

Når somatikk og depresjon opptrer sammen – en utfordring for psykologer



Henrik Børsting Jacobsen

psykolog og postdoktor, Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus, Ullevål.
linnrode@gmail.com

Tore Charles Stiles

Norske psykologer står overfor en reell utfordring i møtet med pasienter som strever med både somatiske og depressive plager. Ignorerer vi de somatiske symptomene, risikerer vi å mislykkes med depresjonsbehandling.





Behandling og utredning av depresjon er en av helsevesenets største utfordringer i Norge. Økt dokumentasjon på omfanget av depressive lidelser har ført til større oppmerksomhet, og for å møte problematikken kom Helsedirektoratet i 2009 med nye retningslinjer for behandling. Men som en behandlingsveileder for oss i klinikken opplever vi at retningslinjene sier for lite om ulike samlidelser hos deprimerte og de utfordringene vi møter når vi skal behandle pasienter med en sammensatt problematikk. Spesielt dreier dette seg om pasienter med somatiske lidelser, hvor depresjonen kan være enten en følgetilstand eller en utløsende årsak til pasientens problemer. Denne kompleksiteten er vanskelig for oss som behandlere, og vi vil i dette bidraget gi eksempler på hvordan psykologer kan forstå, utrede og behandle sammensatte fysiske og psykiske plager på en god måte. Vi håper her å supplere de nasjonale retningslinjene slik at psykologer ser behovet for kunnskap om somatiske lidelser, og kan tilby evidensbasert behandling til en utfordrende pasientgruppe.

Depresjon har store konsekvenser for de som rammes, og de opplever nedsatt livskvalitet, har økt risiko for stresslidelser, dør tidligere og begår oftere selvmord (Mykletun et al., 2009). Depresjon fungerer som et samlebegrep som rommer flere tilstander og alvorlighetsgrader. Vi vil her først og fremst bidra med kunnskap om utredning og behandling av pasienter med en unipolar depresjon og komorbide somatiske lidelser. Eksempler på slike lidelser er ulike somatiske sykdommer, funksjonelle somatiske lidelser eller såkalte sammensatte symptomlidelser (Borchgrevink et al., 2009). Vår erfaring er at depresjon og kroniske somatiske lidelser henger sammen og påvirkes av hverandre, noe som støttes av internasjonale epidemiologiske studier (Katon & Schulberg, 1992). Både helsemessige endringer og livsstilsendringer som følger depresjon, øker sannsynligheten for utvikling av kroniske lidelser, samtidig som biologiske forandringer og komplikasjoner i livet ved kroniske somatiske tilstander vil øke sannsynligheten for å utvikle en depresjon.

I en ny studie på forekomsten av komorbide psykiske lidelser hos norske pasienter med kroniske uspesifikke ryggsmertor, fant Reme og kolleger (2011) at 4 % av pasientene fylte kriteriene til en pågående depressiv episode. Når de undersøkte om de hadde hatt en depresjon på et tidligere stadium, økte antallet til 9 %. Det er med andre ord mange nordmenn som per i dag strever med *både* kroniske smerter og depresjon.

I fastlegens hverdag er depresjon – nest etter hypertensjon, – den vanligste lidelsen allmennpraktikere vil møte (Wells, 1997). Det er derfor rimelig å anta at et stort antall pasienter har en komorbid depresjon når de oppsøker fastlegen. Simon et al. (1999) hevder at 69 % av pasientene i hans studie som var diagnostisert med depresjon, rapporterte somatiske symptomer som årsaken til at de oppsøkte lege. Det er også verdt å merke seg at en høyere grad av somatisering hos pasienten øker sannsynligheten for at den depressive lidelsen *ikke* blir diagnostisert (Kirmayer et al., 1993). Studier som fokuserer på komorbid depresjon ved somatiske lidelser, viser at depresjonen forverrer behandlingsprognosen, svekker fysisk og kognitiv funksjon, fører til dårligere opplevd livskvalitet og senker overlevelsesraten ved enkelte lidelser. Evans og kolleger (2005) hevder dessuten at depresjon muligens er en etiologisk faktor i somatiske lidelser.

Som psykologer må vi derfor være gode på å utrede, behandle og informere om omfanget og mangfoldet av pasienter som strever med en slik kompleks problematikk, og ikke bare ha blikket rettet mot den unipolare depresjonen. Gjennom samhandling og et aktivt bidrag inn i førstelinjetjenesten kan vi gi denne pasientgruppen bedre utredning og behandling.

Utredning



Første steg for å møte en pasient med uttalte somatiske problemer og depresjon er en omfattende utredning. I 2009 ble retningslinjene for depresjonsbehandling fra National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i England revidert. Det ble i den forbindelse utviklet egne retningslinjer for pasienter med kroniske somatiske plager og komorbid depresjon (NICE, 2009). Disse retningslinjene fremhever ikke bare valg av terapimetode, men også en utredning og diagnostisering som omfatter plager, jobb, psykososiale forhold og økonomi. Vi bør derfor også kartlegge i hvilken grad sosiale og arbeidsrelaterte faktorer opprettholder problemet (Wright & Stiles, 2011). Dette innebærer at familiemedlemmer og eventuelt arbeidsgiveren også bør involveres i både behandling og oppfølgingsarbeid.

Kendrick og Peveler (2010) mener at en av styrkene i NICE er det tydelige fokuset på varighet og funksjonsnedsettelse, fremfor en ren symptomskåre i utredning. Dette mener de kommer som en følge av et skifte av klassifiseringsverktøy fra ICD – 10 (WHO, 1997) til DSM–IV–TR (APA, 2000). I Norge er ICD-10 grunnlaget for diagnoser, men vi mener at gjennom bruk av et flaggsystem kan vi vektlegge varighet og funksjonsnedsettelse uavhengig av diagnosesystemet som brukes. Wright og Stiles (2011) illustrerer bruken av dette systemet hos pasienter med kroniske korsryggsmarter, hvor de skisserer en utredning som sikter bredere enn det som er vanlig. De utreder smertetilstanden ved å bruke sjekklistor representert som ulike flagg. Røde flagg beskriver medisinske funn som påvirker den somatiske tilstanden, gule flagg inkluderer psykologiske og psykososiale faktorer, og blå flagg omfatter arbeidsrelaterte faktorer.

Tankegangen om funksjonsnedsettelse sammenfaller med denne typen utredning. Gjennom røde, gule og blå flagg får vi et helhetlig bilde av pasientens funksjon og hva som er problemområdene i livet til vedkommende. Når vi foretar en slik helhetlig utredning, vil vi i større grad vite hvor vi skal fokusere intervensjonen, og hvilken type intervensjon vi skal bruke. Hvis pasienten viser seg å ha en depressiv lidelse som opptrer sammen med somatiske plager, bør vi være kritiske i anvendelsen av kunnskap om behandling fra populasjoner med en enkeltstående unipolar depresjon. Vi bør i stedet forholde oss til studier på pasienter fra en tilsvarende populasjon som pasienten foran oss.

Behandling

Det finnes en rekke veldokumenterte behandlingsformer mot depresjon (Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008; Dimidjian et al., 2006). Disse behandlingsformene har relativt kort behandlingstid og brukes i større eller mindre grad i helsevesenet. Problemet er at resultatene fra studier på depresjonsbehandling ofte ser på en selektert pasientgruppe hvor deltakerne kun har diagnosen unipolar depresjon. Dermed løser de ikke problemet med komorbiditet. Hvordan behandler vi pasienter når andre somatiske lidelser preger pasienten i like stor grad? Eller hvis hovedproblemet er smerte, og depresjonen er en ren følgetilstand?

Lykkes vi med å hjelpe pasienter med å mestre de somatiske symptomene, vil ofte depresjonen avta som en følge av dette

Når vi møter en deprimeret pasient som er primært opptatt av at de somatiske symptomene er så plagsomme at de nedsetter livskvalitet og funksjonsnivå, bør behandlingen først rettes mot å redusere

det somatiske symptomtrykket. De vanligste somatiske symptomene som deprimerte pasienter rapporterer som spesielt plagsomme, er smerter, utmattelse, tinnitus og fordøyelsesproblemer.



Lykkes vi med å hjelpe pasienter med å mestre de somatiske symptomene, så vil ofte depresjonen avta som en følge av dette, uten at spesifikk depresjonsbehandling iverksettes. Å først behandle slike pasienters depresjon uten å se på mestring av de somatiske symptomene fører ofte ikke frem. Dette gjelder også for pasienter med alvorlig komorbid somatisk sykdom. For eksempel er det lettere å øke en deprimert kreftpasients livskvalitet og funksjonsnivå hvis vi fokuserer på å mestre kreftsykdommen bedre. Når pasienten opplever økt mestring av kreftsykdommen, vil depresjonen avta. Det samme gjelder for pasienter med funksjonelle somatiske lidelser eller sammensatte lidelser, for eksempel kroniske smertetilstander (Stiles & Sættem, 2008).

I de tilfellene hvor depresjonen er mest fremtredende, og dermed et naturlig fokus for behandlingen, kan det være vanskelig å vite hvilken type depresjonsbehandling som er best egnet. Effekten pasientene får fra terapi, og oppbygningen av behandlingen, varierer veldig, avhengig av karakteristikken til de somatiske plagene (Evans et al., 2005). Men det å ha oversikt over alle kombinasjonene og variantene av terapiformer vil være en svært omfattende og tidkrevende øvelse. Vi mener derfor det er mer relevant for psykologer å se på om det eksisterer en psykoterapeutisk behandlingsmetode som gir reliable resultater på tvers av de ulike somatiske lidelsene.

Behovet for en slik behandling har også vært sentralt i forskningen de senere årene. Som ved en unipolar depresjon har medisinerings vært mye brukt. Det har vært en løsning for å håndtere heterogeniteten i denne gruppen. Evans et al. (2005) viser til at både psykofarmaka og psykoterapi har hatt god effekt på depresjon ved flere somatiske lidelser. Men det er langt fra uproblematisk å behandle pasienter med somatiske lidelser med psykofarmaka. Mange pasienter er skeptiske til antidepressiver, og de som bruker det, kan oppleve at det forstyrrer pågående medisinerings. Psykoterapi er derfor det beste alternativet for denne pasientgruppen (Beltman, Voshaar og Speckens, 2010).

For å undersøke muligheten for en enhetlig psykoterapeutisk tilnærming til pasientgruppen har Beltman og kolleger (2010) foretatt en metaanalyse som ser på effekten av kognitiv atferdsterapi hos pasienter med somatiske lidelser og komorbid depresjon. De utvalgte studiene i metaanalysen inkluderer pasienter med både subkliniske og kliniske symptomer på depresjon, og har en samlet effektstørrelse på 0,49. Det verdt å merke seg at det er liten variasjon i effektstørrelsen mellom studiene. Forfatterne trekker frem mestringsstil som en avgjørende medierende faktor, noe som styrkes av gode resultater fra studier hvor problemløsning er hovedfaktoren i intervensjonen. For pasienter med kreft, hiv, multipel sklerose, revmatisme, hjerteproblemer og flere andre somatiske plager har kognitiv atferdsterapi en moderat effekt mot depresjon.

En markant svakhet ved metaanalysen til Beltman og kolleger (2010) er at de ikke har inkludert studier som ser på fibromyalgi, kroniske smerter, CFS/ME, irritabel tarm-syndrom og andre somatiserende lidelser uten en veldokumentert forklaring. Det blir dermed vanskelig å konkludere med at kognitiv atferdsterapi bør foretrekkes også for disse pasientene. Den største svakheten med tanke på behandling, er utelatelsen av utmattelse.

Utmattelse

Kronisk utmattelse, bedre kjent som CFS/ME, er til stede hos nærmere 20 % av pasientene som oppsøker helsevesenet (Afari & Buchwald, 2003), noe som gjør det sannsynlig at førstelinjen i mange tilfeller vil møte personer med en blandet depresjonsog utmattelsesproblematikk. En slik kombinasjon av plager har en rekke negative følger både for behandling og diagnostikk. Leone (2010) påpeker for

eksempel at utmattelse sammen med depresjon fører til en større funksjonssvekkelse hos pasientene enn ved utmattelse alene. Hun viser til at det er ulike risikofaktorer og ulik etiologi når det gjelder utmattelse med og uten komorbide psykologiske lidelser. Bildet blir enda mer komplisert med tanke på vanskene klinikk og forskning har med å skille depresjon og utmattelse fra hverandre (Leone, 2010). Selv om diagnostisering er problematisk, er det nødvendig å si noe om hvilke behandlingsformer som er å foretrekke for denne pasientgruppen.



En anerkjent gruppe forskere på feltet trekker frem kognitiv atferdsterapi og gradert treningsterapi som terapiformer med potensial og evidens (White et al., 2007). Det samme hevder Wyller et al. (2006) i sin artikkel med bakgrunn i norske forhold. I en norsk brukerundersøkelse hvor 828 CFS/ME pasienter ble forespurt, rapporterer pasientene at de foretrekker pacing (å tilpasse aktivitetsnivået til grad av utmattelse), hvile og/eller skjerming som behandling (Bjørkum, Wang & Waterloo, 2009). Problemet med å behandle pasienter med for eksempel pacing er at det foreløpig ikke finnes evidens for terapiformen (White et al., 2007; Wyller et al., 2006).

Resultatene fra en ny og omfattende britisk studie viser at sammenlignet med kognitiv atferdsterapi og gradert trening har pacing liten/ingen effekt. Ingen av behandlingene gjorde pasientene verre (White et al., 2011). Kognitiv atferdsterapi og gradert trening i spesialisthelsetjenesten gav på sin side en moderat effekt hos pasienter med CFS/ME. Med andre ord er kognitiv atferdsterapi sammen med gradert treningsterapi fortsatt den foretrukne behandlingsformen for denne gruppen.

Behandlingsvalg

Ved også å inkludere funn hvor pasienter med CFS/ME har effekt av kognitiv atferdsterapi, får kognitiv atferdsterapi ytterligere anvendbarhet når vi møter pasienter med både depressive og somatiske plager. Dette støttes av Kendrick og Peveler (2010) sin gjennomgang av de reviderte NICE-retningslinjene. De viser til at individuell kognitiv atferdsterapi fortsatt er førstevalget for behandling av depresjon, men at gruppebasert kognitiv atferdsterapi også er et godt alternativ for pasientgruppen med somatiske lidelser og komorbid depresjon. De understreker viktigheten av å utvikle kunnskapen om depresjonsbehandling som en medierende faktor i behandlingen av den somatiske problematikken til pasientene.

De nye engelske retningslinjene fremhever også i mye større grad involveringen av pasienten og familie i valget av behandlingsmetode. Helhetlig tankegang og nødvendigheten av samarbeid mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten blir eksplisitt fremhevet for pasienter med somatiske lidelser og komorbid depresjon. Kendrick og Peveler (2010) undrer seg likevel over hvordan dette skal gjennomføres i praksis, siden hovedvekten av depresjonsbehandling skjer i spesialisthelsetjenesten. I National Health Service er denne distansert fra førstelinjen gjennom en rekke formelle strukturer. Dette er en problematikk som i stor grad kan overføres til Norge. Også her er kommunikasjonen mellom førstelinje- og andrelinjetjenesten ofte mangelfull og utfordrende (Den norske lægeforening, 2000).

Potensialet for bedre samhandling ut over psykologkontoret er også stort. Familiemedlemmer kan bli mer bevisste på hvordan de kommuniserer med pasienten og hvordan de ivaretar hverandres ønsker og behov samt de plikter og arbeidsoppgaver som hører inn under familielivet og det øvrige sosiale liv. Samarbeid med arbeidsgiveren kan være nyttig for å gjøre arbeidsplassen til en mestringsarena for pasienten hvor pasientens arbeidsoppgaver tilpasses pasientens mestringsnivå. I mange tilfeller vil det da være hensiktsmessig å utforme en mestringsarena hvor pasienten gradvis øker sin arbeidsmengde, og gradvis påtar seg nye og mer krevende arbeidsoppgaver i takt med økt mestring

av sine egne helseplager. Samarbeidet med fastlegen og eventuelt NAV bør også vektlegges høyere i oppfølgingen av denne pasientgruppen.



Veien videre

Vi mener at det er nødvendig for spesialisthelsetjenesten å avdekke somatiske symptomer hos deprimerte pasienter. Det kan oppleves som en utfordring for psykologer å gå inn i somatisk problematikk, da det ikke legges stor vekt på dette i profesjonsutdanningen. Å formidle forståelse av samspillet og prioriteringen av somatiske og depressive symptomer hos disse pasientene er en viktig utfordring for de som skal utdanne fremtidige psykologer. Det bør også være et mål for Psykologforeningen å tydeliggjøre psykologens kompetanse og rolle som fagutøver i det somatiske helsevesenet. Vi kan trolig gi bedre behandling hvis helsevesenet anvender et felles begrepsapparat, samtidig som psykologer i helsevesenet må ha en bedre forståelse av hvilke elementer som opprettholder både somatiske lidelser og depresjon. Det vil forhindre en forverring i både symptomer og livskvalitet hos pasientene, og det vil gi psykologen større legitimitet som behandler av somatisk problematikk. Ikke minst vil det være et skritt mot å fjerne et kunstig skille mellom psyke og soma i forståelsen av disse pasientene. Positive endringer i somatiske symptomer som følge av kognitiv atferdsterapi må ikke mistolkes som «fantasi», eller som at symptomene ikke var reelle i utgangspunktet. Mestring og selvregulering av smerte har en direkte påvirkning på hvordan pasienten opplever smerte og ser sin funksjonsevne, noe som igjen påvirker motivasjon og endringsvillighet. Uttalelser som «det sitter bare i hodet ditt» og «det er ingenting galt med kroppen din» er eksempler på en retorikk som ofte møter somatiserende pasienter, og som devaluerer både pasienten og den viktige innsatsen psykologen gjør.

Det er viktig at helsepersonell har en felles forståelse av pasientens helsetilstand og i samarbeid utformer individuell oppfølgingsplan. For at deprimerte pasienter med fysiske plager skal få bedre behandling, må derfor psykologer øke sin kunnskap om slike tilstander. Særlig gjelder dette kroniske smertetilstander, utmattelse, tinnitus og irritabel tykktarm. For å muliggjøre en god arbeidsallianse må psykologen gjennom sine spørsmål trygge pasienten på at vi besitter kunnskap om pasientens somatiske plager. Slik kan pasientene få tiltro til at psykologen kan hjelpe dem med de somatiske symptomene og ikke bare gi psykisk hjelp og støtte.

Som en generell anbefaling når det gjelder behandling av somatiske lidelser med komorbid depresjon, vil vi trekke frem kognitiv atferdsterapi. Det er en terapiform som har evidens for denne problematikken og gir dessuten stor fleksibilitet og anvendbarhet for en gruppe pasienter som preges av heterogenitet.

Referanser

Referanser:

Afari, N., & Buchwald, D. (2003). Chronic fatigue syndrome: a review. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 221–236.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th edn, text revision) (DSM–IV–TR). APA.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

- Beltman, M. W., Voshaar, R. C. & Speckens, A. E. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 197(1), 11–19. 
- Berkman, L. F., Blumenthal, J., Burg, M., Carney, R. M., Catellier, D., Cowan, M. J., ... Schneiderman, N. (2003). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial. *Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3106–3116.
- Borchgrevink P. C., Fredheim, O., Fors, E. A., Hara, K., Holen, A. & Stiles, T. C. (2009). Hva er sammensatte lidelser? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 129–1368.
- Bjørkum, T., Wang, C. E. A. & Waterloo, K. (2009). Pasienterfaringer med ulike tiltak ved kronisk utmattelsessyndrom, *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 129, 1214–1216.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922.
- Den Norske Lægeforening. (2000). En sammenhengende helsetjeneste – Fra stykkevis og delt, til fullt og helt. Oslo, Norge: Den Norske Lægeforening.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalings, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658–670.
- Evans, D. L., Charney, D. S., Lewis, L., Golden, R. N., Gorman, J. M., Krishnan, K. R., ... Valvo, W. J. (2005). Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry*, 58(3), 175–189.
- Fonagy, P. (2010). Psychotherapy research: do we know what works for whom? *British Journal of Psychiatry*, 197, 83–85.
- Folkehelseinstituttet. (22.02.2008). Forekomst av psykiske plager og lidelser. Hentet fra <http://www.fhi.no/>
- Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo, Norge: Helsedirektoratet.
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmalings, K. B. & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(4), 547–557.
- Jacobson, N. S., Fruzzetti, A. E., Dobson, K., Whisman, M. & Hops, H. (1993). Couple therapy as a treatment for depression: II. The effects of relationship quality and therapy on depressive relapse *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 516–519.
- Katon, W. & Schulberg, H. (1992). Epidemiology of depression in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 14(4), 237–247.
- Kendrick, T. & Peveler, R. (2010). Guidelines for the management of depression: NICE work? *British Journal of Psychiatry*, 197, 345–347.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M. & Rounsaville, B. J. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, USA: Basic Books
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., Dworkind, M. & Yaffe, M. J. (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 150(5), 734–741.
- Kringle, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091–1098.

- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration*, ss 94–129. New York: Basic.
- Leone, S. S. (2010). A disabling combination: fatigue and depression. *British Journal of Psychiatry*, 197, 86–87.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies – Is It True That Everyone Has Won and All Must Have Prizes. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995–1008.
- McCracken, C., Dalgard, O. S., Ayuso-Mateos, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Lehtinen, V. & Dowrick, C. (2006). Health service use by adults with depression: community survey in five European countries. Evidence from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 189, 161–167.
- McDonald, W. M., Richard, I. H. & DeLong, M. R. (2003). Prevalence, etiology, and treatment of depression in Parkinson's disease. *Biological Psychiatry*, 54(3), 363–375.
- Mykletun, A., Bjerkeset, O., Overland, S., Prince, M., Dewey, M. & Stewart, R. (2009). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study. *British Journal of Psychiatry*, 195(2), 118–125.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Depression in Adults With a Chronic Physical Health Problem Treatment and Management. Clinical Guideline 91*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Price, J. R., Mitchell, E., Tidy, E. & Hunot, V. (2008). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database Systematic Review*(3), CD001027.
- Reme, S. E., Tangen, T., Moe, T. & Eriksen, H. R. (2011). Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. *European Journal of Pain, Electronic publication ahead of print*.
- Salokangas, R. K. R., Poutanen, O., Stengard, E., Jahi, R. & PaloOja, T. (1996). Prevalence of depression among patients seen in community health centres and community mental health centres. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(6), 427–433.
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C. & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England Journal of Medicine*, 341(18), 1329–1335.
- Stiles, T. C. & Sættem, L. (2008). Behandling av kroniske smertetilstander. I Stiles, T. C. (red.), *Lidelsespesifikk kognitiv terapi*. Tapir akademiske forlag: Trondheim.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate*. London: LEA.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. N. (1997). A metaanalysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes”. *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215.
- Watzke, B., Ruddel, H., Jurgensen, R., Koch, U., Kriston, L., Grothgar, B. & Schulz, H. (2010). Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: randomised controlled trial in routine mental healthcare. *British Journal of Psychiatry*, 197, 96–105.
- Wells, K. B. (1997). Caring for depression in primary care: defining and illustrating the policy context. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 Suppl 1, 24–27.
- White, P., Murphy, M., Moss, J., Armstrong, G. & Spencer, P. (2007). Chronic fatigue syndrome or myalgic encephalomyelitis. *British Medical Journal*, 335(7617), 411–412.



- White, P. D., Goldsmith, K. A., Johnson, A. L., Potts, L., Walwyn, R., DeCesare, J. C., ... Sharpe, M. (2011). Comparison of adaptive pacing therapy, cognitive behaviour therapy, graded exercise therapy, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome (PACE): a randomised trial. *The Lancet*, 377(9768), 823–836. 
- World Health Organization. (1997). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD–10). WHO.
- Wright, D. & Stiles, T. C. (2011) *Psykologisk ryggsmertebehandling: En utredningsguide*. Trondheim: Tapir akademiske forlag
- Wyller, V. B., Bjørneklett, A., Brubakk, Q., Festvåg, L., Follestad, I., Malt, U., ... Larun, L. (2006). Diagnostisering og behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME). *Rapport fra Kunnskapssenteret* nr 09–2006.
- Yohannes, A. M., Connolly, M. J. & Baldwin, R. C. (2001). A feasibility study of antidepressant drug therapy in depressed elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(5), 451–454.