen (Kaplan et al., 2013; Romeo et al., 2022; Waller & Scheidt, 2006). Desuden findes en vis sammenhæng mellem emotionelt omsorgssvigt og aleksitymi, hvor det menes, at aleksitymi altså udvikles som enten en reaktion på en akut, alvorlig traumatisk begivenhed eller som resultat af at være tæt på stressende omgivelser i det tidlige liv (Aust et al., 2013).

Som nævnt i beskrivelsen af aleksitymi opdeles dette træk i to komponenter; den kognitive og den affektive komponent. Forskningslitteraturen peger særligt på den kognitive komponent som værende af betydning for udviklingen og vedligeholdelsen af funktionelle lidelser (Waller & Scheidt, 2006). Med udgangspunkt i dette kan man argumentere for, at dette er tilfældet, eftersom individer med høj kognitiv aleksitymi har en begrænset kapacitet til at benytte kognitive mekanismer til at regulere og forstå følelser. Dette kan medvirke til, at de fokuserer på, forstærker eller fejlfortolker de kropslige sansninger, som fremkommer i forbindelse med emotionel arousal. Med

udgangspunkt i dette kan man argumentere for, at individer med funktionelle lidelser benytter de somatiske symptomer som en ubevidst måde at kommunikere sine emotioner på (Bagby et al., 1986; Waller & Scheidt, 2006). Den kognitive komponent af aleksitymi omfatter vanskeligheder med at identificere følelser, hvilket specifikt er fundet at være et træk ved individer med funktionelle lidelser (Ekanayake et al., 2017; McHugh & Egan, 2023; Waller & Scheidt, 2006). Med udgangspunkt i dette fund kan man yderligere argumentere for, at dette personlighedstræk kan fungere som en vedligeholdende faktor for funktionelle lidelser, da de kan opleve besvær med at differentiere deres indre følelser fra kropslige fornemmelser. Derfor kan de somatiske symptomer, der er forbundet med funktionelle lidelser, forstås som et udtryk for individets indre følelser, men grundet aleksitymi har individet svært ved at skelne mellem følelser og kropslige fornemmelser (Waller & Scheidt, 2006). Ydermere indebærer den kognitive komponent også problemer med at beskrive og udtrykke følelser. Det er ligeledes fundet, at individer med funktionelle lidelser har sværere ved nonverbalt at udtrykke deres følelser sammenlignet med raske individer (Waller & Scheidt, 2006). Høj kognitiv aleksitymi synes at kunne medvirke til at være en vedligeholdende faktor for funktionelle lidelser, da begrænset ansigtsmimik kan være relateret til kommunikationsvanskeligheder i interpersonelle relationer. Som nævnt tidligere kan social støtte agere som en beskyttende faktor, hvorfor problemer med at beskrive og udtrykke følelser kan besværliggøre interpersonelle relationer, og dermed begrænse resiliens. En forklaring på, hvorfor det særligt er den kognitive komponent, og ikke den affektive komponent af aleksitymi, som er fremtrædende ved individer med funktionelle lidelser, kan være, at de ikke har en begrænset emotionalisering. Dette skal forstås således, at individerne altså mærker og oplever følelser, men at problematikken opstår, når de skal identificere og differentiere følelserne fra deres kropslige oplevelser.

3.3.5 Sammenhæng mellem aleksitymi og Femfaktormodellen

På trods af at aleksitymi beskrives som et personlighedstræk, da indgår det ikke i FFM, hverken som et personlighedstræk eller som en facet. Dog argumenterer flere for, at der er en vis sammenhæng mellem personlighedstræk i FFM og aleksitymi, da der er fundet evidens for, at neuroticisme er positivt associeret med kognitiv aleksitymi, hvorimod de andre personlighedstræk fra FFM er negativt associeret hertil. Herudover er det fundet, at neuroticisme og åbenhed er negativt associeret med af-

fektiv aleksitymi (Barańczuk, 2019). Desuden mener Heshmati og Azmoodeh (2017) at specifikke træk fra FFM kan forudsige forekomsten af aleksitymi, da de har fundet en sammenhæng mellem aleksitymi og kombinationen af høj neuroticisme, lav samvittighedsfuldhed og lav åbenhed. Man kan argumentere for, at beskrivelserne af førnævnte træk stemmer overens med beskrivelsen af kognitiv aleksitymi, eftersom personer med kombinationen af disse træk kan siges, ikke at være åbne over for deres egne oplevede emotioner samt har problemer med at regulere disse. Som beskrevet tidligere har vi argumenteret for, at individer med høj neuroticisme har tendens til at rette en skærpet opmærksomhed mod somatiske faresignaler og samtidig medvirke til en overfortolkning af disse somatiske symptomer. Med udgangspunkt heri kan man derfor yderligere argumentere for, at hvis individet, foruden høj neuroticisme, ligeledes er karakteriseret af kognitiv aleksitymi, da kan det være vanskeligt at differentiere mellem følelser og deres afledte somatiske symptomer, hvorfor de faktiske følelser opleves som somatiske symptomer.

3.3.6 Kritisk blik på trækteori

Man kan argumentere for, at man bør forholde sig kritisk til FFM og FFT, da disse hævder at personlighedstrækkene er stabile over tid. Dette er blevet kritiseret, da flere studier har fundet evidens for, at der kan ske ændringer i personlighedsstrukturen igennem hele livet (Boyle, 2008). Det skal dog pointeres, at anden forskning nærmere har fundet, at de ændringer, som sker gennem hele livet, ofte blot er ændringer i specifikke facetter, som ikke påvirker det overordnede træk (Soto & John, 2011). Desuden er FFM baseret på faktiske empiriske fund, som danner grundlaget for de fem personlighedstræk, hvilket kan siges at gøre den mere valid som måleredskab i forskningslitteraturen (John & Srivastava, 1999). Ydermere kan man forholde sig kritisk til, hvorvidt fem personlighedstræk er for bredt eller smalt i forhold til at beskrive individets personlighed. Tidligere psykologer har argumenteret for forskellige antal af personlighedstræk (Boyle, 2008; McAdams, 1992). Man kan diskutere, hvorvidt de fem træk i FFM er for brede. På den ene side kan det være fordelagtigt for at skabe et overordnet overblik af personligheden, men på den anden side kan man argumentere for, at det kræver mere specifikke samt flere træk for at kunne anvende disse til at forudsige bestemte udfald. Desuden kan man stille spørgsmålstejn til, hvorvidt blot fem træk omfatter hele personligheden (John & Srivastava, 1999). I den forbindelse kan man forholde sig kritisk til, at trækket aleksitymi ikke indgår

direkte i FFM, eftersom det i forskningslitteraturen beskrives som et personlighedstræk (Barańczuk, 2019; Heshmati & Azmoodeh, 2017; Sifneos, 1973). Jævnfør FFM og FFT kan man argumentere for, at dette ikke er tilfældet, eftersom aleksitymi netop har at gøre med individets følelser, som placeres under karakteristisk tilpasning. Slutteligt findes det desuden relevant at forholde sig kritisk til aleksitymi, og hvordan dette måles i forskningslitteraturen. Ofte bliver aleksitymi målt ved introspektiv selvrapportering. Dette kan være kritisabelt, da individer karakteriseret af aleksitymi netop har vanskeligheder med at beskrive, identificere og differentiere deres følelser (Aust et al., 2012). Med udgangspunkt heri kan man forestille sig, at dette kan medvirke til et mørketal blandt individer med aleksitymi, således at en større andel af individer med funktionelle lidelser eventuelt kan have aleksitymi.

3.3.7 Delkonklusion

Det kan ud fra ovenstående sammenfattes, at personlighedstræk i FFM samt kognitiv aleksitymi, synes at spille en rolle i sammenhængen mellem barndomstraumer og udviklingen af funktionelle lidelser. Det er særligt trækkene høj neuroticisme, lav samvittighedsfuldhed, lav åbenhed, lav ekstroversion samt kognitiv aleksitymi, som karakteriserer individer med funktionelle lidelser. Disse træk bidrager til, at individet kan være mere tilbøjeligt til at have en forstærket negativ oplevelse af ACEs, hvilket således både kan prædisponere samt vedligeholde for funktionelle lidelser. Ydermere kan disse individer have svært ved at skelne deres følelser fra somatiske symptomer, hvorfor disse bliver udtrykket for individets vanskeligheder med håndtering af egne følelser.

3.4 Youngs skemateori

Som beskrevet i syntesen fandt López-López og kollegaer (2023), at specifikke EMS tyder på at være en psykologisk medierende faktor mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser. I dette afsnit ønsker vi derfor at præsentere teorien om EMS, som den er fremført af Young. I den forbindelse vil vi forsøge at forstå, hvorledes EMS potentielt kan øge sårbarheden over for udviklingen og vedligeholdelsen af funktionelle lidelser. Dernæst vil følge et kritisk blik på teorien og vores anvendelse heraf.

3.4.1 Tidlige maladaptive skemata

Skemateorien, som den er beskrevet af Young, er inspireret af og trækker på elementer fra flere psykologiske retninger; kognitiv adfærdsterapi, tilknytningsteori, gestalt-psykologi, konstruktivisme, objektrelationer og psykoanalysen (Young et al., 2006). Begrebet *skema* er indenfor psykologien bredt anvendt, men skal i denne forbindelse forstås som en abstrakt repræsentation af verdens karakteristika, som de opleves af individet (Young et al., 2006). Young beskriver, at skemata netop er essentielle for, at individet kan danne mening ud fra sine egne livsoplevelser. Disse skemata udvikles primært tidligt i livet, men fortsætter med at udvikle sig og påvirke senere livserfaringer, selv når de ikke længere er brugbare for individet. Dette kan resultere i *kognitiv dissonans*, hvor individet har modstridende oplevelser mellem sine handlinger og tanker. Altså kan skemata både være positive eller negative, samt adaptive eller maladaptive for individet (Young et al., 2006). Ifølge Youngs skemateori kan maladaptive skemata udvikles som et resultat af barndomstraumer fra de primære omsorgspersoner, som er kernen i den senere udvikling af psykopatologi. Dette kan både være i form af ubehagelig adfærd overfor barnet, men det kan også være i form af, at de primære omsorgspersoner ikke møder barnets emotionelle behov (Young et al., 2006). Når barnet bliver ældre, er det nærmere venner og andre personer omkring det, der er essentielle i udviklingen af skemata, dog har disse skemata, ifølge Young, ikke lige så stor betydning for individet som de tidlige skemata (Young et al., 2006). Med udgangspunkt i ovenstående udviklede Young fem forskellige domæner, hvorunder han placerede og organiserede de forskellige EMS. Disse EMS defineres af Young som gennemgående mønstre, der består af individets kropslige sansninger, emotioner, minder og overbevisninger, her både i relation til sig selv og andre (Young et al., 2006). Young pointerer dog, at det ikke nødvendigvis er alle EMS, der udvikles som resultat af barndomstraumer. Eksempelvis mener han, at en overbeskyttende adfærd fra forældrene kan lede til uhensigtsmæssige mentale repræsentationer. Han tilføjer dog, at uagtet om EMS er forårsaget af barndomstraumer eller ej, er de ødelæggende for individets personlighed og kommer af relaterede toksiske oplevelser, der tilsammen skaber et maladaptivt skema (Young et al., 2006). Det er her relevant at påpege, at EMS ikke skal forstås som adfærd, men nærmere at uhensigtsmæssig adfærd kommer som en reaktion på EMS. Aktiveringen af EMS i voksenlivet sker, når livsbegivenheder eller situationer ubevidst opfattes af individet som lignen-

de traumatiske oplevelser fra deres barndom. Når et af disse EMS aktiveres, vil individet opleve stærke negative emotioner, såsom vrede, angst, skam eller sorg. Endvidere anses EMS som dimensionelle, hvor de differentierer i sværhedsgrad; jo sværere skemaet er, desto flere situationer vil aktivere det (Young et al., 2006). Som det fremgår af beskrivelsen af EMS, har individer med disse skemata udviklet bestemte adfærdsmønstre; maladaptive copingstrategier. Disse udvikles tidligt i livet som en måde at tilpasse sig EMS, således at individet ikke behøver at opleve de intense og overvældende emotioner, som aktiveringen af EMS giver dem. Young pointerer dog, at selvom individet gør brug af copingstrategier til at undgå EMS, så fjernes de ikke (Young et al., 2006).

Yderligere bygger teorien på, at individet har et bestemt medfødt temperament, og at det netop er integrationen af dette med de smertefulde barndomsoplevelser, som danner bestemte EMS. Ifølge teorien kan et ekstremt favorabelt eller derimod aversivt miljø i barndommen betydeligt underkende eller intensivere det emotionelle temperament (Young et al., 2006). For at identificere disse EMS hos patienter udarbejdede Young, i samarbejde med Brown, spørgeskemaet Youngs Spørgeskema om Skemata (eng: Young Schema Questionnaire [YSQ]). Dette er senere blevet videreudviklet og findes nu både i en lang og kort version, hvor patienten selv skal udfylde spørgeskemaet og vurdere i hvilken grad en række udsagn passer på dem (Young & Brown, 1990 if. Van Vlierberghe et al., 2010).

3.4.1.1 De fem domæner

Young teoretiserer 18 EMS, som han inddeler i fem overordnede domæner. Det første domæne kalder han *Manglende Kontakt og Afvisning* (eng: Disconnection and Rejection). I dette domæne er de tilhørende skemata præget af, at individet ikke kan danne en sikker tilknytning til andre. De har her en tro om og manglende tillid til, at deres behov for kærlighed, sikkerhed og stabilitet ikke vil blive mødt. Typisk kommer de fra et familiemiljø, der er karakteriseret af enten ustabilitet, misbrug, emotionelt afsavn, afvisning eller isolation fra verden. I den forbindelse er følgende EMS sat under dette domæne: *Emotionelt Afsavn, Forkerthed/Skam, Mistillid/Misbrug, Social Isolation/Fremmedgørelse og Forladthed/Manglende Stabilitet* (Young et al., 2006).

Det andet domæne kaldes *Nedsat Autonomi og Ydeevne* (eng: Impaired Autonomy and Performance). Fælles for EMS herunder er, at individer med disse har forstyr-

rende forventninger til dem selv og verden, som gør, at de har svært ved at fungere selvstændigt og adskille sig fra deres primære omsorgspersoner. Ofte kommer disse voksne fra hjem, der ikke har styrket deres selvtillid og ageren i verden som børn, hvilket manifesterer sig i usikkerhed i voksenlivet, her gennem manglende tillid til egne evner og en afhængighed af andre mennesker. Eksempelvis ved at forældrene enten har været for overbeskyttende og kontrollerende eller modsat, at de slet ikke har set til og været der for dem. Skemata under dette domæne lyder derfor som følgende: *Afhængig/Utilstrækkelig, Sårbarhed over for Skade, Sammenvikling/Underudviklet Selv og Fiasko* (Young et al., 2006).

Det tredje domæne er *Svækkede Grænser*, hvor individet ofte er vokset op i en familie, der har været for overbærende og eftergivende over for dem. Her har individet ikke udviklet hensigtsmæssige grænser, når det kommer til gensidighed og selvdisciplin, her både i forhold til dem selv og andre. Dette gør, at de ofte har problemer med at regulere følelser og impulser, optræder egoistiske og uansvarlige samt har problemer med at respektere andres grænser, overholde aftaler og samarbejde med andre. De to EMS tilhørende dette domæne er *Særstatus* og *Utilstrækkelig Selvkontrol/Manglende Selvdisciplin* (Young et al., 2006).

Rettethed mod Andre (eng: Other-Directedness) er det fjerde domæne. Individer under dette domæne lægger meget energi i at imødekomme andres behov frem for deres egne. Ofte har de forældre, som har valideret egne emotionelle behov eller deres sociale fremtræden højere end barnets unikke behov. Dette gør, at barnet, såvel som den senere voksne, har en oplevelse af, at de må fortrænge egne behov for at opnå kærlighed og anerkendelse fra andre. Ydermere kan dette fokus på andres behov lede til, at individet ofte ikke er klar over sine egne præferencer. Skemata herunder er *Anerkendelsessøgende, Underkastelse og Selvopofrelse* (Young et al., 2006).

Det sidste af de fem domæner er *Årvågenhed og Hæmning*. Individer under dette domæne undertrykker deres spontane følelser og impulser, da de ofte forsøger at følge rigide, internaliserede regler, som de har om deres egen præstation, hvilket bliver på bekostning af deres egen lykke. Børn, der har udviklet EMS under dette domæne, har ofte haft forældre, der ikke har opmuntret dem til leg og udforskning af verden. Derimod har de lært af deres forældre at være årvågne over for situationer, som er skadelige, og have et negativt syn på verden. Individer herunder fremstår derfor ofte som pessimistiske og bekymringsfulde, samt frygter, at deres liv ødelægges, hvis de ikke er opmærksomme eller forsigtige i deres ageren i verden. Desuden er skemata

herunder karakteriseret af, at individet enten hæmmer egen adfærd eller forsøger at leve op til høje internaliserede standarder for at undgå kritik, afstraffelse og skam. Skemata herunder er *Negativitet/Pessimisme*, *Emotionel Hæmning*, *Ufravigelige Normer* og *Straf* (Young et al., 2006).

3.4.2 Youngs skemateori i relation til funktionelle lidelser

Som det fremgår af vores syntese, fandt López-López og kollegaer (2023) evidens for, at størstedelen af EMS korrelerede positivt med funktionelle lidelser, samt at personer med funktionelle lidelser slog signifikant mere ud på EMS sammenlignet med en rask befolkningsgruppe. Det er dog relevant at nævne, at der i vores syntese kun lægger ét studie til grund for denne evidens, hvorfor vi finder det relevant at se, om andre studier også har undersøgt dette. Her findes studiet af henholdsvis Henker og kollegaer (2018) og Saariaho og kollegaer (2012). Begge finder, ligesom López-López og kollegaer (2023), evidens for en højere forekomst af EMS hos personer med funktionelle lidelser sammenlignet med en rask befolkningsgruppe. Ydermere er EMS under alle fem domæner repræsenterede hos personer med funktionelle lidelser (Henker et al., 2018; López-López et al., 2023; Saariaho et al., 2015). Henker og kollegaer (2018) sammenholder dog også deres gruppe med funktionelle lidelser med grupper med henholdsvis angst og depression. Her fandt de, at patienter med funktionelle lidelser scorede det samme eller betydeligt mindre end de to andre patientgrupper. Man kan ud fra ovenstående fund først og fremmest argumentere for, at patienter med funktionelle lidelser er karakteriseret af EMS, da deres scoringer adskiller sig fra dem i en rask befolkning. Det er imidlertid mere udfordrende at forstå, om denne karakteristik er til stede i større eller mindre grad på tværs af psykiatriske diagnoser. Ud fra de umiddelbare resultater tyder det på, at patienter med angst og depression i højere grad er præget af EMS end patienter med funktionelle lidelser. Dog kan man argumentere for, eftersom vi har fundet, at personer med funktionelle lidelser ofte er karakteriseret af høj kognitiv aleksitymi, at dette kan have påvirket deres rapportering på YSQ. Hvis gruppen med funktionelle lidelser i studiet af Henker og kollegaer (2018) også har haft høj kognitiv aleksitymi, da kan deres lavere scores på EMS komme af en manglende indsigt i relevante emotionelle informationer.

Der er i de ovenstående studier fundet evidens for alle EMS under domænet Manglende Kontakt og Afvisning, når det omhandler personer med funktionelle lidelser

(Henker et al., 2018; López-López et al., 2023; Saariaho et al., 2015). Som beskrevet tidligere er EMS under dette domæne ofte opstået grundet massivt svigt i barndommen - her enten i form af misbrug eller omsorgssvigt. Sammenholdt med, at vi i synthesen fandt, at personer med funktionelle lidelser ofte har været udsat for barndoms-traumer i form af omsorgssvigt og misbrug, kan man argumentere for, at disse EMS kan fungere som en prædisponerende faktor for udviklingen af funktionelle lidelser. Domænet er netop karakteriseret ved misbrug, ustabilitet, skam og mangel på kærlighed fra ens primære omsorgspersoner, således kan disse EMS udvikles i takt med, at barnet udsættes for disse uhensigtsmæssige oplevelser. Individer med disse EMS har, som beskrevet, svært ved at danne sunde relationer præget af tryghed, da de har en underliggende frygt for at blive afvist. Studier viser, at trygge relationer og støtte fra andre er centrale for individets resiliens for udviklingen af psykopatologi (Davydov et al., 2010; Southwick et al., 2016). Ud fra dette kan man derfor argumentere for, at individer med disse EMS er mere sårbare over for at udvikle funktionelle lidelser i deres voksenliv (López-López et al., 2023).

Ydermere er der fundet evidens for alle fire EMS under domænet Nedsat Autonomi og Ydeevne hos personer med funktionelle lidelser (Henker et al., 2018; López-López et al., 2023; Saariaho et al., 2015). Dette er i overensstemmelse med fundene af Krámská og kollegaer (2022), som fandt, at personer med funktionelle lidelser ofte kommer fra et overbeskyttende og kontrollerende hjem. Netop dette gør sig gældende for udviklingen af EMS under dette domæne. Disse EMS kan ligeledes forstås som værende både prædisponerende - og vedligeholdende faktorer for funktionelle lidelser, eftersom man argumenterer for, at disse personer, grundet deres oplevelser i barndommen og derved internaliserede EMS, er afhængige af andre mennesker. Derfor kan smerten forstås som en ubevidst copingstrategi til at opnå empati og omsorg fra andre, og dermed undgå aktiveringen af relaterede EMS (López-López et al., 2023). På den anden side kan man dog også forstå udviklingen af de funktionelle lidelser som et resultat af, at disse individer ikke selvstændigt evner at håndtere hverken de smertefulde emotioner eller somatiske smerter, hvorfor det udvikler sig til patologi (Saariaho et al., 2015). Ydermere er EMS under domænet Nedsat Autonomi og Ydeevne, som beskrevet tidligere, præget af overdreven frygt, særligt Sårbarhed over for Skade. Her kan man argumentere for, at individer med funktionelle lidelser, der udviser dette EMS, har en forøget opmærksomhed rettet mod faresignaler, hvilket også kan betyde, at de er særligt opmærksomme på somatiske sympto-

mer. Dette kan ses som både en prædisponerende faktor, idet de er særligt opmærksomme på ændringer i kropslige fornemmelser samt en vedligeholdende faktor, da de konstant har fokus rettet mod disse symptomer (López-López et al., 2023; Saariaho et al., 2015). I forlængelse af ovenstående, kan man også argumentere for, at deres søgen efter hjælp kan udsætte dem for yderligere smertesymptomer, eksempelvis gennem operationer og afprøvning af forskellige medikamenter for at lindre symptomerne. Det er netop fundet, at personer med funktionelle lidelser har øget risiko for kirurgiske indgreb (Henker et al., 2018; Kirkengen & Næss, 2023). Sådanne indgreb kan netop siges at være forbundet med risici og efterfølgende komplikationer, hvorfor personer med funktionelle lidelser kan siges at være mere udsat for disse (Kirkengen & Næss, 2023).

I forhold til domænet Rettethed mod Andre, som der ligeledes blev fundet evidens for hos personer med funktionelle lidelser, kan man argumentere for, at den funktionelle lidelse kan forstås som en konsekvens af, at deres behov og lyster ikke blev prioriteret som børn (Henker et al., 2018; López-López et al., 2023; Saariaho et al., 2015). Som beskrevet er dette domæne karakteriseret ved, at individet tilsidesætter egne behov frem for andres, for derved at opnå en følelse af emotionel tilknytning til andre omkring dem. Man kan her argumentere for, at disse undertrykte emotioner og lyster hober sig op i individet og i stedet manifesterer sig som somatiske symptomer, såsom smerte. Selvom dette gør fysisk ondt på individet, opnår de emotionel støtte fra andre, hvilket de vægter højere end deres egne følelser og behov (Saariaho et al., 2015; Young et al., 2006).

Også inden for domænet Årvågenhed og Hæmning er EMS repræsenteret hos personer med funktionelle lidelser (Henker et al., 2018; López-López et al., 2023; Saariaho et al., 2015). Disse EMS kan forstås som vedligeholdende faktorer for funktionelle lidelser, der er med til at hæmme bedring for individet. Dette kan man argumentere for, eftersom disse er præget af uhensigtsmæssige internaliseringer af, hvordan verden er. Eksempelvis kan en person med skemaet Negativitet/Pessimisme have en forudindtaget pessimistisk opmærksomhed og holdning til sine symptomer og den funktionelle lidelse; i sådan en grad at de ikke har håb for en bedre fremtid (Henker et al., 2018). Ydermere kan Emotionel Hæmning skemaet gøre det svært for individet at bearbejde de barndomsoplevelser, der ligger bag udviklingen af EMS og den funktionelle lidelse, eftersom de lever med en rigid forestilling om, at de skal begrænse deres udtryk og snak om egne emotioner (López-López et al., 2023).

Under domænet Svækkede Grænser er det kun Utilstrækkelig Selvkontrol/Manglende Selvdisciplin, der tyder på at gøre sig gældende for personer med funktionelle lidelser (Henker et al., 2018; Saariaho et al., 2015). Det kan således tyde på, at personer med funktionelle lidelser har problemer med selvkontrol i relation til regulering af deres følelser og impulser. Ud fra Youngs skemateori, kan man argumentere for, at de udvikler copingstrategier, der har til hensigt at undgå konflikter eller konfrontationer, hvor deres egne personlige holdninger og emotioner involveres. Således kan dette afholde dem fra at få sat ord på svære emotionelle oplevelser fra barndommen og eventuelt i stedet holde fokus på deres somatiske symptomer (Henker et al., 2018).

Selvom vi nu har berørt alle domænerne, og hvorledes de kan forstås i relation til funktionelle lidelser, da er der to EMS som både scores hyppigst og højest i alle ovenstående studier; Selvopofrelse og Ufravigelige Normer (Henker et al., 2018; López-López et al., 2023; Saariaho et al., 2015). Ud fra disse fund tyder det altså på, at personer med funktionelle lidelser oftest er karakteriseret af en perfektionistisk levevis, hvor de bestræber sig på at behage andre, også selvom dette måtte være på bekostning af deres eget velvære. Selvom disse er i hvert sit domæne, kan man argumentere for, at kombinationen af disse to EMS både kan være prædisponerende og vedligeholdende for funktionelle lidelser. Man kan her forestille sig, at karakteristiken af disse EMS kan lede til en kronisk stresstilstand hos individet. Ønsket om og trangen til at behage andre ud fra rigide forestillinger om perfektion, på bekostning af eget velvære, kan altså føre til patologi hos individet. Ydermere kan man forestille sig, at det opleves særligt stressende for et individ med disse EMS at få en lidelse, eftersom den kan hæmme dem i at leve op til deres internaliserede forestillinger og standarder (Henker et al., 2018).

Ud fra Youngs skemateori tyder det således på, at funktionelle lidelser kan forstås som en konsekvens af uhensigtsmæssige oplevelser og traumer i barndommen, som har udviklet sig til EMS, der påvirker deres emotioner, tanker, ageren i verden og ikke mindst deres velvære. Desuden tyder det på, at disse EMS ikke kun skal forstås som prædisponerende for funktionelle lidelser, men de kan også være med til at vedligeholde samt forværre lidelsen for individet.

3.4.3 Kritisk blik på Youngs skemateori

Det findes relevant at forholde sig kritisk til den universalitet, der tilskrives EMS, da man kan argumentere for, at disses udvikling og internalisering påvirkes af mere end blot det nære miljø, men også af den kultur, individet er vokset op i. Ud fra denne forståelse kan der eksistere forskellige EMS i forskellige kulturer, end dem der beskrives af Young, og der kan være variationer i hyppigheden af specifikke EMS på tværs af kulturer. Endvidere beskriver Youngs skemateori, at de tidligst udviklede EMS fra barndommen, som er formet i relationen mellem forældre og barn, har den største indflydelse på senere udvikling af psykopatologi (Young et al., 2006). På samme vis, som i den kritiske diskussion af tilknytningsteorien, kan man argumentere for, at andre som er tæt med barnet i dets hverdag, såsom en pædagog, ligeledes kan bidrage til udviklingen af alvorlige EMS.

Måden, hvorpå EMS identificeres, er, som beskrevet, gennem selvrapportering af et spørgeskema. I den forbindelse kan man argumentere for, at man skal være ekstra kritisk over for udfyldelsen af spørgeskemaet, særligt fordi EMS, jævnfør teorien, fungerer på et ubevidst plan. Man kan derfor frygte, at nogle EMS ikke slår ud, fordi vedkommende ikke selv har en indsigt i eller vil erkende, at bestemte udsagn faktisk passer til dem og deres hverdag. Med hensyn til dette foreslår Van Vlierberghe og kollegaer (2010), at man bør kombinere dette spørgeskema med interviews, for at give et mere dybdegående billede af personen. Derudover kan man inkludere pårørende i interviewet og dermed få en endnu større indsigt i personens hverdag og eventuelle EMS (Van Vlierberghe et al., 2010). Slutteligt kan man stille sig kritisk over for den måde EMS fremstilles på af Young; særligt hvordan de alle beskrives som maladaptive. Man kan her argumentere for, at ikke alle EMS er maladaptive, men snarere adaptive for individet i bestemte kontekster. Et eksempel er skemaet Ufravigelige Normer som i nogle kontekster kan være velset, såsom på arbejdspladsen, mens et skema som Selvopofrelse i konteksten som forældre kan anskues som et adaptivt skema, for at sikre at ens barns behov bliver opfyldt. Ydermere kan man også argumentere for, at skemata ikke er unipolare, som de ellers fremlægges af Young. I stedet kan man argumentere for, at et skema også har en modpol, der fungerer som den diametrale modsætning, hvor det således er omkring midten, at et sundt, adaptivt skema findes. Eksempelvis foreslår Elliot og Lassen (1997), at modpolen til Straf kunne være Fejlfri, hvor individet ikke mener at gøre noget forkert, men der-

imod altid har ret. Det fleksible skema, der findes mellem disse to poler, kunne være Selvaccept, hvor individet har internaliseret, at det er normalt at lave fejl (Elliot & Lassen, 1997). Dog må det også nævnes, at Young netop forsøger at have fokus på maladaptive mønstre og skemata i sin teori for at forstå og behandle psykopatologi, hvorfor der ikke lægges megen fokus på adaptive og positive skemata (Young et al., 2006).

3.4.4 Delkonklusion

Youngs skemateori kan altså medvirke til en forståelse af, hvorledes funktionelle lidelser kan ses som en konsekvens af barndomstraumer. Tydeligt markeres her vigtigheden af en tryk barndom uden gentagne toksiske oplevelser og traumer, da disse kan lede til udviklingen af EMS, hvilket netop er fundet repræsenteret hos personer med funktionelle lidelser. Ydermere giver dette afsnit en forståelse af, at forskellige familiemiljøer og relationer i barndommen også kan lede til forskellige EMS. Netop udviklingen af EMS medfører uhensigtsmæssige copingstrategier hos individer, som kan siges at bidrage til en adfærd, der både kan virke prædisponerende og vedligeholdende for funktionelle lidelser.

4.0 Psykologisk intervention

I syntesen fandt vi frem til, at de interventionsformer, der blev fundet evidens for, tog udgangspunkt i underliggende mekanismer, hvor særligt emotioner og interpersonelle relationer. Således vil følgende afsnit belyse henholdsvis emotionsfokuseret psykodynamisk terapi og psykodynamisk interpersonel terapi. Dog findes det interessant, at anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen (2018), når det omhandler intervention af funktionelle lidelser, er henholdsvis Acceptance and Commitment Therapy (ACT) samt kognitiv adfærdsterapi (KAT). Begge er kognitive tilgange med fokus på håndtering af symptomer, hvor de bagvedliggende årsager ikke er centrale for interventionen. Derfor startes afsnittet først med en beskrivelse af disse kognitive terapiformer, hvorefter de førnævnte tilgange fra syntesen vil blive belyst. For hver af interventionsformerne vil vi forholde os til, hvorledes disse interventionsformer kan være gavnlige for patienter med funktionelle lidelser med en historik af barndomstraumer. Hvert afsnit afsluttes med et kritisk blik på interventionsformernes begrænsninger.

4.1 Kognitive terapiformer

Oprindeligt var der to modstridende retninger, som prægede psykoterapien; psykoanalysen og adfærdsterapien. Det er netop ud fra adfærdsterapi, at kognitive terapiformer udspringer. Adfærdsterapien er særligt præget af en behavioristisk tilgang, men ifølge ophavsmanden til kognitiv terapi, Beck, mangler denne form for psykoterapi et fokus på forståelsen af tankerne bag adfærden i behandlingen af psykiske lidelser, hvorfor han udviklede kognitiv terapi (Rosenberg et al., 2012). En grundlæggende tanke heri er, at det er individets måde at tænke om verden på, som udgør problematikken, hvorfor kognitiv terapi generelt fokuserer på at identificere, udfordre samt ændre individets tankemønstre. Desuden er det her-og-nu situationen, som er centrum for behandlingen. Denne udvikling kan overordnet opdeles i tre bølger, hvor første bølge er den behavioristiske adfærdsterapi, anden bølge er kognitiv terapi, herunder kognitiv adfærdsterapi, og tredje bølge er terapiformer såsom mindfulness eller ACT. Følgende afsnit vil fokusere på specifikke terapiformer indenfor anden og tredje bølge (Fink & Rosendal, 2012; Rosenberg et al., 2012).

4.1.1 Kognitiv adfærdsterapi

KAT tilhører den anden bølge af kognitive terapiformer og er i dag særligt empirisk understøttet (Kuyken & Tsivrikos, 2009; Lumley et al., 2017; van Dis et al., 2020). Jævnfør KAT skal behandlingen være struktureret og målrettet. Inden for denne terapiform findes en grundantagelse om, at forestillinger og tanker hænger sammen med handlinger og følelser. Dette skal forstås således, at tanker og handlinger aktivt kan påvirkes, og ud fra dette kan det have en indflydelse på individets følelser og kropslige reaktioner, herunder symptomer. Ud fra dette er et grundprincip i interventionen, at man kan ændre på individets følelser og handlinger ved at arbejde med dets tanker og forestillinger, samt at man omvendt også kan ændre på tanker, kropslige reaktioner og følelser ved hjælp af adfærdseksperimenter. Desuden har KAT fokus på psykoedukation, hvor formålet her er, at individet skal tilegne sig redskaber til at håndtere og hjælpe sig selv i en given situation (Fink & Rosendal, 2012). Inden for KAT findes en række centrale begreber; skemata; basale antagelser/leveregler; dysfunktionelle antagelser; automatiske tanker; alternative tanker. Som nævnt refererer skemata til individets antagelser om sig selv, andre og verden (se afsnit 3.4.1), mens *basale antagelser/leveregler* henviser til antagelser om, hvordan individet bør handle og

interagere på baggrund af tidligere erfaringer samt aktive skemata. *De dysfunktionelle antagelser* defineres som antagelser om sig selv og sin sygdom, som er dannet på baggrund af skemata, basale antagelser og faktisk viden. Disse er uhensigtsmæssige og kan medvirke til problematikker i interventionsarbejdet. *Automatiske tanker* henviser til tanker i en given situation, men hvor disse tanker repræsenterer en grad af forvrængning af heraf, således situationen kommer til at stemme overens med individets basale antagelser samt skemata. Sidst er *alternative tanker*, der defineres som andre former for tanker end automatiske tanker, der opstår som respons på en situation. Disse er ikke en forvrængning af situationen, som de automatiske tanker kan siges at være, men nærmere mere rationelle tanker (Fink & Rosendal, 2012).

4.1.2 Acceptance and Commitment Therapy

ACT tilhører den tredje bølge af kognitiv terapi og adskiller sig overordnet fra KAT ved at fokusere på individets forhold til egne tanker og hændelser frem for et fokus på selve indholdet af tankerne (Hayes et al., 2006). ACT blev udviklet af Hayes, som definerer tilgangen som en psykologisk intervention, der anvender mindfulness- og acceptprocesser samt engagement og processer vedrørende adfærdsændringer for at kunne skabe psykologisk fleksibilitet i individet (Hayes et al., 2006). Derudover er ACT teoretisk funderet i relationel rammeteori, som overordnet fokuserer på, hvordan miljømæssige interaktioner påvirker individets tanker og adfærd. Modsat KAT, som kan siges at have et fokus på symptomlindring, da er det centrale ved ACT i stedet at forbedre funktionaliteten for individet trods eventuelle smerter. I denne forbindelse lyder grundkomponenter indenfor ACT således på, at individet skal acceptere det uforanderlige, vælge værdifulde livsretninger og aktivt handle for at leve herefter (Kangas & McDonald, 2011). Som nævnt er formålet ved ACT at skabe psykologisk fleksibilitet i individet. Hayes definerer *psykologisk fleksibilitet* som evnen til at være mere bevidst til stede i nuet samt evnen til at ændre eller vedligeholde en adfærd, som kan siges at tjene værdifulde formål. Dette opnås gennem seks kerneprocesser i ACT, som hver især karakteriseres som en positiv psykologisk færdighed og ikke blot en metode til at undgå psykopatologi. De seks kerneprocesser er accept, defusion, kontakt med nuet, selvet som kontekst, værdier og engageret handling. *Accept* involverer en bevidst og aktiv omfavnelser af individets historie uden forsøg på at ændre denne. *Defusion* henviser til formålet om at ændre individets måder at interagere eller forholde sig til egne tanker på. *Kontakt med nuet* refererer til, at individet

skal være til stede i nuet fremfor at dvæle ved fortiden eller bekymre sig om fremtiden, mens *selvet som kontekst* beskriver den observerende del af selvet, som henviser til, at selvet ikke er et produkt af en situation, men i stedet skal man skelne mellem, at den som oplever altså ikke er en del af oplevelsen. Dette skal forstås således, at tanker og følelser konstant ændres, men selvet vil forblive konstant. *Værdier* anses som udvalgte kvaliteter af målrettet handling, hvor formålet i ACT således er at hjælpe individet med at vælge en retning i livet. Sidst er processen *engageret handling*, som indebærer, at individet skal bevæge sig i en retning, der er meningsfuld for eget liv, her at det stemmer overens med egne værdier. På denne måde søger ACT at hjælpe individet med at håndtere eventuelle smerter eller ubehag på en hensigtsmæssig måde og således giver individet mulighed for at leve et bedre liv, og på en måde som de selv ønsker (Hayes et al., 2006).

4.1.3 Kognitive terapiformer i relation til funktionelle lidelser

Generelt findes der stærk evidens for brug af KAT og ACT i behandlingen af funktionelle lidelser, hvorfor det også er disse tilgange som anbefales af Sundhedsstyrelsen (Feliu-Soler et al., 2018; Funktionelle Lidelser, Behandling, 2022; Sundhedsstyrelsen, 2018). Man kan forestille sig, at KAT anbefales, da dette som nævnt er en interventionsform, som fokuserer på at ændre individets tankemønstre. I tilfælde med funktionelle lidelser, vil formålet således være at ændre individets tanker om symptomerne. Desuden antager KAT, at følelser, tanker, handlinger og fysiske fornemmelser gensidigt påvirker hinanden, hvorfor man ud fra disse antagelser kan argumentere for, at hvis individet får ændret sit tankemønster vedrørende de somatiske symptomer, da kan dette også ændre den fysiske fornemmelse. Flere individer med funktionelle lidelser har udviklet uhensigtsmæssige tanker om sig selv og lidelsen, såsom katastrofetanker (López-López et al., 2023; Pedersen et al., 2016). Hvis disse negative tanker fylder hos individet, kan man forestille sig, at de enten kan besværliggøre individets mulighed for at håndtere de fysiske symptomer eller have en forværrende effekt på symptomerne. Derved kan KAT altså siges at være en effektiv interventionsform, da denne netop udstyrer individet med redskaber til at nedbryde disse tankemønstre og omvende dem til mere hensigtsmæssige tanker. Desuden er vi bekendte med, at komorbide lidelser, såsom depression og angst, forekommer hyppigt ved funktionelle lidelser. Netop KAT er fundet at være effektiv til behandling af sådanne psykiatriske lidelser (Kuyken & Tsivrikos, 2009; van Dis et al., 2020). Med

udgangspunkt i denne viden kan man argumentere for, at det altså er fordelagtigt at anvende KAT til behandling af funktionelle lidelser, da denne terapiform ligeledes kan benyttes til at behandle de komorbide lidelser. Desuden er det i ovenstående afsnit beskrevet, at KAT vægter psykoedukation højt. Med udgangspunkt i dette kan man argumentere for, at psykoedukation for individet potentielt kan medvirke til en bedring eller lindring af symptomer ved at individet således opnår en forståelse af egen tilstand. Forholder man sig derimod til ACT, som ligeledes er anbefalet til behandling af funktionelle lidelser, da har denne interventionsform, som nævnt, ikke fokus på symptomlindring. I stedet er formålet at finde frem til en måde, hvorpå individet kan fungere i hverdagen på trods af symptomerne. Man kan argumentere for, at dette fokus på, hvordan man selv ønsker at leve, fjerner sin opmærksomhed fra selve symptomerne. Således kan individet bryde den vedligeholdende spiral, hvor opmærksomheden på symptomerne kan siges at forværre disse. Med udgangspunkt i ACT kan man altså overordnet argumentere for, at individet her accepterer og lærer at leve som ønsket på trods af de somatiske symptomer, og derigennem oplever en symptomreduktion samt øget livskvalitet.

4.1.4 Kritisk blik på kognitive terapiformer

Selvom disse interventionsformer anbefales af Sundhedsstyrelsen til behandling af funktionelle lidelse, da findes det relevant at forholde sig kritisk hertil. Først og fremmest kan både ACT og KAT siges at stille krav til patienten om selv at være motiveret og klar på enten at ændre tankemønstre eller acceptere nuværende tilstand (Young et al., 2006). Desuden kan man argumentere for, at dét at ACT fokuserer på accept af tanker og følelser, herunder også negative, muligvis kan forstærke individets symptombillede. Man kan argumentere for, at eftersom det er en patientgruppe med funktionelle lidelser, da kan dét, blot at skulle acceptere tilstanden, anfægte over for patienten, at der ikke er en forklaring på symptomerne. Dette er netop noget, som flere individer med funktionelle lidelser er stødt på i andre sundhedsmæssige sammenhænge, hvorfor det muligvis kan medvirke til en oplevelse af manglende håb for bedring, når der ikke kan findes en organisk årsag (Fink & Rosendal, 2012). Ydermere er denne afhandling interesseret i at se på forholdet mellem barndomstraumer og udviklingen af funktionelle lidelser. Til trods for evidens for KAT og ACT i forbindelse med funktionelle lidelser, da ekspliciteres det ikke, hvorvidt individerne har oplevet barndomstraumer. Vi har, som nævnt i afsnit 2.3.1, fundet en sammenhæng

mellem barndomstraumer og udvikling af funktionelle lidelser, men hverken KAT eller ACT kan siges at have et fokus på bagvedliggende traumer som en forklaring på funktionelle lidelser, hvorfor man bør kigge ind i interventionsformer, som involverer dette aspekt (Lumley & Schubiner, 2019).

4.1.5 Delkonklusion

Ud fra ovenstående afsnit er det særligt de to kognitive tilgange, ACT og KAT, som anbefales til behandling af funktionelle lidelser. Begge tilgange har et fokus på individets håndtering af symptomer, hvor det centrale ved KAT er ændring af tankemønstre og derigennem handlinger og kropslige reaktioner, mens ACT påpeger effekten af accept som værende positiv for individet. Dog bør man have in mente, at ingen af disse tilgange forholder sig til eventuelle bagvedliggende årsager til lidelsen, hvorfor man eventuelt bør kigge i en anden retning i forhold til intervention, når man har med sammenhængen mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser at gøre.

4.2 Psykodynamiske terapiformer

Forskningsevidens peger på en positiv effekt af psykodynamisk terapi i behandlingen af underliggende traumer (Levi et al., 2015; Schottenbauer et al., 2008). Endvidere tyder psykodynamisk terapi på at have potentiale til at hjælpe patienter med funktionelle lidelser, eftersom den sigter mod at udforske ubevidste processer og barndomserfaringer samt håndtere dybere lag af emotionel smerte og konflikt (Lumley et al., 2008; Thakur et al., 2017; Yarns et al., 2020). Psykodynamisk psykoterapi er baseret på tanken om, at løsningen til vores nuværende problemer kan findes i fortiden. Overordnet set er psykodynamisk intervention baseret på den psykoanalytiske tankegang og metode, der har rødder i Freuds koncepter og teorier. Freud baserede sin tilgang på kliniske observationer af sine patienter og udviklede teorier om neurotiske konflikter. Essensen af den psykodynamiske tilgang er, at adfærd betragtes som et produkt af mentale kræfter, impulser samt motiver, hvor psykologiske processer regulerer, hæmmer og kanaliserer disse (Usher, 2013). Fælles for psykodynamiske tilgange er en særlig opmærksomhed på underliggende mekanismer, såsom emotioner, og hvordan disse manifesteres, hvor terapeuten hjælper med at verbalisere komplekse eller forstyrrende følelser, der muligvis er ubevidste for patienten. Terapeutens opgave er desuden at hjælpe med at identificere gentagne smertefulde eller selv-

destruktive temaer og mønstre hos patienten (Usher, 2013). Fælles for både den psykoanalytiske og den psykodynamiske tilgang er, at patientens symptomer betragtes i lyset af en bredere forståelse af personligheden som dynamisk, der er præget af forskellige konflikter og forsvarsmekanismer. Patientens evne til at danne relationer, deres personlige styrker og svagheder, præfererede copingstrategier, og hvordan disse former patientens karakter, er alle centrale i disse tilgange (Usher, 2013). Et centralt træk ved psykodynamisk intervention er dennes fokus på at hjælpe patienter til at konfrontere og bearbejde ellers undgåede stimuli, såsom minder, relationer og emotioner, der ellers undertrykkes eller intellektualiseres. Interventionens effektivitet er ofte forbundet med patientens evne til at udtrykke følelser under terapien (Lumley & Schubiner, 2019). En vigtig faktor i psykodynamisk terapi generelt er den terapeutiske alliance mellem terapeuten og patienten. Dette forhold udgør et centralt element i behandlingen, da det er gennem dette forhold, at forandring og bedring opnås (Usher, 2013). Terapeutens fokus på patientens fortid og ubevidste mønstre, samt dynamikken i den terapeutiske relation, sigter mod at skabe øget bevidsthed og forståelse, hvilket bidrager til en dybere og mere vedvarende forandring (Usher, 2013).

Baseret på vores litteraturreview fandt vi evidens for anvendelsen af henholdsvis emotionsfokuserede - og interpersonelle psykodynamiske terapitilgange hos individer med funktionelle lidelser med en historik af barndomstraumer. Derfor rettes fokus mod disse to interventionsformer i det kommende afsnit.

4.2.1 Emotionsfokuseret psykodynamisk terapi

Emotionsfokuseret psykodynamisk terapi (EAET) er udviklet af Lumley og Schubiner og repræsenterer en terapeutisk tilgang, der har til formål at lindre smerte ved at håndtere stress og uhensigtsmæssige emotionelle reaktioner. EAET er baseret på en konceptuel model, der betragter stress og destruktive, emotionelle copingstrategier som kilder til smerte gennem ændringer i hjernens struktur og funktion. Derfor konceptualiseres terapiens mål som at reducere stress, løse traumer og psykologiske konflikter ved at fremme åbenhed, udtryk og bearbejdning af undgåede følelser samt støtte til sundere adfærdsmønstre (Thakur et al., 2017; Yarns et al., 2020). EAET integrerer en række teknikker fra forskellige terapeutiske tilgange såsom eksponeringsterapi og ekspressiv skrivning. Dette teoretiske fundament og de terapeutiske

redskaber understøtter EAETs mål om at hjælpe patienter med at forstå, udforske og bearbejde deres følelser, traumer og indre konflikter (Lumley et al., 2017).

EAET er baseret på fem kerneprincipper og teknikker, der danner grundlaget for det terapeutiske arbejde. For det første lægges vægt på psykoedukation i form af at lære patienter, at hjernen er det primære organ, der genererer og/eller forstærker oplevelsen af symptomer. Her er det dog vigtigt at påpege og understrege over for patienten, at deres symptomer er reelle (Lumley & Schubiner, 2019). For det andet fremhæves betydningen af tidligere livserfaringer, herunder traumatiske oplevelser såsom misbrug og omsorgssvigt samt både interpersonelle og intrapsykiske konflikter, som alt sammen er med til at forme hjernens respons på stress og smerte (Lumley & Schubiner, 2019). Tredje og fjerde kerneprincip omhandler, hvordan terapien hjælper patienterne til at konfrontere og opleve disse følelsesladede situationer, de har undgået, samt lære at udtrykke disse følelser adaptivt. Dette inkluderer, at de under terapien skal forsøge at genopleve konfliktsituationer og udtrykke de underliggende følelser forbundet hertil. Sådanne øvelser kan resultere i en ændring af emotionelle mønstre og en reduktion af frykten for at udtrykke disse følelser. Her gavner patienterne ofte af at rekonstruere deres narrativ og således opnå adgang til eller skabe nye, mere adaptive følelser, som ikke blev udtrykt tidligere (Lumley & Schubiner, 2019). Endelig lægges der, ved sidste kerneprincip, vægt på sund kommunikation gennem identifikation og udtryk af behov og følelser i patientens virkelige relationer, hvilket kan styrke patientens evne til at håndtere stress og smerte gennem grænsefastsættelse og sunde relationer (Lumley & Schubiner, 2019).

4.2.2 Psykodynamisk Interpersonel Terapi

Psykodynamisk Interpersonel Terapi (PIT) er en terapeutisk tilgang, der integrerer psykodynamiske, interpersonelle og humanistiske perspektiver. Denne terapiform er baseret på Hobsons *samtalemodel* (eng: conversational model), hvor fokus ligger på at etablere og udvikle hensigtsmæssige relationer gennem samtale (Margison, 2002). PIT adskiller sig fra traditionel psykodynamisk terapi ved at lægge mindre vægt på psykodynamisk fortolkning og i stedet fokusere på at 'lære personen at kende' og finde løsninger på problemer i konteksten af en samtale (Barkham et al., 2017). Formålet med PIT er at hjælpe patienten med at opnå en dybere indsigt i samt bedre forståelse af deres emotionelle udfordringer samt deres interpersonelle mønstre, således

de bedre kan håndtere deres personlige problemer. Dette opnås gennem en omfattende udforskning og bearbejdning af patientens emotionelle liv og deres interpersonelle relationer, særligt til omsorgspersoner og andre betydningsfulde relationer, og hvorvidt der er en mulig sammenhæng mellem dette og svære oplevelser fra fortiden (Barkham et al., 2017). Eftersom PIT tager afsæt i en dialogbaseret tilgang, er et vigtigt element i terapien derfor også at skabe en terapeutisk alliance, hvor terapeuten og patienten arbejder på at opbygge et fælles "følelssprog" for sammen at kunne opnå en dybere forståelse af patientens indre verden (Barkham et al., 2017; Margison, 2002). PIT er teoretisk funderet i blandt andet tilknytningsteori, hvor terapeuten skal fungere som en sikker base i et forsøg på at etablere en stabil og responsiv relation med patienten, således de trygt kan udforske og modificere tilknytningsmønstre for at fremme alternative, mere hensigtsmæssige relationelle mønstre. Identificering af og arbejdet med disse mønstre udgør en central del af PIT og understreger således vigtigheden af emotionel udveksling mellem voksne (Margison, 2002). Terapeuten skal desuden evne at være særligt opmærksom på de mikroiinteraktioner, der opstår under terapien såsom minimale ændringer af både verbal og nonverbal karakter, og således forsøge gennem aktiv lytning og opmærksomhed at skabe meningsfulde forbindelser (Barkham et al., 2017).

Overordnet arbejder terapeuter under denne tilgang altså aktivt på at etablere en sikker og tillidsfuld alliance gennem dialog, hvor patienten føler sig støttet og forstået i sine følelsesmæssige udfordringer. Gennem samtaler og refleksioner hjælper terapeuten patienten med at opnå en dybere forståelse af, hvordan tidligere oplevelser har været med til at forme deres nuværende liv og interpersonelle mønstre, og hvordan man kan ændre disse mønstre for at opnå psykologisk vækst (Barkham et al., 2017; Margison, 2002).

4.2.3 Psykodynamiske terapiformer i relation til funktionelle lidelser

Som tidligere beskrevet, anbefaler Sundhedsstyrelsen brug af kognitive terapiformer, såsom ACT og KAT i behandlingen af funktionelle lidelser. Imidlertid viser vores gennemgang af litteraturen i denne afhandling positiv evidens for effekten af psykodynamiske interventionsformer hos patienter med funktionelle lidelser, som samtidig har en historik med barndomstraumer (Creed et al., 2005; Krohner et al., 2024). EA-ET kan siges at være gavnlige for patienter med funktionelle lidelser, da denne sigter

mod behandlingen af underliggende mekanismer, herunder traumer og indre konflikter. Det er vigtigt at behandle disse underliggende mekanismer, da disse potentielt kan vedligeholde og/eller forstærke de somatiske symptomer hos patienten (Lumley & Schubiner, 2019). EAET fokuserer på at bringe emotionelle konflikter til bevidsthed, hvilket kan være relevant for patienter med funktionelle lidelser, hvor emotionelle konflikter kan være rodfastet i deres ACEs (Krohner et al., 2024). Derfor kan det være gavnligt for netop denne patientgruppe at motivere dem til at udforske og udtrykke de emotioner, der er forbundet med deres tidligere traumatiske oplevelser, hvilket kan hjælpe med at give deres symptomer en forståelig årsag og en følelsesmæssig dybde ved netop at koble deres symptomer til de relaterede følelser (Lumley et al., 2017). Altså kan man argumentere for, at EAET kan hjælpe med at korrigere den emotionelle dysregulering, der kan ligge til grund for de somatiske symptomer, ved at hjælpe patienten med at udforske og bearbejde ellers ubevidste emotioner. Desuden har EAET ligeledes fokus på psykoedukation om symptomer, herunder smerte og hjernens rolle i smerteprocessen samt betydningen af tidligere livserfaringer, herunder traumatiske oplevelser, som kan påvirke hjernens respons på stress og smerte (Lumley & Schubiner, 2019). Blandt andet påpeger Mughairbi og kollegaer (2020), at viden om disse processer kan bidrage til en mere nuanceret forståelse af de underliggende mekanismer, der bidrager til deres somatiske symptomer, hvilket potentielt kan reducere følelsen af usikkerhed og angst forbundet med deres symptomer.

Hvis man derimod forholder sig til effekterne af PIT som interventionsform for patienter med funktionelle lidelser, da kan man argumentere for, at PITs centrale fokus på interpersonelle relationer og mønstre, samt dets teoretiske forankring i tilknytningsteorien, kan være gavnlig i mødet med denne patientgruppe (Creed et al., 2005). Ved at integrere en forståelse, der tager afsæt i tilknytningsteorien i terapien, da adresserer PIT netop tidlige relationer, og deres betydning for senere relationer samt psykisk og fysisk velvære. PIT kan således bidrage til forståelsen af, hvordan usikre tilknytningmønstre, som hyppigt forekommer hos patienter med funktionelle lidelser, kan påvirke udviklingen af deres symptomer. Terapien faciliterer netop udforskningen af disse tidlige oplevelser og relationer ud fra en stærk terapeutisk relation, hvilket kan føre til forståelse og potentielt heling. Hvis man lærer at forstå, hvordan ens tidlige relationer påvirker ens nuværende relationer, da kan man argumentere for,

at det kan være lettere at bryde med uhensigtsmæssige interpersonelle mønstre og skabe mere tilfredsstillende, sunde relationer. Denne bevidsthed kan siges at give en dybere indsigt i egne reaktionsmønstre og adfærdsmæssige tendenser, hvilket således kan åbne op for muligheden for personlig udvikling, der kan være en integreret del af helingsprocessen for patienter med funktionelle lidelser. Desuden har social støtte vist sig at fungere som en beskyttende faktor mod negative konsekvenser af traumatiske oplevelser, herunder psykopatologi (Davydov et al., 2010; Southwick et al., 2016). Dysfunktionelle relationer kan dog begrænse adgangen til denne støtte, hvorfor man ved at hjælpe patienter med at etablere sundere relationer potentielt kan øge tilgængeligheden af social støtte.

4.2.4 Kritisk blik på psykodynamiske terapiformer

Med afsæt i ovenstående tyder det på, at psykodynamisk terapi kan være gavnlig for patienter med funktionelle lidelser. Dog bør man forholde sig kritisk til de problematikker samt potentielle negative effekter, der kan følge. En af problematikkerne kan foreligge i, at psykodynamisk terapi stiller krav til patientens evne til introspektion, da refleksion over egne følelser er en central præmis for terapien. Dette kan være særligt udfordrende, eftersom denne patientgruppe ofte er karakteriseret af høj aleksitymi (jævnfør afsnit 3.3.4). Eftersom aleksitymi indebærer en manglende evne til at identificere, udtrykke og differentiere følelser kan dette besværliggøre det terapeutiske arbejde med emotionelle konflikter (Sifneos, 1973). Desuden kan man forholde sig kritisk til et af de centrale elementer specifikt i PIT, hvor alliancen, der skabes mellem terapeut og patient i terapiforløbet, skal være rammesættende for patientens andre relationer, hvorfor denne relation kan resultere i en følelsesmæssig afhængighed eller følelse af tab for patienten, når forløbet afsluttes (Berk & Parker, 2009). Et andet aspekt, man bør have for øje er, hvordan patientens oplevelser i barndommen, særligt dem af negativ eller traumatisk karakter, ofte er omdrejningspunkt for terapien. Man kan kritisere dette fokus på fortiden for potentielt at være uproduktivt, eftersom det kan forstærke patientens negative tanker og følelser. Det kan være en bekymring, at dybdegående udforskning af negative oplevelser kan åbne op for traumatiske erindringer eller følelser, som patienten ikke er rustet til at håndtere, hvilket kan forværre symptomerne frem for at lindre dem (Linden, 2013; Rozental et al., 2016).

4.2.5 Delkonklusion

Opsummerende kan psykodynamiske tilgange altså være gavnlige for patienter med funktionelle lidelser, eftersom disse fokuserer på at udforske og bearbejde de underliggende psykologiske mekanismer og konflikter, der kan være forankret i tidlige relationer og traumatiske oplevelser. Gennem terapien har patienterne mulighed for at få en dybere forståelse af deres emotionelle tilstande og interpersonelle mønstre, hvilket kan bidrage til en afklaring af årsagerne til deres symptomer. Ved at forholde sig til disse underliggende mekanismer kan psykodynamisk terapi hjælpe patienterne med at opnå en forståelse af deres somatiske symptomer ved at adressere forbindelsen mellem deres symptomer og uforløste emotionelle konflikter.

5.0 Diskussion

Følgende afsnit vil være inddelt i fem forskellige diskussionsemner. Første afsnit vil bestå af en diskussion om samspillet mellem de foregående fire teoretiske perspektiver, og hvordan disse kan siges at komplementere hinanden i forsøget på at forstå ætiologien bag funktionelle lidelser. I forbindelse hermed uddrages fire forskellige fællestræk, som synes at gå igen på tværs af de teoretiske perspektiver. Herefter følger anden del af diskussionsafsnittet, som vil indeholde en diskussion af den nuværende forståelse af funktionelle lidelser, og hvorvidt synet herpå bør ændres til et mere stressrelateret syn. Tredje del af afsnittet omfatter diskussionen af, hvilken psykologisk interventionsform, der bør anvendes i mødet med funktionelle lidelser som konsekvens af barndomstraumer, og hvorledes behandlingen heraf kan siges at besværliggøres af nutidens syn på og stigmatisering af funktionelle lidelser. Fjerde del vil bestå af en diskussion om afhandlingens styrker og begrænsninger, og hvorvidt dette har påvirket vores besvarelse af problemformuleringen. Sidste del vil omhandle, hvordan afhandlingens fund kan anvendes i praksis, samt forslag til fremtidig forskning.

5.1 Diskussion af samspillet mellem teorierne

Med udgangspunkt i ovenstående teoretiske afsnit har de forskellige teoretiske perspektiver hver især bidraget med bud på, hvordan man kan forstå funktionelle lidelser som konsekvens af barndomstraumer. Dog findes det relevant, hvis man forhol-

der sig til perspektivernes forklaringer heraf, at der findes et vist overlap mellem disse. I den forbindelse findes det relevant at belyse, hvordan tilknytningsteori, det biologisk-psykologiske perspektiv, trækteori og Youngs skemateori til dels kan siges at komplementere hinanden. Først og fremmest tyder der på at være en sammenhæng mellem EMS og personlighedstræk. Her er det netop fundet, at alle EMS, med undtagelse af Selvopofrelse og Særstatus, er forbundet med høj neuroticisme, samt at skemata såsom Emotionelt Afsavn, Mistillid/Misbrug, Social Isolati-on/Fremmedgørelse, Forkerthed/Skam, Fiasko, Underkastelse og Emotionel Hæm-ning er forbundet med lav ekstroversion (Thimm, 2010). Derudover er der blandt andet fundet evidens for, at aleksitymi er positivt associeret til alle EMS med undta-gelse af Selvopofrelse og Ufravigelige Normer (Saariaho et al., 2015). Udover at der synes at være en sammenhæng mellem Youngs skemateori og trækteori, er der lige-ledes fund, der peger på et overlap mellem Youngs skemateori og tilknytningsteori. Her er det fundet, at særligt domænerne Manglende Kontakt og Afvisning samt Ned-sat Autonomi og Ydeevne er positivt associeret til usikker tilknytning (Kaya & Aydin, 2021). Ydermere understøtter fund af Hu og kollegaer (2020), at der er en sammenhæng mellem det biologisk-psykologiske perspektiv samt trækteori, eftersom de fandt, at en mindre volumen af amygdala er forbundet med neuroticisme.

Ud fra ovenstående forskningsfund samt de teoretiske afsnit antydes det altså, at de fire teoretiske perspektiver er indbyrdes forbundne og bør derfor benyttes i samspil med hinanden. Det tyder således på, at et nuanceret blik på sammenhængen mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser kræver, at man forholder sig til de forskel-lige teories forklaringer og forsøger at forstå samspillet mellem disse. Med ud-gangspunkt i disse overlap identificeres og argumenteres for forskellige fællestræk for funktionelle lidelser; graden af traumeeksponering, dysfunktionelle relationer, emotioner og skærpet opmærksomhed.

5.1.1 Graden af traumeeksponering

Når man forholder sig til de berørte teorier angående barndomstraumer, og disses betydning for den senere udvikling af funktionelle lidelser, kan man argumentere for, at der eksisterer en fællesnævner i form af graden af traumeeksponering i barndom-men. Her refereres til, hvor hyppigt og intenst personen har oplevet traumer i barn-dommen i henhold til, hvorledes dette kan siges at øge risikoen for udviklingen af funktionelle lidelser. Med afsæt i de udvalgte teorier, tyder det særligt på at være

akkumuleringen af toksiske, stressende oplevelser i barndommen, der synes at have en betydning for den senere udvikling af funktionelle lidelser. Konkret beskriver både det biologisk-psykologiske perspektiv og Youngs skemateori, hvorledes graden af traumeeksponering kan forstås som en central faktor for senere udvikling af patologisk. Som tidligere beskrevet teoretiserer Youngs skemateori, at det er de gentagne, tidlige, toksiske oplevelser, der forårsager de mest intense og sværeste uhensigtsmæssige internaliseringer, EMS, der leder til maladaptive copingstrategier, som tyder på at kunne være prædisponerende for funktionelle lidelser. I forlængelse heraf kan man argumentere for, at det biologisk-psykologiske perspektiv kan bidrage til at belyse denne teori ud fra et fysiologisk perspektiv. På samme vis som Youngs skemateori, lægger dette perspektiv ligeledes fokus på, at graden af et traume kan have indvirkning på, hvor skadelige konsekvenserne bliver for individet. Først og fremmest beskriver dette perspektiv, at få eller enkelte stressorer fører til allostase, som i sig selv ikke er skadeligt, men nærmere karakteriseret af en adaptation til miljøet. Dog tyder det på, at en akkumulering af stressorer, leder til allostatisk (over)belastning, hvilket, som tidligere beskrevet, er kendetegnet ved en dysregulering af kroppens stresssystem. Ud fra ovenstående tyder det altså på, at selve graden af barndoms-traumer både har en betydning for hvor svær internaliseringen af EMS bliver, men også hvor stor risikoen er for, at individet kommer i allostatisk (over)belastning.

Med afsæt i tilknytningsteorien kan man forstå, hvorledes gentagen ikke-rettidig omsorg fra den primære omsorgsperson kan føre til uhensigtsmæssige internaliseringer hos barnet, som derved påvirker deres indre arbejdsmodeller i voksenlivet (se afsnit 3.1.1). Ligesom ved Youngs skemateori, kan man argumentere for, at det biologisk-psykologiske perspektiv på samme vis kan bidrage med en fysiologisk vinkel til tilknytningsteorien særligt i forhold til, hvorledes graden af traumeeksponering kan siges at have en betydning for senere udvikling af de symptomer, der ses ved funktionelle lidelser. Tilknytningsteorien mener, som beskrevet tidligere, at et hensigtsmæssigt, trygt miljø kræves for en adaptiv udvikling, hvorfor man kan argumentere for, at intens og hyppig udsættelse for stressorer i barndommen hæmmer denne og i stedet medvirker til en maladaptiv udvikling. Med afsæt i afsnit 3.2.1, da vides det, at hjernen er plastisk, særligt i de tidlige år, hvorfor udsættelsen for gentagne, toksiske oplevelser fra omsorgspersonen kan lede til, at barnet i stedet må omstille sig på ikke at forvente tryk, men i stedet fare og frygt. I den forbindelse argumenterer Tu-

recki (2014) for, at hjernen må gennemgå neuroplastiske ændringer i stresssystemet i et forsøg på at beskytte sig mod og forudsige situationer i det truende miljø. Her argumenterer han for, at stresseksposeringer øger produktionen af kortisol, hvilket kan være med til at reducere glukokortikoid-receptorer i hippocampus, hvorfor den negative feedback mekanisme, som hippocampus er en del af, kan siges at hæmmes og således føre til en overaktiv HPA-akse (Turecki, 2014). Ud fra ovenstående tyder det altså på, at graden af traumeeksponering, særligt i den tidlige barndom, også kan have en fysiologisk indvirkning på hjernen og dennes modtagelighed over for og reaktion på stressorer.

Opsamlende tyder det på, at samspillet mellem de respektive teoretiske perspektiver bidrager med en mere nuanceret forståelse af, hvorledes funktionelle lidelser kan ses som en konsekvens af barndomstraumer. Altså tyder selve graden af traumeeksponering i barndommen netop på at være essentiel for individets psykologiske og fysiologiske udvikling, når man skal forholde sig til prædisponerende og udløsende faktorer for funktionelle lidelser.

5.1.2 Emotioner

På tværs af de teoretiske perspektiver er særligt problematikker relateret til emotioner repræsenteret hos personer med funktionelle lidelser med en historik af barndomstraumer. Både når problematikkerne omfatter manglende evne til at identificere, udtrykke og differentiere emotioner, men også i forhold til dysfunktionel emotionsregulering. Yderligere er det beskrevet, hvorledes kognitiv aleksitymi og høj neuroticisme, tyder på at være træk, der går igen hos personer med funktionelle lidelser (afsnit 3.3). Således kan det diskuteres, hvordan problematikker med emotioner hos denne patientgruppe kan forstås med udgangspunkt i teorierne, og hvorledes disse kan komplementere hinanden.

Med udgangspunkt i afsnit 3.3.1 er det beskrevet, at individer med høj neuroticisme er karakteriseret ved en tendens til hyppigere at reagere med negative emotioner, hvorfor man kan argumentere for, at dette er en prædisponerende faktor for funktionelle lidelser, da det påvirker individets oplevelse af stressende og/eller traumatiske hændelser. Dette kan yderligere siges at være vedligeholdende for funktionelle lidelser, eftersom denne patientgruppe er karakteriseret ved høj neuroticisme, således den negative fortolkning af dette symptombillede forstærkes. Fælles for tilknytningsteo-

rien, Youngs skemateori og trækteori er, at vi i vores respektive analyser, når frem til en fælles slutning; de somatiske symptomer, der opleves af patienter med funktionelle lidelser, synes at kunne tilskrives fejlfortolkninger af kropslige sensationer, som opstår i relation til stærke, svære emotioner. Disse fejlfortolkninger kan siges både at være prædisponerende og vedligeholdende for funktionelle lidelser. I forbindelse med dette kan man argumentere for, at det biologisk-psykologiske perspektiv kan bidrage med en forståelse af, hvad der fysiologisk sker i kroppen, når barndomstraumer leder til problemer med identificering og regulering af emotioner. I afsnit 3.2.2 fremgår det, at der er fundet evidens for, at stressorer kan forårsage atrofi af præfrontal cortex, og derved svække kognitiv ræsonnering og emotionsregulering. Med udgangspunkt i dette, kan det biologisk-psykologiske perspektiv altså siges at støtte op om den fortolkning, der er opnået gennem de andre teorier; at symptomerne der ses ved funktionelle lidelser kan forstås som fejlfortolkninger af kropslige sensationer, der kommer på baggrund af overvældende, svære emotioner, hvor de ikke evner at linke de emotionelle oplevelser med de kropslige sensationer.

Selvom teorierne ikke har samme forklaringsramme, kan det udledes, at emotioner tyder på at spille en central rolle i forståelsen af funktionelle lidelser. Desuden indikeres det, at barndomstraumer og tidlige stressorer er essentielle i denne forståelse på tværs af de teoretiske perspektiver. Ydermere tyder det på, at den manglende evne til identificering og regulering af emotioner både kan ses som prædisponerende og vedligeholdende for funktionelle lidelser.

5.1.3 Dysfunktionelle relationer

Endnu et fællestræk, som man kan argumentere for, går igen på tværs af de forskellige teoretiske perspektiver, er dysfunktionelle relationer og disses betydning for udviklingen af funktionelle lidelser, som en konsekvens af barndomstraumer. Jævnfør afsnit 3.1, da understreger tilknytningsteorien betydningen af tidlige relationer, særligt til omsorgspersoner, og hvordan disse relationer er med til at skabe rammen for barnets udvikling og dets fremtidige relationer, hvorfor en sund og hensigtsmæssig kontakt mellem barn og omsorgsperson er afgørende. Modsat, hvis sådanne relationer er præget af usikre tilknytningsmønstre, kan det skabe en paradoks situation, hvor omsorgspersonen både er kilde til barnets frygt, men samtidig kilden til trøst og beskyttelse. Som beskrevet, er personer med funktionelle lidelser ofte karakteriseret af et usikkert tilknytningsmønster, hvorfor man kan argumentere for, at relationen

mellem individet med en funktionel lidelse og dennes omsorgsperson kan have været mangelfuld eller præget af frygt, hvorfor dets forudsætninger for en sund udvikling og for senere relationer kan være svækket. Dette kan således siges at være prædisponerende for funktionelle lidelser. Desuden kommer betydningen af relationer ligeledes til udtryk i Bartholomew og Horowitz' model over tilknytningsmønstre i voksenlivet, hvor en af dimensionerne netop omhandler en indre model af andre. Fælles for de to usikre tilknytningsmønstre, der forekommer hos personer med funktionelle lidelser; det overvældende tilknytningsmønster og det frygtssomme tilknytningsmønster, er deres stærke afhængighed af andre til at opnå et positivt selvbillede. Med afsæt i tilknytningsteorien kan man altså argumentere for, at relationernes betydning for udviklingen af somatiske symptomer enten kan forstås som et indre forsvar, hvor individet undertrykker smertefulde emotioner som i stedet manifesteres som somatiske symptomer eller som en hjælp til at opnå omsorg og trøst gennem andre. Med udgangspunkt i Youngs skemateori kan relationer forstås som copingstrategier, der, på samme vis som tilknytningsteorien, afspejler individets behov for at opnå den omsorg, som kan have været mangelfuld i barndommen. Derfor kan relationer også her forstås som et middel til at imødekomme behovet for omsorg og støtte. Samtidig understreges det dog, at dannelsen af sunde relationer kan være udfordrende, da individer med visse EMS bærer en underliggende frygt for afvisning eller svigt, hvilket kan være en konsekvens af tidligere traumatiske erfaringer. Derfor tillægger Youngs skemateori også undgåelse af relationer som copingstrategi en betydning. Man kan argumentere for, at individet kan have internaliseret en dyb frygt for andre, hvilket resulterer i en tilbagetrækning fra relationer for at undgå aktivering af EMS, der minder dem om tidligere svigt eller afvisning. Denne undgåelsesadfærd kan siges at være med til at vedligeholde dysfunktionelle interpersonelle mønstre og således bidrage til udviklingen af funktionelle lidelser ved at begrænse individets mulighed for at søge og modtage støtte fra andre.

Betydningen af dysfunktionelle relationer, i udviklingen af funktionelle lidelser, kan også belyses ud fra trækteori og personlighedstrækket kognitiv aleksitymi. Som tidligere beskrevet er personlighedstrækkene kognitiv aleksitymi og lav ekstroversion ofte karakteristiske for individer med funktionelle lidelser og kommer til udtryk ved passivitet og en manglende evne til at udtrykke følelser. Hvis man har svært ved at aflæse andres følelser, vanskeligheder med at udtrykke sine egne følelser og samtidig

er primært introvert, kan man argumentere for, at dette kan skabe en kommunikationskløft, der hæmmer evnen til at skabe og opretholde meningsfulde relationer. Eftersom social støtte betragtes som en beskyttende faktor i forbindelse med modgang i livet (Davydov et al., 2010; Southwick et al., 2016), kan man argumentere for, at disse personlighedstræk begrænser muligheden for denne beskyttelse og således gør individet mere sårbart over for udviklingen af funktionelle lidelser.

Fælles for de forskellige teoretiske perspektiver er altså en forståelse af dysfunktionelle relationer, som værende enten prædisponerende for udviklingen af funktionelle lidelser, da de tidlige relationer kan være kilden til barndomstraumer, eller rammesættende for individets senere evne til at indgå i meningsfulde relationer. Ydermere ser flere af teorierne relationer som et middel til at opnå omsorg og støtte, som muligvis har været fraværende i barndommen. Derfor tilskrives relationer ligeledes en vigtig beskyttende rolle for individet, hvilket dog indebærer, at ovenstående specifikke personlighedstræk, bestemte EMS og dysfunktionelle interpersonelle mønstre kan øge individets sårbarhed over for udviklingen af funktionelle lidelser.

5.1.4 Skærpet opmærksomhed

På tværs af flere af de præsenterede teoretiske perspektiver, kan man argumentere for, at der eksisterer et fællestræk omhandlende en skærpet opmærksomhed rettet mod symptomer, samt at dette kan være en mulig faktor i udviklingen og vedligeholdelsen af funktionelle lidelser. Fælles for de teoretiske perspektiver er den rolle de tillægger den overdrevne og ængstelige opmærksomhed på kropslige fornemmelser, som man kan argumentere for, kan være prædisponerende for udviklingen og ikke mindst vedligeholdelsen af de somatiske symptomer ved funktionelle lidelser. Dog har de teoretiske perspektiver forskellige udlægninger af forklaringen heraf. Det biologisk-psykologiske perspektiv belyser, hvordan tidlig og langvarig stresseksposering kan have en betydelig indvirkning på strukturelle og funktionelle ændringer i hjernen. Som tidligere demonstreret, i afsnit 3.2.2, omfatter disse ændringer blandt andet abnormiteter i stressfølsomme områder af hjernen, hvilket kan resultere i en forstærket frygtrespons fra amygdala og en forringelse i præfrontal cortex' evne til at regulere denne respons. Disse kombineret, kan man argumentere for kan forstærke opfattelsen af angstfremkaldende stimuli, såsom sygdomstegn, og kan dermed siges at være præget af en symptomperception, hvor man bliver bevidst om selv de mind-

ste kropslige reaktioner grundet den øgede opmærksomhed og den angstprægede fortolkning heraf. Med udgangspunkt i trækteorien, blev særligt høj neuroticisme fremhævet som et hyppigt forekommende personlighedstræk blandt individer med funktionelle lidelser. Neuroticisme er, som beskrevet, karakteriseret ved høje niveauer af angst og negative emotioner, som kan siges at resultere i en tendens til katastrofetanker. På baggrund af dette kan man argumentere for, at individer med dette træk vil have en øget opmærksomhed mod somatiske faresignaler samt en negativ og katastrofepræget fortolkning af disse. Ydermere forklarer Youngs skemateori, hvordan individer med skemaet Sårbarhed over for Skade, udviser en underliggende frygt for at være ude af stand til at håndtere svære situationer. Denne frygt kan man argumentere for kan lede til en øget opmærksomhed rettet mod potentielle skader, herunder ændringer i kropslige fornemmelser, såsom sygdomstegn.

Opsamlende kan man argumentere for, at faktorer såsom abnormiteter i stressfølsomme hjerneområder, personlighedstrækket neuroticisme og skemaet Sårbarhed over for Skade kan siges at være prædisponerende samt medvirke til en vedligeholdende spiral, hvor individet konstant søger efter ændringer i kropslige fornemmelser, hvilket fører til en angstpræget fortolkning af disse, som yderligere forstærker og vedligeholder de somatiske symptomer.

5.2 Diskussion af funktionelle lidelser som en stresslidelse

Med afsæt i vores teoretiske afsnit tyder det altså på, at man *kan* forstå funktionelle lidelser som en konsekvens af barndomstraumer. Her fandt vi, at individer med funktionelle lidelser både var karakteriseret af usikre tilknytningsmønstre samt forskellige EMS, som altså begge dannes på baggrund af stressende begivenheder i barndommen. Desuden fandt vi, at personer med funktionelle lidelser blandt andet var høje på neuroticisme, hvilket kan have medvirket til, at deres oplevelse af ACEs har været præget af mere negative emotioner og derfor mere stressende for individet. Ydermere fandt vi, ud fra vores teoretiske afsnit, at personer med funktionelle lidelser tyder på særligt at være karakteriseret af en overbelastning af stresssystemet og dysfunktion i stressresponsen. Med udgangspunkt i disse fund, som altså tyder på, at stressende begivenheder i barndommen spiller en rolle i forbindelse med udvikling af funktio-

nelle lidelser, kan man diskutere, hvorvidt funktionelle lidelser faktisk bør forstås som en stresslidelse.

5.2.1 Sammenstilling med stresslidelser

Hvis man forholder sig til afsnittet i ICD-11 om '*lidelser specifikt associeret med stress*', da lyder den overordnede beskrivelse heraf, at det indebærer lidelser, som direkte er relateret til, at individet har været eksponeret for én eller flere stressfulde eller traumatiske begivenheder. For hver af lidelserne i denne gruppering er en identificerbar stressor en nødvendighed, men kan ikke alene forklare lidelserne (World Health Organization, 2022). Med udgangspunkt heri og vores fund i afhandlingen, kan man argumentere for, at funktionelle lidelser, som en konsekvens af barndoms-traumer, altså passer på den overordnede beskrivelse af stresslidelser. Selve kategorien i ICD-11 omfatter en række lidelser, herunder PTSD samt kompleks PTSD (C-PTSD), hvilket er de to lidelser, som følgende afsnit vil forholde sig til. De resterende stresslidelser vil vi ikke forholde os til, da disse enten kræver, at man diagnosticeres i barndommen, oplever en specifik sorg over et tab eller oplever en tilpasningsreaktion, som ofte aftager indenfor 6 måneder, hvilket altså ikke stemmer overens med afhandlingens definition og undersøgelse af funktionelle lidelser (World Health Organization, 2022).

Som tidligere nævnt har vi fundet evidens for, at individer med funktionelle lidelser er kendetegnet ved barndomstraumer, samt at forskningslitteraturen tyder på en dysfunktion i stressresponsen ved denne patientgruppe (Böhmelt et al., 2005; Rief et al., 1998). Netop denne dysfunktion i stressresponsen samt traumatiske oplevelser, er elementer, som er karakteristiske for stresslidelsen PTSD, hvor forskningen peger på en dysfunktionel HPA-akse samt dysregulerede kortisolniveauer ved individer med PTSD (de Kloet et al., 2006; Juster et al., 2016). Ydermere fandt vi i syntesen, at PTSD er komorbid med funktionelle lidelser, hvor blandt andet studiet af Gardoki-Souto og kollegaer (2022) fandt, at hele 71,5% af gruppen med funktionelle lidelser ligeledes opfyldte kriterierne for PTSD. Hvis man udforsker litteraturen vedrørende komorbiditet mellem PTSD og funktionelle lidelser, da ses en tendens til, at disse lidelser ofte optræder sammen (Ciccone et al., 2005; Coppens et al., 2017; Hellou et al., 2017). Netop grundet dette overlap mellem lidelserne i litteraturen, finder vi det relevant at sammenholde funktionelle lidelser med PTSD. Jævnfør ICD-11 lyder

kriterierne for PTSD, at individet har oplevet en ekstremt truende eller skræmmende begivenhed, hvorefter der følger et karakteristisk syndrom, der varer i mindst flere uger, bestående af tre kerneelementer. De tre kerneelementer er her genoplevelse af den traumatiske begivenhed, undgåelsesadfærd relateret til minder om traumatet samt vedvarende opfattelser af øget aktuel trussel, som alt sammen skal påvirke individets daglige funktionsniveau markant (World Health Organization, 2022). Foruden ligheden mellem, at vi har fundet, at funktionelle lidelser kan ses som konsekvens af barndomstraumer, og at PTSD udvikles efter oplevelsen af en eller flere traumatiske oplevelser, da kan man argumentere for, at der findes yderligere ligheder mellem de to lidelser, hvis man forholder sig til kerneelementerne ved PTSD. Først og fremmest kan man argumentere for en lighed blandt lidelserne i forhold til elementet vedrørende opfattelse af øget aktuel trussel. Her har vi i afhandlingen, jævnfør afsnit 5.1.4, fundet, at individer med funktionelle lidelser tyder på at tendere til katastrofetanker og har en skærpet opmærksomhed på somatiske symptomer, hvorfor man altså kan argumentere for, at funktionelle lidelser også synes at være karakteriseret af en opmærksomhed på øget trusselsniveau. Et centralt element ved PTSD er desuden undgåelsesadfærd relateret til traumatiske minder. I lyset af dette kan man, med udgangspunkt i afhandlingens afsnit 3.4.2 om EMS, argumentere for, at patienter med funktionelle lidelser også udviser en tendens til undgåelsesadfærd. Dette skyldes deres udvikling af copingstrategier, som har til formål at undgå aktivering af bestemte EMS, der er forbundet med traumatiske oplevelser. Ud fra disse to elementer synes der altså at være en vis lighed mellem de to lidelser. Dog er det sidste kerneelement i kriterierne for PTSD, at individet skal genopleve den traumatiske oplevelse, hvilket ofte forekommer som flashbacks og mareridts hos denne patientgruppe (World Health Organization, 2022). Dette har vi ikke eksplicit fundet gør sig gældende ved individer med funktionelle lidelser, hvorfor dette kan være en forskel mellem de to lidelser. Dog kan man argumentere for, at patienternes somatiske symptomer potentielt kan være denne patientgruppes måde at 'genopleve' traumer på. På tværs af de teoretiske perspektiver ses en tendens til, at patienter med funktionelle lidelser har en reduceret evne til identificering, differentiering og regulering af emotioner. Med udgangspunkt heri kan man således argumentere for, at de har fortrængt det emotionelle aspekt af traumatet, og således kun har det somatiske aspekt tilbage. Derfor kan man potentielt forstå de somatiske symptomer som en slags ubevidst genoplevelse af de traumatiske erfaringer. Til trods for disse umiddelbare ligheder mellem de to lidelser,

har vi i afhandlingen fundet en række elementer, som synes kendetegnede for patientgruppen med funktionelle lidelser, som altså ikke findes som kriterier for PTSD. Her refereres til fundene i afhandlingens teoretiske afsnit om, at individer med funktionelle lidelser synes at være karakteriseret af dysregulering og identificering af emotioner, specifikke personlighedstræk, EMS samt indre arbejdsmodeller af andre og selvet. Nogle af disse karakteristika findes netop, hvis man i stedet forholder sig til C-PTSD. Udover at man skal opfylde kriterierne for PTSD, da kræver C-PTSD, at man har problemer med affektregulering, overbevisninger om sig selv som værdiløs ledsaget af følelser af skam, skyld eller svigt relateret til den traumatiske begivenhed samt vanskeligheder med at opretholde relationer og være tæt med andre (World Health Organization, 2022). Jævnfør ovenstående afsnit om henholdsvis emotioner og dysfunktionelle relationer, da kan man netop argumentere for, at problematikker med affektregulering samt problematiske interpersonelle forhold synes at være to gennemgående fællestræk for individer med funktionelle lidelser. På baggrund heraf kan man således argumentere for, at C-PTSD rummer flere af elementerne, der er karakteristiske for funktionelle lidelser sammenholdt med PTSD. Grundet dette finder vi det relevant at forholde os til litteraturen omkring komorbiditet mellem C-PTSD og funktionelle lidelser. Her findes studiet af Wright og kollegaer (2021), som fandt, at gruppen med C-PTSD rapporterede signifikant højere forekomst af funktionelle somatiske symptomer sammenholdt med gruppen med PTSD samt kontrolgruppen ($p < .001$). Ligeledes fandt studiet af Møller og kollegaer (2021) en signifikant højere prævalens af somatoform dissociation ved gruppen med C-PTSD sammenlignet med gruppen med PTSD ($p < .001$). Dog skal det pointeres, at et alment klinisk træk ved både PTSD samt C-PTSD er somatiske symptomer, men jævnfør ovenstående studier tyder det på, at der findes en hyppigere forekomst heraf ved C-PTSD (World Health Organization, 2022). Med udgangspunkt heri kan man altså argumentere for, at der findes et vist overlap mellem C-PTSD og funktionelle lidelser. Dermed *ikke* sagt, at funktionelle lidelser er fuldkommen overensstemmende med C-PTSD, men disse ligheder, som vi i afhandlingen har fremhævet mellem lidelserne, kan være med til at understrege, hvorfor man i stedet potentielt bør anse funktionelle lidelser som en stresslidelse. Dog er det vigtigt at forholde sig til, at selvom en af de store fællesnævnerne for C-PTSD og vores fund vedrørende funktionelle lidelser er, at det er lidelser som kan opstå efter akkumulerede stressorer og/eller eksponering for traumer, da er det *ikke* alle individer med funktionelle lidel-

ser, som har oplevet traumer (Paredes-Echeverri et al., 2022). Eftersom vi i afhandlingen er interesserede i relationen mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser, og i syntesen netop fandt en signifikant forhøjet forekomst af barndomstraumer ved funktionelle lidelser, da har vi ikke forholdt os til andelen af patientgruppen, som ikke har oplevet traumer i barndommen. Dog kan vi ikke udelukke, at patientgruppen uden barndomstraumer, kan have oplevet andre stressorer senere i livet end barndommen, som kan have været en prædisponerende eller udløsende faktor for funktionelle lidelser. I den forbindelse kan det være interessant at undersøge, om andre stressorer end barndomstraumer kan være en forklaring på udviklingen af funktionelle lidelser. Ud fra afsnittene omhandlende emotioner og skærpet opmærksomhed antydes det, at måden hvorpå individet selv oplever og opfatter stressoren spiller en rolle, hvilket altså ikke begrænser traumernes tidspunkt til barndommen. I forlængelse heraf fandt Petersen og kollegaer (2024), at særligt oplevelsen af stress synes at spille en væsentlig rolle i udviklingen af funktionelle lidelser. Med udgangspunkt heri kan man altså argumentere for, at det ikke nødvendigvis kun er barndomstraumer, som kan sættes i relation til udviklingen af funktionelle lidelser, men også traumer senere i livet, eftersom det er selve opfattelsen af de stressende begivenheder, der synes at være en risikofaktor for udvikling af funktionelle lidelser.

5.2.2 Funktionelle lidelser og individuelle forskelle

Modsat ovenstående omkring, hvordan det ikke er alle med funktionelle lidelser, der har oplevet barndomstraumer, da findes det også relevant at forholde sig til, hvorfor ikke alle med barndomstraumer udvikler funktionelle lidelser. Overordnet findes en relation mellem barndomstraumer og en generel udvikling af psykopatologi (Greenman et al., 2024; Lovis-Schmidt et al., 2022; McLaughlin & Lambert, 2017). Ligeledes er det bekendt, at neuroticisme, usikker tilknytning, allostatisk (over)belastning samt EMS også er forbundet med psykopatologi (Gerhardt et al., 2021; Juster et al., 2016; McCrae & Costa, 1996; Young et al., 2006). Alle disse faktorer har vi, i afhandlingen, fundet tyder på at spille en rolle i forbindelse med udviklingen af funktionelle lidelser, men siden det er faktorer, som er forbundet med udvikling af forskellige typer af psykopatologi, da kan man undre sig over, hvorfor et individ i et givent tilfælde udvikler netop funktionelle lidelser fremfor en anden psykisk lidelse. I denne forbindelse findes det relevant at forholde sig til begreberne ækvifinalitet og multifinalitet. *Ækvifinalitet* refererer til hvordan samme lidelse kan udvikles hos forskellige

individer af forskellige årsager, mens *multifinalitet* modsat henviser til, hvordan lignende årsager kan føre til forskellige lidelser (Juster et al., 2016). Med udgangspunkt i begrebet multifinalitet kan man altså forstå, at ovenstående faktorer kan føre til forskellige lidelser, mens ækvifinalitet kan være med til at give en forståelse af, hvorfor ikke alle med funktionelle lidelser har oplevet barndomstraumer. Når man forholder sig til de forskellige lidelser, som er diskuteret i dette afsnit, henholdsvis PTSD, C-PTSD og funktionelle lidelser, da er det væsentligt at pointere, at individuelle faktorer synes at spille en rolle i udvikling heraf. Her har vi i afhandlingen netop påpeget, at elementer såsom tilknytningsmønstre, personlighedstræk, biologiske faktorer og EMS særligt tyder på at gøre sig gældende ved funktionelle lidelser som konsekvens af barndomstraumer. Så selvom individer med enten PTSD, C-PTSD eller funktionelle lidelser alle kan have en lignende historik med traumer, da kan der være individuelle forskelle, som medvirker til at samme type af traume kan resultere i udviklingen af forskellige lidelser. Dog er det vigtigt at understrege, at det er svært at forudsige nøjagtigt, hvilken lidelse der udvikles, da der altså ikke er et entydigt svar på, hvornår det netop bliver funktionelle lidelser frem for andre grundet kompleksiteten i lidelser og den individuelle forskel i individets reaktion på og oplevelse af stress og traumer. Overordnet kan vi altså ikke påvise en direkte kausalitet, men man kan argumentere for, at vores afhandling har været med til at sætte fokus på faktorer, der synes at koble barndomstraumer med funktionelle lidelser, hvorfor et mere stressrelateret syn på lidelsen bør overvejes. Denne mere stressrelaterede forståelse af funktionelle lidelser kan potentielt bidrage til bedre at kunne målrette behandlingen heraf.

5.3 Psykologisk intervention af funktionelle lidelser

En del af afhandlingens problemformulering beskæftiger sig med at identificere den mest hensigtsmæssige psykologiske interventionsform til en patientgruppe med funktionelle lidelser, der har oplevet traumer i barndommen. Ydermere har ovenstående afsnit bidraget til en ny og anderledes måde at anskue funktionelle lidelser på; som en stresslidelse. Med denne nye viden og forståelse af funktionelle lidelser, finder vi det relevant at forholde os til, hvilken form for psykologisk intervention, der synes mest hensigtsmæssig i dette henseende.

Jævnfør vores litteraturreview og teoretiske del af afhandlingen fandt vi evidens for, at der både er styrker, men også begrænsninger ved brug af henholdsvis kognitive tilgange og psykodynamiske tilgange til denne patientgruppe. Således kan det diskuteres, hvilke aspekter af disse tilgange, der findes mest hensigtsmæssige at inddrage i den psykologiske intervention med denne patientgruppe, samt om en eventuel kombination synes mulig. Der er fundet høj forekomst af komorbiditet hos personer med funktionelle lidelser, særligt PTSD, depression og angst, der kan forstærke symptomperceptionen (Gardoki-Souto et al., 2022; Piontek et al., 2021a). Derfor synes de kognitive tilgange KAT og ACT brugbare, da der netop er fundet evidens for, at disse har en positiv effekt i behandlingsøjemed på disse psykiatriske lidelser (Kuyken & Tsivrikos, 2009; van Dis et al., 2020). Ydermere kan man argumentere for, at disse tilgange kan bidrage med en væsentlig styrke i interventionen, da de kan hjælpe patienten til at korrigere deres skærpede opmærksomhed væk fra symptomerne, eftersom de kan hjælpe patienten til både at bryde dysfunktionelle antagelser/leveregler og opnå defusion, således de kan hæmme uhensigtsmæssige, automatiske tanker og erstatte dem med hensigtsmæssige, alternative tanker. I og med at individet får brudt de uhensigtsmæssige tankemønstre, kan dette ligeledes føre til ændringer i samspillet mellem adfærd, kropslige reaktioner og følelser. Således kan man argumentere for, at ved at ændre det vedligeholdende aspekt af tankemønstrene, kan det potentielt bidrage til en reduktion i symptombilledet. Dog kan vi med udgangspunkt i afhandlingens fund argumentere for, at der er mangler indenfor KAT og ACT i forhold til behandling af denne patientgruppe. I forlængelse heraf, har vi netop fundet, at et fællestræk er, at personer med funktionelle lidelser tyder på at være kendetegnet af dysfunktionelle relationer, både hvad angår en frygt i forhold til at indgå i relationer, men også i forhold til at være afhængig af andre (se afsnit 5.1.3). I den forbindelse kan man argumentere for, at en begrænsning ved de kognitive terapiformer kan være, at det ofte er kortere forløb, eftersom denne patientgruppe kan være svær at opbygge en tryk og hensigtsmæssig terapeutisk alliance til på kort tid. I stedet kan det her synes mere fordelagtigt at benytte sig af psykoterapi, som har et større fokus på dette aspekt. Her kan man argumentere for, at aspekter fra de psykodynamiske terapiformer EAET og PIT ikke blot kan styrke alliancen mellem patient og terapeut, men at disse også kan hjælpe patienten med at styrke deres relationer til andre uden for terapien. Dette skyldes primært det særlige fokus på den terapeutiske alliance gennem hele interventionen, samt arbejdet med patientens dysfunktionelle relationer, som er en karakteri-

stisk problematik hos denne patientgruppe (se afsnit 5.1.3). Ved at fokusere på relationer og alliancen mellem patient og terapeut, kan terapien potentielt hjælpe patienten med at udvikle mere hensigtsmæssige relationer og en oplevelse af tryghed i disse uden for terapien.

Som det fremgår i afsnit 5.1.1, har vi yderligere fundet, at de teoretiske perspektiver understøtter, at det særligt er akkumulerede barndomstraumer, der ligger bag udviklingen af funktionelle lidelser. Med udgangspunkt i dette kan man argumentere for, at den psykologiske intervention bør rumme et aspekt, som fokuserer på bearbejdning af traumatiske oplevelser. Dette er ikke et aspekt, som de to kognitive tilgange inddrager i behandlingen, men er nærmere noget, som kan siges at gøre sig gældende for de psykodynamiske tilgange. Ved at lade sig inspirere af disse tilganges udforskning af bagvedliggende årsager, kan man som terapeut i samarbejde med patienten undersøge, om traumer fra patientens fortid kan bearbejdes og således være med til at mindske symptombilledet hos patienten. På den anden side kan man argumentere for, at man som terapeut dog skal være opmærksom på, om patienten er rustet til at kunne håndtere udfoldelsen af disse traumer. Dette eftersom der er fundet evidens for, at psykoterapi med fokus på bagvedliggende traumer kan have bivirkninger hos patienten i form af blandt andet retraumatisering under terapien (Rozental et al., 2016). Således kan man altså argumentere for, at selvom vi i afhandlingen har fundet evidens for bedring gennem dette fokus i terapien, skal et sådant fokus i den psykologiske intervention ske med påpasselighed og med en faglig vurdering af, om patienten egner sig til denne form for intervention. Ydermere fandt vi i afsnit 5.1.2, at denne patientgruppe tyder på at have problemer med hensigtsmæssig regulering af emotioner, hvorfor et 'genbesøg' af traumatiske hændelser kan opleves emotionelt overvældende for denne patientgruppe. Dog kan man i den forbindelse inddrage aspekter fra EAET til at hjælpe patienten med at udforske og håndtere disse emotioner; både emotioner i relation til deres barndomstraumer, men også i relation til deres lidelse og de symptomer, de oplever. Her kan man specifikt argumentere for inddragelse af EAET's tredje og fjerde kerneprincip, da disse, som beskrevet tidligere, har til hensigt at støtte og hjælpe patienten med at konfrontere og opleve ellers undgåede emotioner. Endvidere bidrager brugen af disse kerneprincipper til, at patienten sammen med terapeuten kan undersøge og koble de traumatiske erfaringer sammen med de relaterede emotioner, således at de får en dybere forståelse for ætiologien bag deres

funktionelle lidelse og de emotioner, som kan være forbundet med deres symptomer.

Eftersom vi gennem afhandlingen har fundet evidens for, at man potentielt kan forstå funktionelle lidelser som stresslidelser, kan man argumentere for, at brugen af psykoedukation i interventionen kan hjælpe denne patientgruppe. Som det tidligere er beskrevet, både i forbindelse med de kognitive - og psykodynamiske tilgange, kan psykoedukationen hjælpe patienten med at forstå årsagen bag deres lidelse og i bedste fald mindske deres symptombillede. Dette er med udgangspunkt i argumentet om, at viden om ens lidelse kan være med til mindske usikkerhed og frygt herom, således patientens bekymringer ikke er med til at forværre deres symptombillede. Psykoedukation er fundet behjælpelig i flere psykologiske interventioner, hvor der eksisterer en forklaring bag lidelsen (Mughairbi et al., 2020). Med udgangspunkt i dette, samt at vi finder evidens for at stressorer i barndommen kan være med til at forklare ætiologien bag funktionelle lidelser, kan man argumentere for, at psykoedukation om stresssystemets indvirkning på somatiske symptomer kan hjælpe patienten med at mindske usikkerheden omkring lidelsen og reducere opmærksomheden på symptomerne. Dette kan potentielt bidrage til en reduktion af symptomernes intensitet.

Med udgangspunkt i ovenstående kan de psykodynamiske tilgange bidrage med relevante aspekter i den psykologiske intervention i henhold til arbejdet med relationer, traumer og emotioner hos denne patientgruppe. Dog ses også vigtigheden i de kognitive tilgange i forhold til arbejdet med komorbiditet og til at hjælpe patienten til mere hensigtsmæssige tankemønstre og adfærd angående deres lidelse og tilhørende symptomer. Med udgangspunkt i ovenstående, og på baggrund af afhandlingens fund, vil vi således foreslå en psykologisk intervention til denne patientgruppe, som implementerer og integrerer aspekter fra begge tilgange og ikke blot gør brug af KAT eller ACT, som det foreslås af sundhedsstyrelsen. I den forbindelse kan man argumentere for, at terapeuten først og fremmest kan sætte tid af til psykoedukation, således patienten kan få en forståelse for mekanismerne bag sin lidelse. Dernæst kan særligt aspekter fra de kognitive tilgange anvendes til at bryde de uhensigtsmæssige tankemønstre og maladaptive copingstrategier, der kan siges at være vedligeholdende, men i visse tilfælde også forværrende for symptombilledet. Efterfølgende eller i kombination med ovenstående kan terapeuten i samarbejde med patienten anvende psykodynamiske redskaber til at udforske og forsøge at bearbejde bagvedliggende

traumatiske hændelser og undertrykte emotioner i patienten i et forsøg på at reducere de somatiske symptomer. Ydermere findes det ud fra ovenstående relevant, at terapeuten gennemgående har fokus på at skabe og opretholde en sikker alliance med patienten, eftersom denne patientgruppe tyder på at have vanskeligheder med relationer.

5.3.1 Stigmatisering af funktionelle lidelser i sundhedssystemet

For at afhandlingens fund kan findes brugbare og eventuelt implementeres i praksis, både hvad angår behandling, men også forståelsen af funktionelle lidelser, findes det relevant at diskutere, hvorledes lidelsen opfattes og diagnosticeres. Som det fremgår af afsnit 1.1.4, beskrives funktionelle lidelser som værende uden organisk eller anden psykiatrisk forklaring, hvilket strider imod afhandlingens fund, da vi argumenterer for, at det kan anskues som stresslidelser. Med udgangspunkt i dette, er der altså en uoverensstemmelse mellem vores fund og den almene beskrivelse og forståelse af funktionelle lidelser.

Eftersom funktionelle lidelser er præget af somatiske symptomer, samt at det er en patientgruppe, der tyder på at have problemer med identificering af emotioner, kan man forestille sig, at udredningen starter hos egen læge i det somatiske regi. Netop denne tendens beskrives af Sundhedsstyrelsen, og begrundes i, at man ofte skal igennem et utal af medicinske tests og undersøgelser i forskellige specialer som først skal udføres for at udelukke veldefinerede lidelser (Sundhedsstyrelsen, 2023). Dette beskrives som problematisk, eftersom patienten kan føle sig kastet rundt i et sundhedssystem, der er bygget op omkring en krop-sind-dualisme, hvor det somatiske regi er én del af sundhedssystemet, mens psykiatri udgør den anden del (Brostrøm, 2019; Kirkengen & Næss, 2023). Funktionelle lidelser bliver da givet til de patienter, som hverken passer ind i den somatiske eller psykiatriske 'kasse'. Man kan argumentere for, at dette er problematisk, eftersom vores afhandling tyder på, at funktionelle lidelser hverken alene er somatisk eller psykologisk forankret, men at der er et nuanceret samspil mellem disse, der forklarer lidelserne. Således tyder det på, at vi har en patientgruppe, der bliver misforstået og ikke passer ind i den allerede etablerede forståelse, som det vestlige sundhedssystem er bygget op omkring.

Med udgangspunkt i ovenstående kan man frygte, at misforståelsen af funktionelle lidelser kan være skadelig for de diagnosticerede patienter. Her kan man argumentere

for, at der allerede ved selve diagnosticeringen af patienten sker en stigmatisering, som yderligere kan udgøre en belastning for patienten. I kraft af at lidelserne gives, hvis der ikke findes belæg for en anden veldefineret diagnose, kan patienten opleve, at deres symptomer ikke betragtes som reelle. Ydermere kan man argumentere for, at selve terminologien omkring lidelserne er med til at stigmatisere og skabe skepsis omkring patienten. En spørgeskemaundersøgelse foretaget af organisationen Functional Neurological Disorder Hope International fra 2020 med 503 patienter med en funktionel lidelse, viser, at der eksisterer en inkonsistent terminologi omkring funktionelle lidelser. Organisationen havde selv inkluderet 18 forskellige termer til at beskrive funktionelle lidelser, hvor deltagerne skulle krydse af, hvis de før i behandlingen var blevet mødt med disse termer. Her blev alle 18 krydset af i undersøgelsen og yderligere 30 forskellige termer blev tilføjet af deltagerne under kategorien 'andre'. Blandt disse var termene hysteri og pseudo-lidelse, hvor man kan argumentere for, at begge termer ledsages af negative associationer; som symptomer der betragtes som indbildske eller overdrevne af patienten (Functional Neurological Disorder Hope International, 2020). Denne anvendelse af termer i sundhedsvæsenet er kritisabel, og man kan argumentere for, at den kan skabe et forvrænget syn på lidelserne - også i behandlingsøjemed. Et studie af O'Keeffe og kollegaer (2021) fandt signifikante forskelle mellem den oplevede behandling hos patienter med funktionelle lidelser og patienter med multipel sklerose. Patienterne med funktionelle lidelser rapporterede signifikant flere problemer under deres diagnosticering ($p = .003$), ringere relation med sundhedspersonalet ($p = .001$) og ringere mulighed for at få institutionel behandling og pleje ($p = .001$). Ydermere rapporterede de også en signifikant dårligere oplevelse af behandling på hospitalet ($p = .05$). Dette inkluderede, at de oplevede manglende respekt og værdighed fra personalet (O'Keeffe et al., 2021). Her kan argumenteres for, at ovenstående fund potentielt hænger sammen med manglende viden omkring funktionelle lidelser, samt at denne form for stigmatisering og behandling af patientgruppen er med til at give dem en yderligere byrde. Også studiet af Robson og Lian (2017) og studiet af Van Alboom og kollegaer (2021) fandt evidens for, at patienter med funktionelle lidelser bliver mere stigmatiseret af sundhedsvæsenet sammenholdt med patienter med organisk, veldefinerede lidelser. Særligt udtrykker patienterne med funktionelle lidelser, at de sidder tilbage med en følelse af skam og en oplevelse af, at sundhedspersonalet har ydmyget dem (Robson & Lian, 2017).

Med afsæt i ovenstående tyder det altså på, at en mere nuanceret forståelse af mulige forklaringer af ætiologien bag funktionelle lidelser er nødvendig for, at denne viden kan være med til at mindske stigmatisering, effektivisere udredningen og behandlingen af denne patientgruppe.

5.4 Diskussion af afhandlingens metodiske fremgangsmåde

Gennem afhandlingen har vi løbende forholdt os kritisk, herunder til vores valg af metode, studierne i vores litteraturreview samt vores teoretiske perspektiver. Ikke desto mindre er der aspekter, som ikke har været genstand for tilstrækkelig kritisk granskning, herunder vores metodiske fremgangsmåde, hvorfor dette vil blive diskuteret i følgende afsnit.

Metodisk har vi integreret et litteraturreview, der tager afsæt i metoden og afrapporteringen af resultater fra et scoping review, med en teoretisk analyse og diskussion. Ved at anvende denne tilgang i vores litteraturreview argumenterer vi for at have styrket vores evidensgrundlag, da sådanne tilgange er anerkendte for deres position i evidenshierarkiet (se afsnit 2.2.5.1). Dog er vi opmærksomme på visse begrænsninger, idet vores valg af søgeord og kriterier har dannet rammen for vores litteratursøgning, hvilket potentielt kan have resulteret i, at relevante studier ikke blev inkluderet i vores litteraturgennemgang. Særligt den terminologiske uklarhed omkring funktionelle lidelser kan have ført til, at visse relevante studier er blevet overset på trods af, at vi i forberedelsen til udarbejdelsen af relevante søgeord bestræbte os på at indramme og inkludere flest mulige alternative betegnelser til vores kernebegreber. En anden begrænsning kan ligge i, at vi i søgeprocessen kun valgte at inkludere to databaser i vores søgning, selvom der for systematiske tilgange til litteraturreviews anbefales at anvende mere end to databaser (Perestelo-Pérez, 2013). Dette valg begrundes i ønsket om yderligere at udføre en teoretisk analyse, hvorfor en tredje database blev fravalgt grundet den ressourcekrævende karakter af afhandlingen. Til gengæld kan man argumentere for, at en af styrkerne i vores screeningsproces er gruppestørrelsen på tre medlemmer, eftersom PRISMA-vejledningen anbefaler, at flere er involveret i screeningsarbejdet, da dette er med til at mindske bias og subjektivitet i udvælgelsesprocessen (Perestelo-Pérez, 2013).

På trods af begrænsningerne i vores fremgangsmåde, har litteraturreviewet tilladt os at undersøge og analysere de tematikker, der er relevante for besvarelsen af vores problemformulering. Vi har udforsket litteraturen omkring sammenhængen mellem funktionelle lidelser og barndomstraumer, hvilket har givet os mulighed for at identificere nye tråde og skabe et overblik over forskellige forståelser. Disse tematikker har dannet fundamentet for vores teoretiske analyse og givet os en klar retning i vores undersøgelse af problemformuleringen. Ved at lade tematikkerne fra litteraturreviewet guide vores teoretiske tilgang, har vi kunne dykke dybere ned i litteraturen og udforske forskellige teoretiske perspektiver og tilgange. Dette har ikke kun gjort det muligt for os at undersøge, *om* der eksisterer en sammenhæng mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser, men også at *forstå* denne sammenhæng dybere. Ved at integrere resultaterne fra litteraturreviewet i vores teoretiske analyse har vi kunne identificere fællestræk og mekanismer, der kan bidrage til at forklare den komplekse relation mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser.

Desuden har vores tilgang tilladt os at fokusere på at identificere og evaluere forskellige psykologiske interventioner, der kan være effektive i behandlingen af funktionelle lidelser som følge af barndomstraumer. Ved at kombinere vores forståelse af de underliggende mekanismer med viden om eksisterende psykologiske interventioner har vi kunne formulere anbefalinger til praksis, der er baseret på evidens samt en teoretisk forståelse.

5.5 Praktiske implikationer og fremtidig forskning

Afhandlings formål kan siges at være todelt, hvor vi først og fremmest har ønsket at undersøge, hvorledes barndomstraumer kan forstås i sammenhæng med senere udvikling af funktionelle lidelser, for dernæst yderligere at undersøge, hvilke psykologiske interventionsformer, der synes at være brugbare og evidensbaseret i henhold til denne patientgruppe. I afhandlingen har vi fundet evidens for, at der er en signifikant højere forekomst af barndomstraumer ved patienter med funktionelle lidelser sammenholdt med en rask kontrolgruppe. Med afsæt i vores teoretiske del af afhandlingen er vi nået frem til fire overordnede fællestræk, som synes både at gå igen på tværs af de fire teoretiske perspektiver, men også i forskningslitteraturen; graden af traumeeksponering, emotioner, dysfunktionelle relationer og skærpet opmærksomhed. Vi håber, at denne forståelse af mulige fællestræk, prædisponerende og vedlige-

holdende faktorer kan være med til at udviske den forvirring, der eksisterer på området. Ydermere kan forståelsen bidrage til at ændre det nuværende syn på lidelserne i sundhedsvæsenet, således man i praksis er mere åben over for tanken om, at stressorer og psykologiske processer kan manifestere sig som somatiske symptomer. Hvis man derfor er åben over for at forstå funktionelle lidelser som stresslidelser, da ville man kunne bruge denne forståelse allerede i udredningen og dermed potentielt screene for traumehistorik og stressrelaterede lidelser sideløbende med, at man udelukker veldefinerede lidelser. Desuden vil dette syn kunne bidrage til behandlingen heraf, eftersom man kan målrette interventionen efter denne forståelse.

Desuden har vi i afhandlingen fundet evidens for, at psykodynamiske metoder i interventionen er behjælpelige i behandlingen af funktionelle lidelser, da disse netop kan udforske og bearbejde traumatiske oplevelser, hvor man yderligere kan undersøge og arbejde med emotioner og dysfunktionelle relationer i samarbejde med patienten. Dette står dog i kontrast til de ellers anbefalede kognitive interventionsformer, KAT og ACT, som beskæftiger sig med ændring af tankemønstre og adfærd i relation til de vedligeholdende faktorer for at lindre symptombilledet og fremme accept af nuværende livsvilkår. På baggrund af afhandlingens fund og diskussion af interventionsformer til denne patientgruppe, anbefaler vi, at man i praksis forsøger at implementere en kombination af metoderne fra de kognitive - og psykodynamiske tilgange. Således at man i terapien både forsøger at arbejde med vedligeholdende faktorer såsom uhensigtsmæssige tankemønstre, skærpet opmærksomhed mod symptomer og de maladaptive copingstrategier, der påvirker patienten her-og-nu. Samtidig bør der lægges vægt på bearbejdning af tidligere traumatiske oplevelser, arbejde med dysfunktionelle interpersonelle mønstre samt en undersøgelse af overvældende emotioner og disses betydning for de somatiske symptomer, som patienten oplever. Da vi ikke har fundet forskning, der undersøger kombinationen af sådanne metoder i interventionen med denne patientgruppe, kræver det videre forskning og således undersøgelse af, om effekten af interventionen forbedres, når de kognitive tilgange kombineres med psykodynamiske metoder og adresserer de fællestræk, som denne afhandling har identificeret.

Ydermere har vi fundet evidens for, at psykoedukation synes at være gavnlig for denne patientgruppe, hvorfor vi håber, at afhandlingen har bidraget til en mere nuan-

ceret teoretisk og evidensbaseret viden, som terapeuten kan inddrage i interventionen. Særligt at terapeuten kan forstå og forklare lidelsen ud fra et helhedsorienteret syn, hvor der både lægges fokus på individuelle -, psykologiske -, biologiske - og sociale faktorer i forståelsen af funktionelle lidelser og det tilhørende somatiske symptombillede.

Med afsæt i ovenstående håber vi, at vores afhandling kan bidrage til en mere nuanceret forståelse af ætiologien bag funktionelle lidelser, således denne viden potentielt kan være med til at mindske stigmatisering og forvirring samt effektivisere udredningen og behandlingen af denne patientgruppe.

6.0 Konklusion

Funktionelle lidelser udgør en kompleks patientgruppe, som ofte mødes med en vis skepsis og misforståelse fra omverdenen grundet lidelsernes uforklarlige natur. Dette har bidraget til udformningen af afhandlingens problemformulering, hvor vi har ønsket at belyse den komplekse natur af funktionelle lidelser og interventionen heraf for at reducere misforståelser og stigmatisering af denne patientgruppe. Således har vi i afhandlingen været interesserede i at adressere, hvorledes man kan forstå funktionelle lidelser som en konsekvens af barndomstraumer, samt hvilke psykologiske interventionsformer, der findes evidens for at anvende i disse tilfælde.

Med afsæt i vores litteraturreview, har vi fundet en markant forekomst af alle typer af barndomstraumer ved individer med funktionelle lidelser. Herudover har de identificerede artikler i litteraturreviewet bidraget til at belyse, at det særligt tyder på at være omsorgspersonens rolle, bestemte personlighedstræk, dysreguleret kortisol, depression samt tidlige maladaptive skemata som synes at mediere forholdet mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser. Disse overordnede tematikker har dannet grundlaget for afhandlingens anden del, hvor vi gennem en teoretisk fremstilling har forsøgt at forstå hvordan disse tematikker, kan forklare forholdet mellem barndomstraumer og funktionelle lidelser. Den teoretiske fremstilling har taget udgangspunkt i følgende fire teoretiske perspektiver; tilknytningsteori, et biologisk-psykologisk perspektiv, trækteori samt Youngs skemateori. Tilknytningsteorien har bidraget med en forståelse af, hvordan en usikker tilknytning i barndommen har en betydning for individets senere udvikling, herunder internaliseringen af uhensigtsmæssige forståelser

af sig selv og andre. Det biologisk-psykologiske perspektiv har derimod været med til at belyse, hvordan kroppen, særligt stresssystemet, reagerer på længerevarende eksponering for stressorer tidligt i livet, og hvordan dette påvirker symptomproduktionen og symptomperceptionen ved patientgruppen. Trækteori har belyst, at det særligt er personlighedstrækkene høj neuroticisme, lav samvittighedsfuldhed, lav åbenhed, lav ekstroversion samt kognitiv aleksitymi, som karakteriserer individer med funktionelle lidelser. Derudover har Youngs skemateori bidraget med en forståelse af, at funktionelle lidelser kan forstås i forlængelse af, at uhensigtsmæssige internaliseringer kan lede til forskellige EMS, som medfører maladaptive copingstrategier, der guider individets adfærd.

De fire teoretiske perspektiver har komplementeret hinanden i besvarelsen af vores problemformulering, og har i samspil bidraget til fund af en række fællestræk for funktionelle lidelser. Første fællestræk er graden af traumeeksponering, hvor teorierne i samspil har været med til at belyse, at akkumulering af traumer medfører en overbelastning, der påvirker individets psykologiske, såvel som fysiologiske udvikling, og at dette således kan resultere i udviklingen af funktionelle lidelser. Derudover fandt vi et fællestræk omhandlende emotioner, hvor teorierne sammen har bidraget med en forståelse af, at individer med funktionelle lidelser kan siges at være karakteriseret ved vanskeligheder med at identificere, differentiere, håndtere og udtrykke emotioner. Symptomerne ved funktionelle lidelser kan således forstås som et udtryk for fejlfortolkning af kropslige sensationer, da de ikke evner at differentiere mellem emotionelle oplevelser og de tilhørende kropslige reaktioner. Derudover har vi fundet et fællestræk omkring dysfunktionelle relationer, hvor individer med funktionelle lidelser kan siges at være karakteriseret af dysfunktionelle interpersonelle mønstre. Disse tyder på at have en betydning for udviklingen af de somatiske symptomer, der ses ved funktionelle lidelser, hvor symptomerne tyder på at agere som et indre forsvar mod at opleve de smertefulde emotioner, der er opstået i relationen til omsorgspersonen. Sidste identificerede fællestræk er, at patientgruppen kan siges at have skærpet opmærksomhed mod kropslige fornemmelser og sygdomstegn. Dette fællestræk har belyst, at individet med funktionelle lidelser ofte er præget af en negativ og angstpræget tolkning af kropslige sensationer samt en søgning efter kropslige fornemmelser, som vi har fundet kan siges at intensivere symptomperceptionen. Med afsæt i afhandlingen har vi således fundet, at det ikke nødvendigvis er barndoms-

traumerne i sig selv, som leder til udviklingen af funktionelle lidelser, men nærmere et komplekst samspil mellem individuelle -, psykologiske -, biologiske - og sociale faktorer, der har en betydning for, hvordan traumer påvirker individet og således kan manifestere sig som funktionelle lidelser. I forlængelse af denne nye multifaktorielle forståelse af ætiologien bag funktionelle lidelser fandt vi i afhandlingen et overlap mellem funktionelle lidelser og stresslidelser, hvorfor vi i afhandlingen argumenterer for, at man bør overveje et mere stressrelateret syn på funktionelle lidelser, her både hvad angår selve forståelsen, men også behandlingen heraf.

I forhold til besvarelsen af problemformuleringens anden del, vedrørende psykologisk intervention af funktionelle lidelser som konsekvens af barndomstraumer, har vi ud fra litteraturreviewet fundet, at et fokus på interpersonelle relationer og håndtering af emotioner synes gavnligt i interventionen heraf, eftersom disse tyder på at være fælles vanskeligheder for denne patientgruppe. Dette er dog modstridende Sundhedsstyrelsen anbefalinger om brugen af kognitive terapiformer, hvorfor vi i afhandlingen har fundet en uoverensstemmelse mellem, hvad der gøres i praksis, og det vi i litteraturreviewet fandt evidens for. I forlængelse heraf har vi i afhandlingen således diskuteret nye anbefalinger til psykologisk intervention af denne patientgruppe. Vi anbefaler derfor at kombinere brugen af psykodynamiske tilgange med kognitive tilgange, hvor aspekter af kognitiv terapi særligt benyttes til behandling af komorbide lidelser, såsom angst og depression, da vi har fundet disse hyppigt forekommer ved individer med funktionelle lidelser. Ligeledes anbefaler vi brugen af kognitiv terapi til at bryde vedligeholdende aspekter for funktionelle lidelser, herunder dysfunktionelle tanke-mønstre såsom katastrofetanker. De psykodynamiske tilgange skal bidrage med at bearbejde de underliggende mekanismer, som vi i afhandlingen har fundet evidens for forekommer ved funktionelle lidelser. Ydermere, eftersom der tyder på at være en stressrelateret forklaring, kan der være fordele i at inddrage psykoedukation med fokus på læren om stresssystemet og de fællestræk, som synes at karakterisere funktionelle lidelser samt disses betydning for deres somatiske symptomer.

På baggrund af vores afhandling, konkluderer vi således, at man *kan* forstå funktionelle lidelser som en konsekvens af barndomstraumer. Dette skal dog forstås ud fra et komplekst samspil mellem individuelle -, psykologiske -, biologiske - og sociale faktorer. Desuden konkluderer vi, at funktionelle lidelser potentielt kan betragtes

som en stresslidelse, der har udviklet sig grundet disse akkumulerede stressorer og traumer i barndommen. Ud fra afhandlingen konkluderer vi yderligere, at psykologisk intervention af denne patientgruppe bør inddrage aspekter fra psykodynamiske tilgange og integrere disse med de allerede anbefalede interventionsformer. Vi håber således, at afhandlingens fund har bidraget med en mere nuanceret forståelse af ætiologien bag funktionelle lidelser samt intervention heraf, og at dette kan reducere misforståelser og skepsis over for denne patientgruppe. Vi foreslår dog, at det kræver videre forskning af afhandlingens anbefalinger vedrørende intervention heraf.

7.0 Pensumoppgørelse

Ainsworth, S. M. D., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. N. (2015). *Patterns of Attachment: Psychological Study of the Strange Situation* (pp. 1-26).

Psychology Press. [26 sider]

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychological Association. (2018a). *Case-control study*. In APA dictionary of psychology. Tilgået d. 22.05.2024, fra

<https://dictionary.apa.org/case-control-study> [1 side]

American Psychological Association. (2018b). *Emotion*. In APA dictionary of psychology. Tilgået d. 22.05.2024, fra <https://dictionary.apa.org/emotion> [1

side]

American Psychological Association. (2023). *Intervention*. In APA dictionary of psychology. Tilgået d. 06.03.2024, fra <https://dictionary.apa.org/intervention>

[1 side]

Aust, S., Härtwig, E. A., Heuser, I. & Bajbouj, M. (2013). The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 225–232. doi:10.1037/a0027314 [8 sider]

Bagby, M. R., Taylor, G. J. & Ryan, D. (1986). Toronto alexithymia scale: Relationship with personality and psychopathology measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(4), 207–215. doi:10.1159/000287950 [9 sider]

Barańczuk, U. (2019). The five factor model of personality and alexithymia: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 78, 227–248.

<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2018.12.005> [22 sider]

-
- Barkham, M., Guthrie, E., Hardy, G. E. & Margison, F. (2017). *Psychodynamic-Interpersonal Therapy: A Conversational Model* (pp. 2-14). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781526401830.n1> [13 sider]
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226> [19 sider]
- Berk, M. & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 787-794. doi: 10.1080/00048670903107559 [8 sider]
- Böhmelt, A. H., Nater, U. M., Franke, S., Hellhammer, D. H. & Ehlert, U. (2005). Basal and stimulated hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity in patients with functional gastrointestinal disorders and healthy controls. *Psychosomatic Medicine*, 67(2), 288–294. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000157064.72831.ba> [7 sider]
- Bortfeld, H. & Bunge, S. A. (2024). *Fundamentals of Developmental Cognitive Neuroscience* (pp. 114–154). Cambridge University Press. [40 sider]
- Boullier, M. & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health*, 28(3), 132-137. [6 sider]
- Bowlby, J. (1996). *At knytte og bryde nære bånd : tilknytning og tab, selvtillid og sorg*. (pp. 111-133). Det lille Forlag [23 sider]
- Bowlby, J. (2005). *A Secure Base*. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203440841> [229 sider]
- Boyle, G. J. (2008). Critique of the Five-Factor Model of Personality. In G. J. Boyle, G. Matthews & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE Handbook of Personality*
-

-
- Theory and Assessment* (pp. 295–312). SAGE Publications, Limited.
<https://doi.org/10.4135/9781849200462.n14> [18 sider]
- Brostrom, S. (2019). Improving care for patients with functional disorders in Denmark. *Journal of Psychosomatic Research*, 116, 22–24.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.11.003> [3 sider]
- Carr, A. (2016). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach* (3rd ed., pp. 36-65). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315744230> [30 sider]
- Ciccone, D. S., Elliott, D. K., Chandler, H. K., Nayak, S. & Raphael, K. G. (2005). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: A test of the trauma hypothesis. *The Clinical Journal of Pain*, 21(5), 378-386.
doi:10.1097/01.ajp.0000149796.08746.ea [10 sider]
- Colegrave, S., Holcombe, C. & Salmon, P. (2001). Psychological characteristics of women presenting with breast pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(6), 303–307. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00196-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00196-9) [5 sider]
- Coolican, H. (2019). *Research methods and statistics in psychology* (7. ed., pp. 249-266). Routledge [18 sider] [Genbrugte sider]
- Coppens, E., Van Wambeke, P., Morlion, B., Weltens, N., Giao Ly, H., Tack, J., Luyten, P. & Van Oudenhove, L. (2017). Prevalence and impact of childhood adversities and post-traumatic stress disorder in women with fibromyalgia and chronic widespread pain. *European Journal of Pain*, 21(9), 1582–1590.
<https://doi.org/10.1002/ejp.1059> [9 sider]
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 343–359. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.343> [17 sider]

-
- Creed, F., Guthrie, E., Ratcliffe, J., Fernandes, L., Rigby, C., Tomenson, B., Read, N. & Thompson, D. G. (2005). Does psychological treatment help only those patients with severe irritable bowel syndrome who also have a concurrent psychiatric disorder? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(9), 807–815. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2005.01686.x> [9 sider]
- Damasio, A. & Carvalho, G. B. (2013). The nature of feelings: Evolutionary and neurobiological origins. *Nature Reviews. Neuroscience*, 14(2), 143–152. <https://doi.org/10.1038/nrn3403> [10 sider]
- Danese, A. & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29–39. [11 sider]
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K. & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479–495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.003> [17 sider]
- de Kloet, C. S., Vermetten, E., Geuze, E., Kavelaars, A., Heijnen, C. J. & Westenberg, H. G. M. (2006). Assessment of HPA-axis function in posttraumatic stress disorder: Pharmacological and non-pharmacological challenge tests, a review. *Journal of Psychiatric Research*, 40(6), 550–567. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.08.002> [18 sider]
- De Roa, P., Paris, P., Poindessous, J. L., Maillet, O. & Héron, A. (2018). Subjective Experiences and Sensitivities in Women with Fibromyalgia: A Quantitative and Comparative Study. *Pain Research & Management*, 2018, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2018/8269564> [8 sider]
- Duncan, R., Mulder, R., Wilkinson, S. H. & Horwood, J. (2019). Medically Unexplained Symptoms and Antecedent Sexual Abuse: An Observational Study of a Birth Cohort. *Psychosomatic Medicine*, 81(7), 622–628. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000726> [7 sider]
-

-
- Ekanayake, V., Kranick, S., LaFaver, K., Naz, A., Frank Webb, A., LaFrance, W. C., Hallett, M. & Voon, V. (2017). Personality traits in psychogenic nonepileptic seizures (PNES) and psychogenic movement disorder (PMD): Neuroticism and perfectionism. *Journal of Psychosomatic Research*, 97, 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.03.018> [7 sider]
- Elliott, C. H. & Lassen, M. K. (1997). A Schema Polarity Model for Case Conceptualization, Intervention, and Research. *Clinical Psychology Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 12–28. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00095.x> [17 sider]
- Erkoreka, L., Zamalloa, I., Rodriguez, S., Muñoz, P., Mendizabal, I., Zamalloa, M. I., Arrue, A., Zumarraga, M. & Gonzalez-Torres, M. A. (2022). Attachment anxiety as mediator of the relationship between childhood trauma and personality dysfunction in borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 29(2), 501–511. <https://doi.org/10.1002/cpp.2640> [11 sider]
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8) [14 sider]
- Feliu-Soler, A., Montesinos, F., Gutiérrez-Martínez, O., Scott, W., McCracken, L. M. & Luciano, J. V. (2018). Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A narrative review. *Journal of Pain Research*, 11, 2145–2159. <https://doi.org/10.2147/JPR.S144631> [15 sider]
- Field, T. (1996). Attachment and separation in young children. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 541–561. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.541> [22 sider]
-

-
- Fink, P. & Rosendal, M. (2012). *Funktionelle lidelser - udredning og behandling*. Munksgaard [244 sider]
- Fink, P., Rosendal, M. & Olesen, F. (2005). Classification of Somatization and Functional Somatic Symptoms in Primary Care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(9), 772–781. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01682.x> [10 sider]
- Fink, P. & Schröder, A. (2010). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 415–426. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.02.004> [12 sider]
- Functional Neurological Disorder Hope International. (2020). *FND Hope Stigma Survey*. Tilgået d. 22.05.24, fra <https://fndhope.org/fnd-hope-research/> [3 sider]
- Funktionelle lidelser. (2022). *Behandling*. Tilgået d. 22.05.2024, fra <https://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser/behandling> [1 side]
- Funktionelle lidelser. (2023). *Om Funktionelle Lidelser*. Tilgået d. 22.05.2024, fra <https://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser> [1 side]
- Gardoki-Souto, I., Redolar-Ripoll, D., Fontana, M., Hogg, B., Castro, M. J., Blanch, J. M., Ojeda, F., Solanes, A., Radua, J., Valiente-Gómez, A., Cirici, R., Pérez, V., Amann, B. L. & Moreno-Alcázar, A. (2022). Prevalence and Characterization of Psychological Trauma in Patients with Fibromyalgia: A Cross-Sectional Study. *Pain Research and Management*, 2022, 1–16. <https://doi.org/10.1155/2022/2114451> [16 sider]
- Georgieva, S., Tomas, J. M. & Navarro-Pérez, J. J. (2021). Systematic review and critical appraisal of Childhood Trauma Questionnaire — Short Form (CTQ-SF). *Child Abuse & Neglect*, 120, 1-11 <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105223> [11 sider]
-

Gerhardt, C., Hamouda, K., Irorutola, F., Rose, M., Hinkelmann, K., Buchheim, A. & Senf-Beckenbach, P. (2021). Insecure and Unresolved/Disorganized Attachment in Patients With Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 62(4), 337–344. [8 sider]

Goldberg R. T. (1999). Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 21(1), 23–30.
<https://doi.org/10.1080/096382899298061> [8 sider]

Gonzalez, D., Bethencourt, M. A. & McCall, J.D. (2023). *Child Abuse and Neglect*. StatPearls Publishing. Tilgået d. 22.05.24, fra
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532311/> [5 sider]

Greenman, P. S., Renzi, A., Monaco, S., Luciani, F. & Di Trani, M. (2024). How Does Trauma Make You Sick? The Role of Attachment in Explaining Somatic Symptoms of Survivors of Childhood Trauma. *Healthcare*, 12(2), 1-16 <https://doi.org/10.3390/healthcare12020203> [16 sider]

Hannibal, K. E. & Bishop, M. D. (2014). Chronic stress, cortisol dysfunction, and pain: a psychoneuroendocrine rationale for stress management in pain rehabilitation. *Physical therapy*, 94(12), 1816–1825.
<https://doi.org/10.2522/ptj.20130597> [10 sider]

Hanson, J. L., Chung, M. K., Avants, B. B., Shirtcliff, E. A., Gee, J. C., Davidson, R. J. & Pollak, S. D. (2010). Early stress is associated with alterations in the orbitofrontal cortex: A tensor-based morphometry investigation of brain structure and behavioral risk. *The Journal of Neuroscience*, 30(22), 7466–7472. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0859-10.2010> [7 sider]

Häuser, W., Hausteiner-Wiehle, C., Henningsen, P., Brähler, E., Schmalbach, B. & Wolfe, F. (2020). Prevalence and overlap of somatic symptom disorder, bodily distress syndrome and fibromyalgia syndrome in the German general

population: A cross sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 133, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110111> [7 sider]

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006> [25 sider]

Heim C., Ehlert U. & Hellhammer D.H. (2000a). The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 25, 1-35. [35 sider]

Heim C., Ehlert U., , Hanker J. & Hellhammer, D. (1998). Abuse-Related Posttraumatic Stress Disorder and Alterations of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Women With Chronic Pelvic Pain. *Psychosomatic Medicine*, 60 (3), 309-318. [10 sider]

Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A. H. & Nemeroff, C. B. (2000b). Pituitary-Adrenal and Autonomic Responses to Stress in Women After Sexual and Physical Abuse in Childhood. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 284(5), 592–597. <https://doi.org/10.1001/jama.284.5.592> [6 sider]

Hellou, R., Häuser, W., Brenner, I., Buskila, D., Jacob, G., Elkayam, O., Aloush, V. & Ablin, J. N. (2017). Self-Reported Childhood Maltreatment and Traumatic Events among Israeli Patients Suffering from Fibromyalgia and Rheumatoid Arthritis. *Pain Research & Management*, 1–8.
<https://doi.org/10.1155/2017/3865249> [9 sider]

Henker, J., Keller, A., Reiss, N., Siepmann, M., Croy, I., & Weidner, K. (2019). Early maladaptive schemas in patients with somatoform disorders and somatization. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(4), 418–429.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2363> [12 sider]

-
- Heshmati, R. & Azmoodeh, S. (2017). Study of alexithymia trait based on Big-Five Personality Dimensions. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 5(3). 497-504. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2017.5.1642> [8 sider]
- Heshmati, R., Azmoodeh, S. & Caltabiano, M. L. (2021). Pathway Linking Different Types of Childhood Trauma to Somatic Symptoms in a Subclinical Sample of Female College Students: The Mediating Role of Experiential Avoidance. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(7), 497–504. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001323> [8 sider]
- Hesse, E. & Main, M. (2000). Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Col- lapse in Behavioral and Attentional Strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097–1127. <https://doi.org/10.1177/00030651000480041101> [31 sider]
- Holm, H., H. (2011). *Danske børn kommer tidligst i institution*. Danmarks Statistik. Tilgået d. 20.04.2024, fra <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/bagtal/2011/2011-11-21-daginstitutioner> [5 sider]
- Hu, Y., Moore, M., Bertels, Z., Phan, K. L., Dolcos, F. & Dolcos, S. (2020). Smaller amygdala volume and increased neuroticism predict anxiety symptoms in healthy subjects: A volumetric approach using manual tracing. *Neuropsychologia*, 145, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.11.008> [11 sider]
- Hunt, J. (2024). Holistic or harmful? Examining socio-structural factors in the biopsychosocial model of chronic illness, “medically unexplained symptoms” and disability. *Disability & Society*, 39(4), 1032–1061. <https://doi.org/10.1080/09687599.2022.2099250> [30 sider]
- Jedd, K., Hunt, R. H., Cicchetti, D., Hunt, E., Cowell, R. A., Rogosch, F. A., Toth, S. L. & Thomas, K. M. (2015). Long-term consequences of childhood maltreatment: Altered amygdala functional connectivity. *Development and*

psychopathology, 27(4), 1577–1589.

<https://doi.org/10.1017/S0954579415000954> [13 sider]

John, O. P. & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (Vol. 2, pp. 102–138). New York: Guilford Press. [37 sider]

Juster, R. P., McEwen, B. S. & Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 35(1), 2–16.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.002> [15 sider]

Juster, R. P., Russell, J. J., Almeida, D. & Picard, M. (2016). Allostatic load and comorbidities: A mitochondrial, epigenetic, and evolutionary perspective. *Development and Psychopathology*, 28(4), 1117–1146.

<https://doi.org/10.1017/S0954579416000730> [30 sider]

Kangas, M. & McDonald, S. (2011). Is it time to act? The potential of acceptance and commitment therapy for psychological problems following acquired brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21(2), 250–276.

<https://doi.org/10.1080/09602011.2010.540920> [27 sider]

Kaplan, M. J., Dwivedi, A. K., Privitera, M. D., Isaacs, K., Hughes, C., & Bowman, M. (2013). Comparisons of childhood trauma, alexithymia, and defensive styles in patients with psychogenic non-epileptic seizures vs. epilepsy: Implications for the etiology of conversion disorder. *Journal of psychosomatic research*, 75(2), 142–146.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.06.005> [5 sider]

Karatzias, T., Howard, R., Power, K., Socherel, F., Heath, C. & Livingstone, A. (2017). Organic vs. functional neurological disorders: The role of childhood psychological trauma. *Child Abuse & Neglect*, 63, 1–6.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.011> [6 sider]

-
- Kaya, Y. & Aydin, A. (2021). The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between attachment and mental health symptoms of university students. *Journal of Adult Development*, 28(1), 15–24. <https://doi.org/10.1007/s10804-020-09352-2> [10 sider]
- Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2023). *Hvordan krænkede børn bliver syge voksne*. Samfundslitteratur [297 sider]
- Kovács-Tóth, B., Oláh, B., Kuritárné Szabó, I. & Fekete, Z. (2023). Psychometric properties of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire 10 item version (ACE-10) among Hungarian adolescents. *Frontiers in psychology*, 14, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1161620> [11 sider]
- Krámská, L., Hrešková, L., Krámský, D., & Vojtěch, Z. (2022). Attachment style of patients diagnosed with psychogenic non-epileptic seizures at a tertiary Epilepsy Center in the Czech Republic. *Frontiers in psychiatry*, 13, 1065201. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1065201> [9 sider]
- Krohner, S., Town, J., Cannoy, C. N., Schubiner, H., Rapport, L. J., Grekin, E. & Lumley, M. A. (2024). Emotion-focused Psychodynamic Interview for People with Chronic Musculoskeletal Pain and Childhood Adversity: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Pain*, 25(1), 39–52. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.07.017> [14 sider]
- Krupnik, V. (2019). Trauma or adversity? *Traumatology*, 25(4), 256–261. <https://doi.org/10.1037/trm0000169> [6 sider]
- Kuyken, W. & Tsivrikos, D. (2009). Therapist Competence, Comorbidity and Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(1), 42–48. <https://doi.org/10.1159/000172619> [7 sider]
- Levi, O., Bar-Haim, Y., Kreiss, Y. & Fruchter, E. (2015). Cognitive behavioural therapy and psychodynamic psychotherapy in the treatment of combat-related

post-traumatic stress disorder: A comparative effectiveness study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 298–307. doi: 10.1002/cpp.1969. [10 sider]

Lin, H. C., Yang, Y., Elliott, L., & Green, E. (2020). Individual differences in attachment anxiety shape the association between adverse childhood experiences and adult somatic symptoms. *Child abuse & neglect*, 101, 104325, 1-10, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104325> [10 sider]

Linden, M. (2013). How to Define, Find and Classify Side Effects in Psychotherapy: From Unwanted Events to Adverse Treatment Reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(4), 286–296. <https://doi.org/10.1002/cpp.1765> [11 sider]

López-López, A., Pachó, J. C., González, J. L., Muñoz, I. J. & Matías Pompa, B. (2023). Early Maladaptive Schemas as a Risk Factor for Fibromyalgia: A Case-Control Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1-10. <https://dx.doi.org/10.1037/tra0001441> [11 sider]

López-Martínez, A. E., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Gómez-Pérez, L., Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2018). Physical Health Consequences of Interpersonal Trauma: A Systematic Review of the Role of Psychological Variables. *Trauma, Violence & Abuse*, 19(3), 305–322. <https://doi.org/10.1177/1524838016659488> [18 sider]

Lovis-Schmidt, A., Schilling, J., Pudschun, C. & Rindermann, H. (2022). Adverse childhood experiences and physical diseases in adulthood: A summary of meta-analyses. *Traumatology*, 1-15. <https://doi.org/10.1037/trm0000412> [15 sider]

Lumley, M. A. & Schubiner, H. (2019). Emotional Awareness and Expression Therapy for Chronic Pain: Rationale, Principles and Techniques, Evidence, and Critical Review. *Current rheumatology reports*, 21(7), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11926-019-0829-6> [8 sider]

-
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Stout, R. L., Neely, L. C., Sander, L. M. & Burger, A. J. (2008). An emotional exposure-based treatment of traumatic stress for people with chronic pain: Preliminary results for fibromyalgia syndrome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 165–172. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.165> [8 sider]
- Lumley, M. A., Schubiner, H., Lockhart, N. A., Kidwell, K. M., Harte, S. E., Clauw, D. J. & Williams, D. A. (2017). Emotional awareness and expression therapy, cognitive behavioral therapy, and education for fibromyalgia: a cluster-randomized controlled trial. *Pain*, 158(12), 2354–2363. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001036> [10 sider]
- Margison, F. R. (2002). Psychodynamic-interpersonal psychotherapy. In J. Holmes and A. Bateman (Eds.), *Integration in Psychotherapy: Models and Methods* (pp. 107–24). Oxford University Press. [18 sider]
- McAdams, D. P. (1992). The five-factor model in personality: a critical appraisal. *Journal of personality*, 60(2), 329–361. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00976.x> [33 sider]
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. In J. S. Wiggins (Eds.), *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives* (pp. 51–87). Guilford Press [36 sider]
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1999). A Five-Factor theory of personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2.ed., pp. 139–153). Guilford Press. [15 sider]
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (2008). Empirical and Theoretical Status of the Five-Factor Model of Personality Traits. In Boyle, G. J., Matthews, G. & Saklofske, D. H., (Eds.), *The SAGE Handbook of Personality Theory and*

Assessment (pp. 273–294). SAGE Publications, Limited.

<https://doi.org/10.4135/9781849200462.n13> [22 sider]

McEwen, B. S. & Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of internal medicine*, 153(18), 2093–2101. [9 sider]

McEwen, B. S. (1998). Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840(1), 33–44.

<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x> [11 sider]

McEwen, B. S. (2000). Allostasis and allostatic load: Implications for neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*, 22(2), 108-124. [17 sider]

McHugh, L. & Egan, J. (2023). Psychological and somatic manifestations of dissociation: The role of childhood trauma, attachment, and alexithymia. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 1-7.

<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2023.100316> [7 sider]

McLaughlin, K. A. & Lambert, H. K. (2017). Child Trauma Exposure and Psychopathology: Mechanisms of Risk and Resilience. *Current opinion in psychology*, 14, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.10.004> [5 sider]

Møller, L., Bach, B., Augsburger, M., Elklit, A., Søgaard, U. & Simonsen, E. (2021). Structure of ICD-11 complex PTSD and relationship with psychoform and somatoform dissociation. *European Journal of Trauma & Dissociation* 5(3), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100233> [9 sider]

Mughairbi, F. A., Abdulaziz Alnajjar, A. & Hamid, A. (2020). Effects of Psychoeducation and Stress Coping Techniques on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Psychological Reports*, 123(3), 710–724. <https://doi.org/10.1177/0033294118825101> [15 sider]

-
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1). 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x> [7 sider]
- Nelson, S., Baldwin, N. & Taylor, J. (2012). Mental health problems and medically unexplained physical symptoms in adult survivors of childhood sexual abuse: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 211–220 [10 sider]
- O’Keeffe, S., Chowdhury, I., Sinanaj, A., Ewang, I., Blain, C., Teodoro, T., Edwards, M. & Yogarajah, M. (2021). A Service Evaluation of the Experiences of Patients With Functional Neurological Disorders Within the NHS. *Frontiers in Neurology*, 12, 656466–656466. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.656466> [1 side]
- Pandis, N. (2011). The evidence pyramid and introduction to randomized controlled trials. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 140(3), 446-447. doi:10.1016/j.ajodo.2011.04.016 [2 sider]
- Paredes-Echeverri, S., Guthrie, A. J. & Perez, D. L. (2022). Toward a possible trauma subtype of functional neurological disorder: Impact on symptom severity and physical health. *Frontiers in Psychiatry*, 13,. 255-262. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1040911> [8 sider]
- Pedersen, H., Frostholm, L., Søndergaard Jensen, J., Ørnbøl, E. & Schröder, A. (2016). Neuroticism and maladaptive coping in patients with functional somatic syndromes. *British Journal of Health Psychology*, 21(4), 917–936. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12206> [20 sider]
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 49–57. [9 sider]
-

Petersen, M. W., Carstensen, T. B. W., Wellnitz, K. B., Ørnbøl, E., Frostholm, L., Dantoft, T. M., Jørgensen, T., Eplov, L. F. & Fink, P. (2024). Neuroticism, perceived stress, adverse life events and self-efficacy as predictors of the development of functional somatic disorders: longitudinal population-based study (DanFunD). *BJPsych Open*, 10(1), 1-7.
<https://doi.org/10.1192/bjo.2023.644> [7 sider]

Weinreich Petersen, M., Wisbech Carstensen, T. B., Frostholm, L., Bro Wellnitz, K., Ørnbøl, E., Tandrup Lamm, T., Meinertz Dantoft, T., Falgaard Eplov, L., Jørgensen, T. & Fink, P. (2022). Neuroticism and adverse life events are important determinants in functional somatic disorders: the DanFunD study. *Scientific Reports*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-24213-6> [10 sider]

Pinquart, M., Feußner, C. & Ahnert, L. (2013). Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attachment & Human Development*, 15(2), 189–218.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2013.746257> [30 sider]

Piontek, K., Apfelbacher, C., Ketels, G., Brünahl, C. & Löwe, B. (2021). Depression Partially Mediates the Association of Adverse Childhood Experiences with Pain Intensity in Patients with Chronic Pelvic Pain Syndrome: Results from a Cross-Sectional Patient Survey. *Pain Medicine*, 22(5), 1174–1184.
<https://doi.org/10.1093/pm/pnaa325> [11 sider]

Piontek, K., Wiesmann, U., Apfelbacher, C., Völzke, H. & Grabe, H. J. (2021). The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. *Child abuse & neglect*, 120, 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105226> [11 sider]

-
- Poulsen, S. & Simonsen, E. (2017). Psykiatrisk og klinisk psykologisk assessment. In B. Møhl & E. Simonsen (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2.ed., pp. 165–189). Hans Reitzel [25 sider] [Genbrugt]
- APA PsycInfo. (2024). American Psychological Association. [1 side]
- PubMed. (2024). National Library of Medicine. [1 side]
- Reilly, J., Baker, G. A., Rhodes, J. & Salmon, P. (1999). The association of sexual and physical abuse with somatization: characteristics of patients presenting with irritable bowel syndrome and non-epileptic attack disorder. *Psychological Medicine*, 29(2), 399–406.
<https://doi.org/10.1017/S0033291798007892> [8 sider]
- Reuber, M., Howlett, S., Khan, A. & Grünewald, R. A. (2007). Non-Epileptic Seizures and Other Functional Neurological Symptoms: Predisposing, Precipitating, and Perpetuating Factors. *Psychosomatics (Washington, D.C.)*, 48(3), 230–238. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.3.230> [9 sider]
- Rief W., Shaw, R. & Fichter, M. M. (1998). Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 60, 198-203. <https://doi.org/10.1097/00006842-199803000-00016> [6 sider]
- Riem, M. M. E., Doedée, E. N. E. M., Broekhuizen-Dijksman, S. C. & Beijer, E. (2018). Attachment and medically unexplained somatic symptoms: The role of mentalization. *Psychiatry research*, 268, 108–113.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.056> [6 sider]
- Robson, C. & Lian, O. S. (2017). “Blaming, shaming, humiliation”: Stigmatising medical interactions among people with non-epileptic seizures. *Wellcome Open Research*, 2, 1-30. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.12133.1> [30 sider]
-

-
- Roelofs, K. & Spinhoven, P. (2007). Trauma and medically unexplained symptoms. Towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 798–820.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.004> [23 sider]
- Romeo, A., Benfante, A., Geminiani, G. C., & Castelli, L. (2022). Personality, defense mechanisms and psychological distress in women with fibromyalgia. *Behavioral Sciences*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.3390/bs12010010> [12 sider]
- Rosenberg N. K., Mørch, M. M. & Arendt, M. (2012). *Kognitiv adfærdsterapi – teori og metoder* (pp. 23-52). Hans Reitzels Forlag. [30 sider] [Genbrugt pensum]
- Röttger-Rössler, B. (2014). Bonding and belonging beyond WEIRD worlds: Rethinking attachment theory on the basis of cross-cultural anthropological data. In H. Otto & H. Keller (Eds.), *Different faces of attachment: Cultural variations on a universal human need* (pp. 141–168). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139226684.009> [28 sider] [Genbrugt pensum]
- Rozenal, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G. & Carlbring, P. (2016). Negative effects of psychological treatments: An exploratory factor analysis of the negative effects questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events. *PloS One*, 11(6), 1–22.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157503> [22 sider]
- Saariaho, A. S., Saariaho, T. H., Mattila, A. K., Karukivi, M. & Joukamaa, M. I. (2015). Alexithymia and Early Maladaptive Schemas in chronic pain patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 428–437. doi: 10.1111/sjop.12226 [10 sider]
- Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I. & Joukamaa, M. (2012). Early maladaptive schema factors, pain intensity, depressiveness and pain disability: an analysis
-

of biopsychosocial models of pain. *Disability and Rehabilitation*, 34(14), 1192–1201. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.638031> [10 sider]

SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. (pp. 2-20). SAMHSA [19 sider]

Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B. & Gray, S. H. (2008). Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: A review of the empirical treatment and psychopathology literature. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71, 13–34. <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.1.13> [22 sider]

Schrepf, A., Naliboff, B., Williams, D. A., Stephens-Shields, A. J., Landis, J. R., Gupta, A., Mayer, E., Rodriguez, L. V., Lai, H., Luo, Y., Bradley, C., Kreder, K. & Lutgendorf, S. K. (2018). Adverse Childhood Experiences and Symptoms of Urologic Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain Research Network Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(10), 865–877. <https://doi.org/10.1093/abm/kax060> [13 sider]

Seto, A., Han, X., Price, L. L., Harvey, W. F., Bannuru, R. R. & Wang, C. (2019). The role of personality in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 38(1), 149–157. <https://doi.org/10.1007/s10067-018-4316-7> [9 sider]

Sheffler, J. L., Stanley, I. & Sachs-Ericsson, N. (2020). ACEs and mental health outcomes. In G. J. G. Asmundson & T. O. Afifi (Eds.), *Adverse Childhood Experience: using evidence to advance research, practice, policy and prevention* (pp. 47-69) American Press. [23 sider]

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 22(2), 255-262. doi: 10.1159/000286529. PMID: 4770536. [8 sider]

-
- Simonsen, E. (2017). Psykiatrisk klassifikation. In B. Møhl & E. Simonsen (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2.ed., pp. 205–220). Hans Reitzel Forlag. [16 sider]
[Genbrugt]
- Skjernov, M. & Møhl, B. (2017). Somatoforme og relaterede tilstande. In B. Møhl & E. Simonsen (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2.ed., pp. 499–520). Hans Reitzel Forlag. [22 sider] [Genbrugt]
- Slater, R. (2007). Attachment: Theoretical development and critique. *Educational Psychology in Practice*, 23(3), 205–219.
<https://doi.org/10.1080/02667360701507285> [15 sider]
- Soto, C. J. & John, O. P. (2012). Development of Big Five Domains and Facets in Adulthood: Mean-Level Age Trends and Broadly Versus Narrowly Acting Mechanisms. *Journal of Personality*, 80(4), 881–914.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2011.00752.x> [34 sider]
- Southwick, S. M., Sippel, L., Krystal, J., Charney, D., Mayes, L. & Pietrzak, R. (2016). Why are some individuals more resilient than others: the role of social support. *World Psychiatry*, 15(1), 77–79.
<https://doi.org/10.1002/wps.20282> [3 sider]
- Sterling, P. & Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629–649). John Wiley & Sons. [21 sider]
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Funktionelle lidelser - anbefalinger til udredning, behandling, rehabilitering og afstigmatisering*. Sundhedsstyrelsen i Danmark [47 sider]
- Tak, L. M. & Rosmalen, J. G. (2010). Dysfunction of stress responsive systems as a risk factor for functional somatic syndromes. *Journal of psychosomatic research*, 68(5), 461–468. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.12.004> [8 sider]
-

Thakur, E. R., Holmes, H. J., Lockhart, N. A., Carty, J. N., Ziadni, M. S., Doherty, H. K., Lackner, J. M., Schubiner, H. & Lumley, M. A. (2017). Emotional awareness and expression training improves irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Neurogastroenterology and Motility*, 29(12). 1-9. <https://doi.org/10.1111/nmo.13143> [9 sider]

The National Child Traumatic Stress Network (2024). *About Child Trauma*. Tilgået d. 26.03.24, fra <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/about-child-trauma> [3 sider]

Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: a five-factor model perspective. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(4), 373–380. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.03.009> [8 sider]

Thomson-Link, S. (2023). *Complex Trauma Regulation in Children: A Body-Based Attachment Approach* (pp. 2-20). Springer International Publishing AG [19 sider]

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., Godfrey, C. M., Macdonald, M. T., Langlois, E. V., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, Ö & Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850> [7 sider]

Tsaousis, I., Mascha, K. & Giovazolias, T. (2012). Can parental bonding be assessed in children? factor structure and factorial invariance of the parental bonding instrument (PBI) between adults and children. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(2), 238-53. doi:<https://doi.org/10.1007/s10578-011-0260-3> [26 sider]

-
- Turecki, G. (2014). The molecular bases of the suicidal brain. *Nature Reviews. Neuroscience*, 15(12), 802–816. <https://doi.org/10.1038/nrn3839> [15 sider]
- Usher, S. Fels. (2013). *Introduction to psychodynamic psychotherapy technique* (2.ed., pp. ix-xii, kap 1, pp. 1-23). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203468555> [27 sider]
- Van Alboom, M., De Ruddere, L., Kindt, S., Loeys, T., Van Ryckeghem, D., Bracke, P., Mittinty, M. M. & Goubert, L. (2021). Well-being and Perceived Stigma in Individuals with Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia: A Daily Diary Study. *The Clinical Journal of Pain*, 37(5), 349–358. doi: 10.1097/AJP.0000000000000929 [10 sider]
- van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P. & Engelhard, I. M. (2020). Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265–273. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986> [9 sider]
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y. & Bögels, S. (2010). Maladaptive Schemas and Psychopathology in Adolescence: On the Utility of Young's Schema Theory in Youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 316–332. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9283-5> [17 sider]
- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J. & Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 129–135. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4> [7 sider]
- Waller, E. & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 13–24. doi:10.1080/09540260500466774. [12 sider]
-

-
- Wamser-Nanney, R. & Cherry, K. E. (2018). Children's trauma-related symptoms following complex trauma exposure: Evidence of gender differences. *Child Abuse & Neglect*, 77, 188–197. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.009> [10 sider]
- Weissbecker, I., Floyd, A., Dedert, E., Salmon, P. & Sephton, S. (2006). Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 31(3), 312–324. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.08.009> [13 sider]
- Weissman, D. G., Lambert, H. K., Rodman, A. M., Peverill, M., Sheridan, M. A. & McLaughlin, K. A. (2020). Reduced hippocampal and amygdala volume as a mechanism underlying stress sensitization to depression following childhood trauma. *Depression and anxiety*, 37(9), 916–925. <https://doi.org/10.1002/da.23062> [10 sider]
- World Health Organization (WHO). (1994). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2022). *The ICD-11 classification of mental and behavioral disorders*. World Health Organization.
- Wright, L. A., Roberts, N. P., Lewis, C., Simon, N., Hyland, P., Ho, G. W. K., McElroy, E. & Bisson, J. I. (2021). High prevalence of somatisation in ICD-11 complex PTSD: A cross sectional cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 148, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110574> [6 sider]
- Yarns, B. C., Lumley, M. A., Cassidy, J. T., Steers, W. N., Osato, S., Schubiner, H. & Sultzer, D. L. (2020). Emotional Awareness and Expression Therapy Achieves Greater Pain Reduction than Cognitive Behavioral Therapy in Older Adults with Chronic Musculoskeletal Pain: A Preliminary Randomized Comparison Trial. *Pain Medicine*, 21(11), 2811–2822. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa145> [12 sider]
-

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. (pp. 1-62). Guilford Press [62 sider]

Zarpour, S. & Besharat, M. A. (2011). Comparison of personality characteristics of individuals with irritable bowel syndrome and healthy individuals. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 84–88.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.017> [5 sider]

Zhu, L. J., Liu, M. Y., Li, H., Liu, X., Chen, C., Han, Z., Wu, H. Y., Jing, X., Zhou, H. H., Suh, H., Zhu, D. Y., & Zhou, Q. G. (2014). The different roles of glucocorticoids in the hippocampus and hypothalamus in chronic stress-induced HPA axis hyperactivity. *PloS one*, 9(5), 1-14.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097689> [14 sider]

8.0 Referenceliste

Ainsworth, S. M. D., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. N. (2015). *Patterns of Attachment: Psychological Study of the Strange Situation* (pp. 1-26). Psychology Press. [26 sider]

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychological Association. (2018a). *Case-control study*. In APA dictionary of psychology. Tilgæt d. 22.05.2024, fra
<https://dictionary.apa.org/case-control-study> [1 side]

American Psychological Association. (2018b). *Emotion*. In APA dictionary of psychology. Tilgæt d. 22.05.2024, fra <https://dictionary.apa.org/emotion> [1 side]

-
- American Psychological Association. (2023). *Intervention*. In APA dictionary of psychology. Tilgået d. 06.03.2024, fra <https://dictionary.apa.org/intervention> [1 side]
- Aust, S., Härtwig, E. A., Heuser, I. & Bajbouj, M. (2013). The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 225–232. doi:10.1037/a0027314 [8 sider]
- Bagby, M. R., Taylor, G. J. & Ryan, D. (1986). Toronto alexithymia scale: Relationship with personality and psychopathology measures. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(4), 207–215. doi:10.1159/000287950 [9 sider]
- Barańczuk, U. (2019). The five factor model of personality and alexithymia: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 78, 227–248. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2018.12.005> [22 sider]
- Barkham, M., Guthrie, E., Hardy, G. E. & Margison, F. (2017). *Psychodynamic-Interpersonal Therapy: A Conversational Model* (pp. 2-14). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781526401830.n1> [13 sider]
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226> [19 sider]
- Berk, M. & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 787-794. doi: 10.1080/00048670903107559 [8 sider]
- Böhmelt, A. H., Nater, U. M., Franke, S., Hellhammer, D. H. & Ehlert, U. (2005). Basal and stimulated hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity in patients with functional gastrointestinal disorders and healthy controls. *Psychosomatic Medicine*, 67(2), 288–294. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000157064.72831.ba> [7 sider]
-

-
- Bortfeld, H. & Bunge, S. A. (2024). *Fundamentals of Developmental Cognitive Neuroscience* (pp. 114–154). Cambridge University Press. [40 sider]
- Boullier, M. & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health*, 28(3), 132-137. [6 sider]
- Bowlby, J. (1996). *At knytte og bryde nære bånd : tilknytning og tab, selvtillid og sorg*. (pp. 111-133). Det lille Forlag [23 sider]
- Bowlby, J. (2005). *A Secure Base*. Taylor and Francis.
<https://doi.org/10.4324/9780203440841> [229 sider]
- Boyle, G. J. (2008). Critique of the Five-Factor Model of Personality. In G. J. Boyle, G. Matthews & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE Handbook of Personality Theory and Assessment* (pp. 295–312). SAGE Publications, Limited.
<https://doi.org/10.4135/9781849200462.n14> [18 sider]
- Brostrom, S. (2019). Improving care for patients with functional disorders in Denmark. *Journal of Psychosomatic Research*, 116, 22–24.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.11.003> [3 sider]
- Carr, A. (2016). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach* (3rd ed., pp. 36-65). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315744230> [30 sider]
- Chitkara, D. K., van Tilburg, M. A. L., Blois-Martin, N. & Whitehead, W. E. (2008). Early life risk factors that contribute to irritable bowel syndrome in adults: a systematic review. *Am J Gastroenterol*, 103(3), 1-13. doi:10.1111/j.1572-0241.2007.01722.x [13 sider]
- Ciccone, D. S., Elliott, D. K., Chandler, H. K., Nayak, S. & Raphael, K. G. (2005). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: A test of

the trauma hypothesis. *The Clinical Journal of Pain*, 21(5), 378-386.
doi:10.1097/01.ajp.0000149796.08746.ea [10 sider]

Colegrave, S., Holcombe, C. & Salmon, P. (2001). Psychological characteristics of women presenting with breast pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(6), 303–307. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00196-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00196-9) [5 sider]

Coolican, H. (2019). *Research methods and statistics in psychology* (7. ed., pp. 249-266). Routledge [18 sider] [Genbrugte sider]

Coppens, E., Van Wambeke, P., Morlion, B., Weltens, N., Giau Ly, H., Tack, J., Luyten, P. & Van Oudenhove, L. (2017). Prevalence and impact of childhood adversities and post-traumatic stress disorder in women with fibromyalgia and chronic widespread pain. *European Journal of Pain*, 21(9), 1582–1590. <https://doi.org/10.1002/ejp.1059> [9 sider]

Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 343–359. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.343> [17 sider]

Creed, F., Guthrie, E., Ratcliffe, J., Fernandes, L., Rigby, C., Tomenson, B., Read, N. & Thompson, D. G. (2005). Does psychological treatment help only those patients with severe irritable bowel syndrome who also have a concurrent psychiatric disorder? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(9), 807–815. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2005.01686.x> [9 sider]

Damasio, A. & Carvalho, G. B. (2013). The nature of feelings: Evolutionary and neurobiological origins. *Nature Reviews. Neuroscience*, 14(2), 143–152. <https://doi.org/10.1038/nrn3403> [10 sider]

Danese, A. & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29–39. [11 sider]

-
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K. & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479–495.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.003> [17 sider]
- de Kloet, C. S., Vermetten, E., Geuze, E., Kavelaars, A., Heijnen, C. J. & Westenberg, H. G. M. (2006). Assessment of HPA-axis function in posttraumatic stress disorder: Pharmacological and non-pharmacological challenge tests, a review. *Journal of Psychiatric Research*, 40(6), 550–567.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.08.002> [18 sider]
- De Roa, P., Paris, P., Poindessous, J. L., Maillet, O. & Héron, A. (2018). Subjective Experiences and Sensitivities in Women with Fibromyalgia: A Quantitative and Comparative Study. *Pain Research & Management*, 2018, 1–8.
<https://doi.org/10.1155/2018/8269564> [8 sider]
- Duncan, R., Mulder, R., Wilkinson, S. H. & Horwood, J. (2019). Medically Unexplained Symptoms and Antecedent Sexual Abuse: An Observational Study of a Birth Cohort. *Psychosomatic Medicine*, 81(7), 622–628.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000726> [7 sider]
- Eilers, H., Aan Het Rot, M. & Jeronimus, B. F. (2023). Childhood Trauma and Adult Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 85(5), 408–416.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001208> [17 sider]
- Ekanayake, V., Kranick, S., LaFaver, K., Naz, A., Frank Webb, A., LaFrance, W. C., Hallett, M. & Voon, V. (2017). Personality traits in psychogenic nonepileptic seizures (PNES) and psychogenic movement disorder (PMD): Neuroticism and perfectionism. *Journal of Psychosomatic Research*, 97, 23–29.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.03.018> [7 sider]
- Elliott, C. H. & Lassen, M. K. (1997). A Schema Polarity Model for Case Conceptualization, Intervention, and Research. *Clinical Psychology Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 12–28.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00095.x> [17 sider]
-

-
- Erkoreka, L., Zamalloa, I., Rodriguez, S., Muñoz, P., Mendizabal, I., Zamalloa, M. I., Arrue, A., Zumarraga, M. & Gonzalez-Torres, M. A. (2022). Attachment anxiety as mediator of the relationship between childhood trauma and personality dysfunction in borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 29(2), 501–511. <https://doi.org/10.1002/cpp.2640> [11 sider]
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8) [14 sider]
- Feliu-Soler, A., Montesinos, F., Gutiérrez-Martínez, O., Scott, W., McCracken, L. M. & Luciano, J. V. (2018). Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A narrative review. *Journal of Pain Research*, 11, 2145–2159. <https://doi.org/10.2147/JPR.S144631> [15 sider]
- Field, T. (1996). Attachment and separation in young children. *Annual Review of Psychology*, 47(1), 541–561. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.541> [22 sider]
- Fink, P. & Rosendal, M. (2012). *Funktionelle lidelser - udredning og behandling*. Munksgaard [244 sider]
- Fink, P. & Schröder, A. (2010). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 415–426. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.02.004> [12 sider]

-
- Functional Neurological Disorder Hope International. (2020). *FND Hope Stigma Survey*. Tilgået d. 22.05.24, fra <https://fndhope.org/fnd-hope-research/> [3 sider]
- Funktionelle lidelser. (2022). *Behandling*. Tilgået d. 22.05.2024, fra <https://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser/behandling> [1 side]
- Funktionelle lidelser. (2023). *Om Funktionelle Lidelser*. Tilgået d. 22.05.2024, fra <https://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser> [1 side]
- Gardoki-Souto, I., Redolar-Ripoll, D., Fontana, M., Hogg, B., Castro, M. J., Blanch, J. M., Ojeda, F., Solanes, A., Radua, J., Valiente-Gómez, A., Cirici, R., Pérez, V., Amann, B. L. & Moreno-Alcázar, A. (2022). Prevalence and Characterization of Psychological Trauma in Patients with Fibromyalgia: A Cross-Sectional Study. *Pain Research and Management*, 2022, 1–16. <https://doi.org/10.1155/2022/2114451> [16 sider]
- Georgieva, S., Tomas, J. M. & Navarro-Pérez, J. J. (2021). Systematic review and critical appraisal of Childhood Trauma Questionnaire — Short Form (CTQ-SF). *Child Abuse & Neglect*, 120, 1-11 <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105223> [11 sider]
- Gerhardt, C., Hamouda, K., Irorutola, F., Rose, M., Hinkelmann, K., Buchheim, A. & Senf-Beckenbach, P. (2021). Insecure and Unresolved/Disorganized Attachment in Patients With Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 62(4), 337–344. [8 sider]
- Goldberg R. T. (1999). Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 21(1), 23–30. <https://doi.org/10.1080/096382899298061> [8 sider]
- Gonzalez, D., Bethencourt, M. A. & McCall, J.D. (2023). *Child Abuse and Neglect*. StatPearls Publishing. Tilgået d. 22.05.24, fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532311/> [5 sider]
-

-
- Greenman, P. S., Renzi, A., Monaco, S., Luciani, F. & Di Trani, M. (2024). How Does Trauma Make You Sick? The Role of Attachment in Explaining Somatic Symptoms of Survivors of Childhood Trauma. *Healthcare*, 12(2), 1-16 <https://doi.org/10.3390/healthcare12020203> [16 sider]
- Hannibal, K. E. & Bishop, M. D. (2014). Chronic stress, cortisol dysfunction, and pain: a psychoneuroendocrine rationale for stress management in pain rehabilitation. *Physical therapy*, 94(12), 1816–1825. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130597> [10 sider]
- Hanson, J. L., Chung, M. K., Avants, B. B., Shirtcliff, E. A., Gee, J. C., Davidson, R. J. & Pollak, S. D. (2010). Early stress is associated with alterations in the orbitofrontal cortex: A tensor-based morphometry investigation of brain structure and behavioral risk. *The Journal of Neuroscience*, 30(22), 7466–7472. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0859-10.2010> [7 sider]
- Häuser, W., Hausteiner-Wiehle, C., Henningsen, P., Brähler, E., Schmalbach, B. & Wolfe, F. (2020). Prevalence and overlap of somatic symptom disorder, bodily distress syndrome and fibromyalgia syndrome in the German general population: A cross sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 133, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110111> [7 sider]
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006> [25 sider]
- Heim C., Ehlert U. & Hellhammer D.H. (2000a). The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 25, 1-35. [35 sider]
- Heim C., Ehlert U., , Hanker J. & Hellhammer, D. (1998). Abuse-Related Posttraumatic Stress Disorder and Alterations of the Hypothalamic-Pituitary-
-

Adrenal Axis in Women With Chronic Pelvic Pain. *Psychosomatic Medicine*, 60 (3), 309-318. [10 sider]

Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A. H. & Nemeroff, C. B. (2000b). Pituitary-Adrenal and Autonomic Responses to Stress in Women After Sexual and Physical Abuse in Childhood. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 284(5), 592–597. <https://doi.org/10.1001/jama.284.5.592> [6 sider]

Hellou, R., Häuser, W., Brenner, I., Buskila, D., Jacob, G., Elkayam, O., Aloush, V. & Ablin, J. N. (2017). Self-Reported Childhood Maltreatment and Traumatic Events among Israeli Patients Suffering from Fibromyalgia and Rheumatoid Arthritis. *Pain Research & Management*, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2017/3865249> [9 sider]

Henker, J., Keller, A., Reiss, N., Siepmann, M., Croy, I., & Weidner, K. (2019). Early maladaptive schemas in patients with somatoform disorders and somatization. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(4), 418–429. <https://doi.org/10.1002/cpp.2363> [12 sider]

Heshmati, R. & Azmoodeh, S. (2017). Study of alexithymia trait based on Big-Five Personality Dimensions. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 5(3). 497-504. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2017.5.1642> [8 sider]

Hesse, E. & Main, M. (2000). Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Col- lapse in Behavioral and Attentional Strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097–1127. <https://doi.org/10.1177/00030651000480041101> [31 sider]

Holm, H., H. (2011). *Danske børn kommer tidligst i institution*. Danmarks Statistik. Tilgået d. 20.04.2024, fra <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/bagtal/2011/2011-11-21-daginstitutioner> [5 sider]

-
- Hu, Y., Moore, M., Bertels, Z., Phan, K. L., Dolcos, F. & Dolcos, S. (2020). Smaller amygdala volume and increased neuroticism predict anxiety symptoms in healthy subjects: A volumetric approach using manual tracing. *Neuropsychologia*, 145, 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.11.008> [11 sider]
- Hunt, J. (2024). Holistic or harmful? Examining socio-structural factors in the biopsychosocial model of chronic illness, “medically unexplained symptoms” and disability. *Disability & Society*, 39(4), 1032–1061.
<https://doi.org/10.1080/09687599.2022.2099250> [30 sider]
- Jedd, K., Hunt, R. H., Cicchetti, D., Hunt, E., Cowell, R. A., Rogosch, F. A., Toth, S. L. & Thomas, K. M. (2015). Long-term consequences of childhood maltreatment: Altered amygdala functional connectivity. *Development and psychopathology*, 27(4), 1577–1589.
<https://doi.org/10.1017/S0954579415000954> [13 sider]
- John, O. P. & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (Vol. 2, pp. 102–138). New York: Guilford Press. [37 sider]
- Juster, R. P., McEwen, B. S. & Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 35(1), 2–16.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.002> [15 sider]
- Juster, R. P., Russell, J. J., Almeida, D. & Picard, M. (2016). Allostatic load and comorbidities: A mitochondrial, epigenetic, and evolutionary perspective. *Development and Psychopathology*, 28(4), 1117–1146.
<https://doi.org/10.1017/S0954579416000730> [30 sider]
- Kangas, M. & McDonald, S. (2011). Is it time to act? The potential of acceptance and commitment therapy for psychological problems following acquired
-

brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 21(2), 250–276.

<https://doi.org/10.1080/09602011.2010.540920> [27 sider]

Kaplan, M. J., Dwivedi, A. K., Privitera, M. D., Isaacs, K., Hughes, C., & Bowman, M. (2013). Comparisons of childhood trauma, alexithymia, and defensive styles in patients with psychogenic non-epileptic seizures vs. epilepsy: Implications for the etiology of conversion disorder. *Journal of psychosomatic research*, 75(2), 142–146.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.06.005> [5 sider]

Kaya, Y. & Aydin, A. (2021). The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between attachment and mental health symptoms of university students. *Journal of Adult Development*, 28(1), 15–24. <https://doi.org/10.1007/s10804-020-09352-2> [10 sider]

Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2023). *Hvordan krænkede børn bliver syge voksne*. Samfundslitteratur [297 sider]

Kovács-Tóth, B., Oláh, B., Kuritárné Szabó, I. & Fekete, Z. (2023). Psychometric properties of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire 10 item version (ACE-10) among Hungarian adolescents. *Frontiers in psychology*, 14, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1161620> [11 sider]

Krámská, L., Hrešková, L., Krámský, D., & Vojtěch, Z. (2022). Attachment style of patients diagnosed with psychogenic non-epileptic seizures at a tertiary Epilepsy Center in the Czech Republic. *Frontiers in psychiatry*, 13, 1065201. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1065201> [9 sider]

Krohner, S., Town, J., Cannoy, C. N., Schubiner, H., Rapport, L. J., Grekin, E. & Lumley, M. A. (2024). Emotion-focused Psychodynamic Interview for People with Chronic Musculoskeletal Pain and Childhood Adversity: A Randomized Controlled Trial. *The Journal of Pain*, 25(1), 39–52. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.07.017> [14 sider]

-
- Krupnik, V. (2019). Trauma or adversity? *Traumatology*, 25(4), 256–261.
<https://doi.org/10.1037/trm0000169> [6 sider]
- Kuyken, W. & Tsivrikos, D. (2009). Therapist Competence, Comorbidity and Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(1), 42–48. <https://doi.org/10.1159/000172619> [7 sider]
- Levi, O., Bar-Haim, Y., Kreiss, Y. & Fruchter, E. (2015). Cognitive behavioural therapy and psychodynamic psychotherapy in the treatment of combat-related post-traumatic stress disorder: A comparative effectiveness study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 298–307. doi: 10.1002/cpp.1969. [10 sider]
- Lin, H. C., Yang, Y., Elliott, L., & Green, E. (2020). Individual differences in attachment anxiety shape the association between adverse childhood experiences and adult somatic symptoms. *Child abuse & neglect*, 101, 104325, 1-10, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104325> [10 sider]
- Linden, M. (2013). How to Define, Find and Classify Side Effects in Psychotherapy: From Unwanted Events to Adverse Treatment Reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(4), 286–296. <https://doi.org/10.1002/cpp.1765> [11 sider]
- López-López, A., Pacho, J. C., González, J. L., Muñoz, I. J. & Matías Pompa, B. (2023). Early Maladaptive Schemas as a Risk Factor for Fibromyalgia: A Case-Control Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1-10. <https://dx.doi.org/10.1037/tra0001441> [11 sider]
- López-Martínez, A. E., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Gómez-Pérez, L., Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2018). Physical Health Consequences of Interpersonal Trauma: A Systematic Review of the Role of Psychological Variables. *Trauma, Violence & Abuse*, 19(3), 305–322.
<https://doi.org/10.1177/1524838016659488> [18 sider]
-

-
- Lovis-Schmidt, A., Schilling, J., Pudschun, C. & Rindermann, H. (2022). Adverse childhood experiences and physical diseases in adulthood: A summary of meta-analyses. *Traumatology*, 1-15. <https://doi.org/10.1037/trm0000412> [15 sider]
- Lumley, M. A. & Schubiner, H. (2019). Emotional Awareness and Expression Therapy for Chronic Pain: Rationale, Principles and Techniques, Evidence, and Critical Review. *Current rheumatology reports*, 21(7), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11926-019-0829-6> [8 sider]
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Stout, R. L., Neely, L. C., Sander, L. M. & Burger, A. J. (2008). An emotional exposure-based treatment of traumatic stress for people with chronic pain: Preliminary results for fibromyalgia syndrome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 165–172. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.165> [8 sider]
- Lumley, M. A., Schubiner, H., Lockhart, N. A., Kidwell, K. M., Harte, S. E., Clauw, D. J. & Williams, D. A. (2017). Emotional awareness and expression therapy, cognitive behavioral therapy, and education for fibromyalgia: a cluster-randomized controlled trial. *Pain*, 158(12), 2354–2363. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001036> [10 sider]
- Margison, F. R. (2002). Psychodynamic-interpersonal psychotherapy. In J. Holmes and A. Bateman (Eds.), *Integration in Psychotherapy: Models and Methods* (pp. 107–24). Oxford University Press. [18 sider]
- McAdams, D. P. (1992). The five-factor model in personality: a critical appraisal. *Journal of personality*, 60(2), 329–361. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00976.x> [33 sider]
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. In J. S. Wiggins (Eds.), *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives* (pp. 51–87). Guilford Press [36 sider]
-

-
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1999). A Five-Factor theory of personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2.ed., pp. 139–153). Guilford Press. [15 sider]
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (2008). Empirical and Theoretical Status of the Five-Factor Model of Personality Traits. In Boyle, G. J., Matthews, G. & Saklofske, D. H., (Eds.), *The SAGE Handbook of Personality Theory and Assessment* (pp. 273–294). SAGE Publications, Limited.
<https://doi.org/10.4135/9781849200462.n13> [22 sider]
- McEwen, B. S. & Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of internal medicine*, 153(18), 2093–2101. [9 sider]
- McEwen, B. S. (1998). Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840(1), 33–44.
<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x> [11 sider]
- McEwen, B. S. (2000). Allostasis and allostatic load: Implications for neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*, 22(2), 108-124. [17 sider]
- McHugh, L. & Egan, J. (2023). Psychological and somatic manifestations of dissociation: The role of childhood trauma, attachment, and alexithymia. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2023.100316> [7 sider]
- McLaughlin, K. A. & Lambert, H. K. (2017). Child Trauma Exposure and Psychopathology: Mechanisms of Risk and Resilience. *Current opinion in psychology*, 14, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.10.004> [5 sider]
- Møller, L., Bach, B., Augsburger, M., Elklit, A., Sogaard, U. & Simonsen, E. (2021). Structure of ICD-11 complex PTSD and relationship with psychoform and
-

somatoform dissociation. *European Journal of Trauma & Dissociation* 5(3), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100233> [9 sider]

Mughairbi, F. A., Abdulaziz Alnajjar, A. & Hamid, A. (2020). Effects of Psychoeducation and Stress Coping Techniques on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Psychological Reports*, 123(3), 710–724. <https://doi.org/10.1177/0033294118825101> [15 sider]

Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1). 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x> [7 sider]

O’Keeffe, S., Chowdhury, I., Sinanaj, A., Ewang, I., Blain, C., Teodoro, T., Edwards, M. & Yogarajah, M. (2021). A Service Evaluation of the Experiences of Patients With Functional Neurological Disorders Within the NHS. *Frontiers in Neurology*, 12, 656466–656466. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.656466> [1 sider]

Pandis, N. (2011). The evidence pyramid and introduction to randomized controlled trials. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 140(3), 446-447. doi:10.1016/j.ajodo.2011.04.016 [2 sider]

Paredes-Echeverri, S., Guthrie, A. J. & Perez, D. L. (2022). Toward a possible trauma subtype of functional neurological disorder: Impact on symptom severity and physical health. *Frontiers in Psychiatry*, 13,. 255-262. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1040911> [8 sider]

Pedersen, H., Frostholm, L., Søndergaard Jensen, J., Ørnbøl, E. & Schröder, A. (2016). Neuroticism and maladaptive coping in patients with functional somatic syndromes. *British Journal of Health Psychology*, 21(4), 917–936. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12206> [20 sider]

-
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 49–57. [9 sider]
- Petersen, M. W., Carstensen, T. B. W., Wellnitz, K. B., Ørnbøl, E., Frostholm, L., Dantoft, T. M., Jørgensen, T., Eplov, L. F. & Fink, P. (2024). Neuroticism, perceived stress, adverse life events and self-efficacy as predictors of the development of functional somatic disorders: longitudinal population-based study (DanFunD). *BJPsych Open*, 10(1), 1-7.
<https://doi.org/10.1192/bjo.2023.644> [7 sider]
- Weinreich Petersen, M., Wisbech Carstensen, T. B., Frostholm, L., Bro Wellnitz, K., Ørnbøl, E., Tandrup Lamm, T., Meinertz Dantoft, T., Falgaard Eplov, L., Jørgensen, T. & Fink, P. (2022). Neuroticism and adverse life events are important determinants in functional somatic disorders: the DanFunD study. *Scientific Reports*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-24213-6> [10 sider]
- Pinquart, M., Feußner, C. & Ahnert, L. (2013). Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attachment & Human Development*, 15(2), 189–218.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2013.746257> [30 sider]
- Piontek, K., Apfelbacher, C., Ketels, G., Brünahl, C. & Löwe, B. (2021). Depression Partially Mediates the Association of Adverse Childhood Experiences with Pain Intensity in Patients with Chronic Pelvic Pain Syndrome: Results from a Cross-Sectional Patient Survey. *Pain Medicine*, 22(5), 1174–1184.
<https://doi.org/10.1093/pm/pnaa325> [11 sider]
- Piontek, K., Wiesmann, U., Apfelbacher, C., Völzke, H. & Grabe, H. J. (2021). The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. *Child abuse & neglect*, 120, 1-11.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105226> [11 sider]
-

-
- Poulsen, S. & Simonsen, E. (2017). Psykiatrisk og klinisk psykologisk assessment. In B. Møhl & E. Simonsen (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2.ed., pp. 165–189). Hans Reitzel [25 sider] [Genbrugt]
- APA PsycInfo. (2024). American Psychological Association. [1 side]
- PubMed. (2024). National Library of Medicine. [1 side]
- Reilly, J., Baker, G. A., Rhodes, J. & Salmon, P. (1999). The association of sexual and physical abuse with somatization: characteristics of patients presenting with irritable bowel syndrome and non-epileptic attack disorder. *Psychological Medicine*, 29(2), 399–406.
<https://doi.org/10.1017/S0033291798007892> [8 sider]
- Rief W., Shaw, R. & Fichter, M. M. (1998). Elevated levels of psychophysiological arousal and cortisol in patients with somatization syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 60, 198-203. <https://doi.org/10.1097/00006842-199803000-00016> [6 sider]
- Riem, M. M. E., Doedée, E. N. E. M., Broekhuizen-Dijksman, S. C. & Beijer, E. (2018). Attachment and medically unexplained somatic symptoms: The role of mentalization. *Psychiatry research*, 268, 108–113.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.056> [6 sider]
- Robson, C. & Lian, O. S. (2017). “Blaming, shaming, humiliation”: Stigmatising medical interactions among people with non-epileptic seizures. *Wellcome Open Research*, 2, 1-30. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.12133.1> [30 sider]
- Roelofs, K. & Spinhoven, P. (2007). Trauma and medically unexplained symptoms. Towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 798–820.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.004> [23 sider]
-

-
- Romeo, A., Benfante, A., Geminiani, G. C., & Castelli, L. (2022). Personality, defense mechanisms and psychological distress in women with fibromyalgia. *Behavioral Sciences*, 12(1), 1-12. <https://doi.org/10.3390/bs12010010> [12 sider]
- Rosenberg N. K., Mørch, M. M. & Arendt, M. (2012). *Kognitiv adferdsterapi – teori og metoder* (pp. 23-52). Hans Reitzels Forlag. [30 sider] [Genbrugt pensum]
- Röttger-Rössler, B. (2014). Bonding and belonging beyond WEIRD worlds: Rethinking attachment theory on the basis of cross-cultural anthropological data. In H. Otto & H. Keller (Eds.), *Different faces of attachment: Cultural variations on a universal human need* (pp. 141–168). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139226684.009> [28 sider] [Genbrugt pensum]
- Rozental, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G. & Carlbring, P. (2016). Negative effects of psychological treatments: An exploratory factor analysis of the negative effects questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events. *PloS One*, 11(6), 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157503> [22 sider]
- Saariaho, A. S., Saariaho, T. H., Mattila, A. K., Karukivi, M. & Joukamaa, M. I. (2015). Alexithymia and Early Maladaptive Schemas in chronic pain patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 428–437. doi: 10.1111/sjop.12226 [10 sider]
- Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I. & Joukamaa, M. (2012). Early maladaptive schema factors, pain intensity, depressiveness and pain disability: an analysis of biopsychosocial models of pain. *Disability and Rehabilitation*, 34(14), 1192–1201. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.638031> [10 sider]
- SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. (pp. 2-20). SAMHSA [19 sider]
-

-
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B. & Gray, S. H. (2008). Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: A review of the empirical treatment and psychopathology literature. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71, 13–34. <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.1.13> [22 sider]
- Schrepf, A., Naliboff, B., Williams, D. A., Stephens-Shields, A. J., Landis, J. R., Gupta, A., Mayer, E., Rodriguez, L. V., Lai, H., Luo, Y., Bradley, C., Kreder, K. & Lutgendorf, S. K. (2018). Adverse Childhood Experiences and Symptoms of Urologic Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain Research Network Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(10), 865–877. <https://doi.org/10.1093/abm/kax060> [13 sider]
- Seto, A., Han, X., Price, L. L., Harvey, W. F., Bannuru, R. R. & Wang, C. (2019). The role of personality in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 38(1), 149–157. <https://doi.org/10.1007/s10067-018-4316-7> [9 sider]
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 22(2), 255–262. doi: 10.1159/000286529. PMID: 4770536. [8 sider]
- Simonsen, E. (2017). Psykiatrisk klassifikation. In B. Møhl & E. Simonsen (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2.ed., pp. 205–220). Hans Reitzel Forlag. [16 sider] [Genbrugt]
- Skjernov, M. & Møhl, B. (2017). Somatoforme og relaterede tilstande. In B. Møhl & E. Simonsen (Eds.), *Grundbog i Psykiatri* (2.ed., pp. 499–520). Hans Reitzel Forlag. [22 sider] [Genbrugt]
- Slater, R. (2007). Attachment: Theoretical development and critique. *Educational Psychology in Practice*, 23(3), 205–219. <https://doi.org/10.1080/02667360701507285> [15 sider]
-

-
- Soto, C. J. & John, O. P. (2012). Development of Big Five Domains and Facets in Adulthood: Mean-Level Age Trends and Broadly Versus Narrowly Acting Mechanisms. *Journal of Personality*, 80(4), 881–914.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2011.00752.x> [34 sider]
- Southwick, S. M., Sippel, L., Krystal, J., Charney, D., Mayes, L. & Pietrzak, R. (2016). Why are some individuals more resilient than others: the role of social support. *World Psychiatry*, 15(1), 77–79.
<https://doi.org/10.1002/wps.20282> [3 sider]
- Sterling, P. & Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629-649). John Wiley & Sons. [21 sider]
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Funktionelle lidelser - anbefalinger til udredning, behandling, rehabilitering og afstigmatisering*. Sundhedsstyrelsen i Danmark [47 sider]
- Tak, L. M. & Rosmalen, J. G. (2010). Dysfunction of stress responsive systems as a risk factor for functional somatic syndromes. *Journal of psychosomatic research*, 68(5), 461–468. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.12.004> [8 sider]
- Thakur, E. R., Holmes, H. J., Lockhart, N. A., Carty, J. N., Ziadni, M. S., Doherty, H. K., Lackner, J. M., Schubiner, H. & Lumley, M. A. (2017). Emotional awareness and expression training improves irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Neurogastroenterology and Motility*, 29(12). 1-9.
<https://doi.org/10.1111/nmo.13143> [9 sider]
- The National Child Traumatic Stress Network (2024). *About Child Trauma*. Tilgået d. 26.03.24, fra <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/about-child-trauma> [3 sider]
-

-
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: a five-factor model perspective. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(4), 373–380. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.03.009> [8 sider]
- Thomson-Link, S. (2023). *Complex Trauma Regulation in Children: A Body-Based Attachment Approach* (pp. 2-20). Springer International Publishing AG [19 sider]
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., Godfrey, C. M., Macdonald, M. T., Langlois, E. V., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, Ö & Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850> [7 sider]
- Tsaousis, I., Mascha, K. & Giovazolias, T. (2012). Can parental bonding be assessed in children? factor structure and factorial invariance of the parental bonding instrument (PBI) between adults and children. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(2), 238-53. doi:<https://doi.org/10.1007/s10578-011-0260-3> [26 sider]
- Turecki, G. (2014). The molecular bases of the suicidal brain. *Nature Reviews. Neuroscience*, 15(12), 802–816. <https://doi.org/10.1038/nrn3839> [15 sider]
- Usher, S. Fels. (2013). *Introduction to psychodynamic psychotherapy technique* (2.ed., pp. ix-xii, kap 1, pp. 1-23). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203468555> [27 sider]
- Van Alboom, M., De Ruddere, L., Kindt, S., Loeys, T., Van Ryckeghem, D., Bracke, P., Mittinty, M. M. & Goubert, L. (2021). Well-being and Perceived Stigma in Individuals with Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia: A Daily Diary
-

Study. *The Clinical Journal of Pain*, 37(5), 349–358. doi:
10.1097/AJP.0000000000000929 [10 sider]

van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P. & Engelhard, I. M. (2020). Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265–273. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986> [9 sider]

Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y. & Bögels, S. (2010). Maladaptive Schemas and Psychopathology in Adolescence: On the Utility of Young's Schema Theory in Youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 316–332. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9283-5> [17 sider]

Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J. & Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: The role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 129–135.
<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4> [7 sider]

Waller, E. & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 13–24. doi:10.1080/09540260500466774. [12 sider]

Wamser-Nanney, R. & Cherry, K. E. (2018). Children's trauma-related symptoms following complex trauma exposure: Evidence of gender differences. *Child Abuse & Neglect*, 77, 188–197. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.009> [10 sider]

Weissbecker, I., Floyd, A., Dedert, E., Salmon, P. & Sephton, S. (2006). Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 31(3), 312–324.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.08.009> [13 sider]

-
- Weissman, D. G., Lambert, H. K., Rodman, A. M., Peverill, M., Sheridan, M. A. & McLaughlin, K. A. (2020). Reduced hippocampal and amygdala volume as a mechanism underlying stress sensitization to depression following childhood trauma. *Depression and anxiety*, 37(9), 916–925.
<https://doi.org/10.1002/da.23062> [10 sider]
- World Health Organization (WHO). (1994). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2022). *The ICD-11 classification of mental and behavioral disorders*. World Health Organization.
- Wright, L. A., Roberts, N. P., Lewis, C., Simon, N., Hyland, P., Ho, G. W. K., McElroy, E. & Bisson, J. I. (2021). High prevalence of somatisation in ICD-11 complex PTSD: A cross sectional cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 148, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110574> [6 sider]
- Yarns, B. C., Lumley, M. A., Cassidy, J. T., Steers, W. N., Osato, S., Schubiner, H. & Sultzer, D. L. (2020). Emotional Awareness and Expression Therapy Achieves Greater Pain Reduction than Cognitive Behavioral Therapy in Older Adults with Chronic Musculoskeletal Pain: A Preliminary Randomized Comparison Trial. *Pain Medicine*, 21(11), 2811–2822.
<https://doi.org/10.1093/pm/pnaa145> [12 sider]
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. (pp. 1-62). Guilford Press [62 sider]
- Zarpour, S. & Besharat, M. A. (2011). Comparison of personality characteristics of individuals with irritable bowel syndrome and healthy individuals. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 84–88.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.017> [5 sider]
-

Zhu, L. J., Liu, M. Y., Li, H., Liu, X., Chen, C., Han, Z., Wu, H. Y., Jing, X., Zhou, H. H., Suh, H., Zhu, D. Y., & Zhou, Q. G. (2014). The different roles of glucocorticoids in the hippocampus and hypothalamus in chronic stress-induced HPA axis hyperactivity. *PloS one*, 9(5), 1-14.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097689> [14 sider]

Pensum i alt: 2574 sider

Genbrugt pensum: 139 sider