

## Statusartikel

# Funktionelle lidelser hos børn og unge

Anne Katrine Toft-Kehler<sup>1</sup>, Mette Wernberg-Møller<sup>2</sup>, Karen Hansen Kallesøe<sup>3, 6</sup>, Nanette Mol Debes<sup>4, 5</sup>, Charlotte Ulrikka Rask<sup>3, 6</sup> & Stine Møller Sildorf<sup>4</sup>

1) Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Københavns Universitetshospital, Nordsjællands Hospital, Hillerød, 2) Børne- og Ungdomspsykiatrisk klinik, Sjællands Universitetshospital – Roskilde Hospital, 3) Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet, 4) Afdeling for Børn og Unge, Københavns Universitetshospital – Herlev og Gentofte Hospital, 5) Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet, 6) Team for funktionelle lidelser, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Aarhus

Ugeskr Læger 2026;188:V10250821. doi: 10.61409/V10250821

### HOVEDBUDSKABER

- Funktionelle lidelser ses hyppigt hos børn og unge og medfører nedsat funktionsniveau og stagnation i udvikling.
- Fælles biopsykosocial forståelse og tværsektoriel behandling er nødvendig for en god prognose.
- Somatisk og psykiatrisk komorbiditet ved funktionelle lidelser kræver tværfagligt samarbejde.

Funktionelle lidelser er tilstande med vedvarende eller tilbagevendende fysiske symptomer, der opleves som reelle og belastende, men som ikke kan forklares ved påviselig organisk sygdom eller strukturel skade.

Diagnosen stilles klinisk på baggrund af symptommønstre og sygdomspræsentation efter overvejelse af relevante medicinske og psykiatriske differentialdiagnoser. Funktionelle lidelser ses på et kontinuum, der spænder fra forbigående og milde symptomer til udtalte symptomer og invaliderende tilstande med indvirkning på barnets psykiske, faglige og sociale trivsel og udvikling.

Funktionelle lidelser forstås ud fra en biopsykosocial årsagssammenhæng, hvor dysregulering af biologiske processer, iboende og tilkomne psykologiske faktorer samt sociale belastninger bidrager til udvikling og vedligeholdelse af tilstanden.

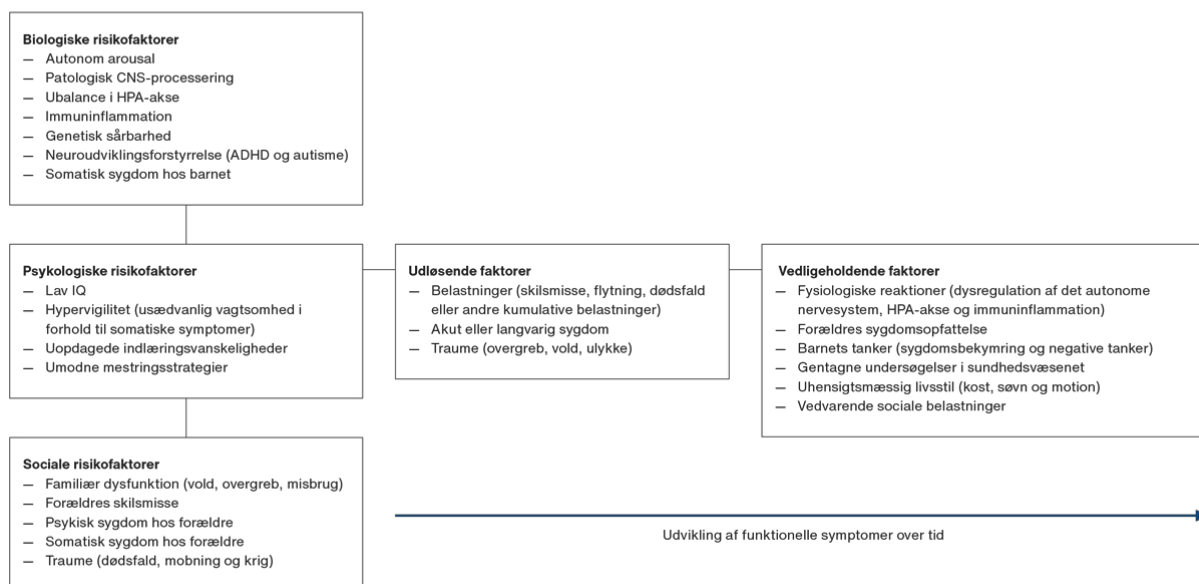
Mens den overordnede prævalens af funktionelle lidelser blandt børn og unge anslås til 3,3% [1], er enkelte symptomgrupper væsentligt mere udbredte. Således forekommer tilbagevendende funktionelle gastrointestinale symptomer hos 10-15% af børn og unge [2, 3], hvilket afspejles i pædiatriske gastroenterologiske ambulatorier, hvor funktionelle mavesmerter udgør omkring 50% af konsultationerne [4].

### Ætiologi og patogenese

Baggrunden for udvikling af funktionelle lidelser anses for multifaktoriel (**Figur 1**), men både enkeltstående og vedvarende belastninger kan være udløsende og vedligeholdende. Symptomerne bliver i sig selv en belastning, idet ubehag, bekymring for sygdom og nedsat funktionsniveau kan være fastholdende og forstærke lidelsen gennem uhensigtsmæssig adfærd. Den uhensigtsmæssige adfærd kan komme til udtryk som undgåelsesadfærd, nedsat fysisk aktivitet, kostrestriktioner, social tilbagetrækning eller af boom-bust-adfærd, hvor barnet veksler mellem overanstrengelse og udmattelse. Psykisk prædisposition, såsom lav IQ, indlæringsvanskeligheder,

iboende sårbarhed eller tilknytningsforstyrrelser kan ligeledes være bidragende til sværhedsgraden og varighed af symptomerne.

**FIGUR 1** En multifaktoriel sygdomsmodel med årsagskomponenter inden for biologi, psykologi og sociale forhold med udvikling af funktionel lidelse i et tidsperspektiv [6-8, 15, 16, 23, 27]. Risikofaktorer, udløsende og vedligeholdende faktorer skal ikke forstås som adskilte kategorier; de kan påvirke hinanden indbyrdes, overlappe og i nogle tilfælde fungere som både prædisponerende, udløsende eller vedligeholdende faktorer afhængigt af kontekst.



CNS = centralnervesystem; HPA = hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen.

Hos forældre kan ses uhensigtsmæssige reaktionsmønstre, herunder bekymring for alvorlig sygdom hos barnet, frygt for ikke at blive taget alvorligt i sundhedsvæsenet samt følelsesmæssig overinvolvering og begrænset forståelse for kroppens signaler.

I nogle tilfælde beskriver forældrene selv funktionelle symptomer, men med begrænset forståelse for den biopsykosociale årsagssammenhæng [5]. En familier forståelse, hvor symptomer primært tolkes som udtryk for fysisk sygdom, en lav grad af indsigt i sammenhængen mellem belastninger og symptomer samt manglende forventning om bedring kan bidrage til at vedligeholde tilstanden. Manglende fælles forståelse af diagnosen og dens årsagsforhold kan udfordre behandlingsalliancen og udgøre en negativ prognostisk faktor.

Funktionelle lidelser må desuden forstås i samspil med barnets øvrige sociale kontekster, herunder institution, skole, jævnaldrende og familie, hvor barnets ressourcer ikke altid er afstemt med de krav, omgivelserne stiller.

De biologiske komponenter i den biopsykosociale model omfatter teorier om dysregulation i det autonome nervesystem, ændringer i stress- og immuninflammatoriske responser samt forstyrrelser i hjernens predictive coding (se Figur 1 under biologiske risikofaktor og vedligeholdende faktorer). Autonom dysfunktion kan indebære en overvægt af sympatikus-aktivitet, forstyrrelser i hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen (HPA-aksen) med dysreguleret kortisol- og katekolaminrespons og ubalance i immunaktivitet. Disse ændringer kan føre til øget kropslig sensibilisering og symptomer [6]. Predictive coding-teorien antager, at hjernen kontinuerligt forudsiger og fortolker sanseindtryk ud fra tidligere erfaringer. Sansning er et dynamisk samspil mellem signaler fra kroppen og forventninger fra hjernen. Hjernen danner upræcise forudsigelser og fejltolker somatiske signaler, hvilket kan resultere i vedvarende symptomer. Predictive coding-forstyrrelser vurderes at være reversible og at kunne normaliseres ved rettidig og målrettet behandling [7, 8].

## Anamnese og objektiv undersøgelse

Diagnosticeringen af funktionelle lidelser kan udføres af alle læger og beror på genkendelse af symptom mønsteret baseret på 1) *Anamnestisk afdækning* af symptomer, familiære dispositioner, tidligere og aktuelle somatiske og psykiatriske sygdomme, kontakter med sundhedsprofessionelle, søvn, kost, motion, sociale relationer og belastende begivenheder. Disse oplysninger kan hensigtsmæssigt skitseres på en livsline med symptomer, undersøgelser og diagnoser på den ene side og psykosociale begivenheder på den anden side [9]. 2) *En grundig objektiv undersøgelse* med supplerende parakliniske undersøgelser (f.eks. blodprøver, billeddiagnostik, afføringsprøver) med udelukkelse af bagvedliggende somatisk sygdom, 3) *Identifikation* af sammenhæng mellem symptomer og den biopsykosociale model.

Funktionelle lidelser skal ses i et udviklingsperspektiv, hvor børn ofte præsenterer færre og mere afgrænsede symptomer (svarende til ét eller to organsystemer) end unge og voksne [10]. De funktionelle symptomer kan være ledsaget af emotionelle symptomer (vredesudbrud, tristhed, gråd) og kropslig dysregulation (træthed, nedsat appetit, søvnbesvær, urenlighed). Med alderen ses hyppigere et mere komplekst symptombillede svarende til det, man ser hos voksne, hvor symptomer ofte er multiple og involverer flere organsystemer [11]. **Tabel 1** beskriver to typiske sygehistorier med funktionelle symptomer hos hhv. et barn og en ung.

**TABEL 1** To typiske sygehistorier vedrørende funktionelle symptomer hos hhv. et barn og en ung.

*Sygehistorie I – 5-årig dreng Christian*

Christian på fem år bor med sin mor, far og søster på to år. Klager dagligt over mavesmerter, og i børnehaven ligger Christian ofte på en madras og har svært ved at indgå i legen med jævnaldrende børn. Hvis der er meget larm og uro, får Christian forværring af sine mavesmerter. Når Christian kommer hjem, ophører mavesmerterne, men forældrene fortæller, at Christian ofte har kvalme og mindre appetit. Der beskrives samtidig færre legeaftaler end tidligere. Christian har flere gange været hos egen læge, som har undersøgt med blodprøver, afføringsprøver og forsøgt behandling mod forstoppelse, uden at der er fundet en forklaring på smerterne og uden effekt af behandlingen. Christians mavesmerter betyder, at Christians forældre har betydeligt fravær på arbejdet og har vanskeligheder ved at få hverdagen til at hænge sammen. Efter et års udredning hos egen læge og børnelæge får Christian diagnosen »Funktionel lidelse, gastrointestinal, DR688A9B2«

*Sygehistorie II – 17-årig pige Cecilie*

Cecilie på 17 år bor med sin mor, far og søster på 11 år. Cecilie blev for to år siden opereret for skoliose og har siden da oplevet udtalt træthed, rygsmerter, kvalme og hjertebanken på daglig basis. Cecilie har ikke været i skole i to år. Cecilie har været ved egen læge flere gange og har været henvist til pædiatrisk afdeling, som har taget blodprøver og lavet MR-skanning af cerebrum, som begge var normale. Cecilie er genetisk udredt med henblik på at undersøge for Marfans syndrom på baggrund af skoliose og uforklarlig træthed. Efter 2-3 års henvisninger og udredninger på pædiatrisk afdeling, stilles diagnosen »Funktionel lidelse, multiorgan, DR688A9A«. Ved grundig anamnese, herunder livslinje med livsbegivenheder og somatiske symptomer, viser det sig, at Cecilie har været et ængsteligt barn med følelsesmæssige reguleringsvanskeligheder siden tidlig barndom. Cecilie får 6 mdr. senere diagnoserne ADHD og social angst. Efter opstart af medicinsk behandling for ADHD, psykoterapi for social angst samt psykoedukation om funktionelle symptomer ses reduktion af somatiske symptomer, og Cecilie vender langsomt tilbage til et normalt ungdomsliv

Funktionelle lidelser, der ses som en overbygning på somatisk lidelse, betegnes som sekundær og kan være særligt udfordrende at diagnosticere og behandle. Eksempler på sekundære tilstande kan være mavesmerter hos et velbehandlet barn med cøliaki, en ung med inflammatorisk tarmsygdom eller funktionelle tics ved Tourettes syndrom [12]. Funktionelle anfald (kaldet psykogene nonepileptiske anfald (PNES)) ses hos 14% af unge med epilepsi [13, 14].

## Psykiatrisk komorbiditet og differentialdiagnostik

Børn og unge med neuroudviklingsforstyrrelser i form af ADHD og autisme eller indlæringsvanskeligheder

såsom dysleksi har hyppigere funktionelle lidelser end baggrundsbeholdningen. Ved ADHD og autisme kan ses uhensigtsmæssig tolkning af somatiske symptomer og nedsat fornemmelse for egen krop. Hertil kommer rigiditet og tendens til konkret tænkning, som vanskeliggør psykoedukation om sammenhængen mellem belastninger og funktionelle symptomer. Manglende rettidig og ressourcестemte støtte ved uerkendte iboende sårbarheder kan bidrage yderligere til symptomudvikling. Tidlig identifikation af underliggende udfordringer og støttebehov er derfor væsentlig for videre behandling og prognose. Børn og unge med funktionelle lidelser er i øget risiko for samtidig angst eller depression, som påvises hos op til 30% [15, 16]. Der foreligger endnu ikke opgørelser for øvrige psykiatriske lidelser, men klinisk ses hyppig komorbiditet i form af søvnvanskeligheder, forstyrrelser af spisning og udadreagerende adfærd.

Differentialdiagnostisk bør der være særlig opmærksomhed på tegn til medicinsk børnemishandling, som både kan ses inden for det somatiske og psykiatriske spektrum [17]. Ved medicinsk børnemishandling vil en forælder overrapportere enten somatiske eller psykiatriske symptomer, afvise negative resultater, opsøge gentagne revurderinger og udvise manglende glæde ved symptombedring. For at diagnosen kan stilles, kræves det, at de for barnet skadelige handlinger er intentionelle.

Ved mistanke om medicinsk børnemishandling er det vigtigt at konferere mistanken med en speciallæge i højtspecialiseret socialpædiatrisk funktion. Den intentionelle handling ses derimod ikke ved helbredsangst by proxy – en tilstand, hvor en forælder oplever betydelig angst for, at barnet fejler noget alvorligt, hvilket kan føre til gentagne kontakter og uhensigtsmæssige undersøgelser i sundhedsvæsenet [18].

## Diagnosekoder og henvisning

For at styrke konsensus om diagnostik af funktionelle lidelser blev der i 2019 fremsat nye diagnosekoder af Sundhedsstyrelsen (Tabel 2) [19]. Gældende er, at symptomer bør være til stede mindst et par gange om ugen, have varet mindst tre måneder samt påvirke livskvalitet og funktionsevne, før diagnosen stilles. Klinisk kan diagnosen funktionel lidelse anvendes som tentativ diagnose allerede initialt under udredning. På denne måde inkluderes denne differentialdiagnostiske overvejelse som en positiv diagnose og ikke som en eksklusionsdiagnose til slut i et ofte langvarigt forløb. Dette fremmer de lægefaglige overvejelser i tidlig fase og giver forældrene og barnet en forståelse for, at symptomerne anerkendes som del af en lidelse, selv om der ikke kan påvises en underliggende veldefineret somatisk sygdom.

**TABEL 2** Diagnosekoder fremsat af Sundhedsstyrelsen i 2019, hvor funktionelle lidelser inddeles i underkategorier svarende til de fremtrædende symptomer og organsystemer [19].

Diagnosekode	Diagnose	Symptomer
DR688A9	Funktionel lidelse IKA	Henvisningsdiagnose
DR688A9A	Funktionel lidelse, multiorgan	Somatiske symptomer fra flere organer
<i>DR688A9B</i>	Funktionel lidelse, enkelt organ	Somatiske symptomer fra et enkelt organ – de 6 undergrupper ses herunder
DR688A9B1	Funktionel lidelse, almen/træthed	Hovedpine, svimmelhed, træthed
DR688A9B2	Funktionel lidelse, gastrointestinal	Oppustethed, obstipation, diarré, mavesmerter, kvalme, dyspepsi, opkast
DR688A9B3	Funktionel lidelse, muskuloskeletal	Muskelsmerter, ledsmerter, rygsmerter, nedsat bevægelighed
DR688A9B4	Funktionel lidelse, kardiopulmonal	Hjertebanken, brystmerter, hyperventilation, åndenød, koldsved, rysten
DR688A9B5	Funktionel lidelse, neurologisk	Kramper, sanseforstyrrelser, bevægeforstyrrelser
DR688A9B6	Funktionel lidelse, urogenital	Dysuri, polyuri
DR688A9B9	Anden funktionel lidelse, enkelt organ	Et somatisk symptom fra et organsystem
DR688A9C	Funktionel lidelse, enkelt symptom	Svimmelhed eller træthed

IKA = ikke klassificeret andetsteds.

Baseret på retningslinjer for udredning og behandling af funktionelle lidelser i specialeplanen fra Sundhedsstyrelsen [20] foreslås en stepped-care-model, hvor børn med milde symptomer ses hos praktiserende

læge, børnelæge eller i kommunalt regi. Børn med moderat funktionel lidelse henvises til pædiatrisk regi (hovedfunktion), mens børn med moderate til svære funktionelle lidelser henvises til børneafdelinger eller til børnepsykiatriske afdelinger med regions- eller højt specialiseret funktion afhængigt af barnets symptombillede og associerede problemstillinger.

## Behandling og prognose

Behandling af funktionelle lidelser er baseret på både nonfarmakologiske og farmakologiske tiltag afhængig af symptombillede, sværhedsgrad, komorbiditet og funktionsniveau [6, 21-24]. En familieorienteret tilgang er vigtig for at undgå, at problemet ikke udelukkende tillægges barnet. Det sociale netværk og instanser i primærsektoren bør orienteres med fokus på, at barnets basale psykiske, fysiske og sociale behov dækkes svarende til barnets ressourcer både familiært og i øvrige sociale kontekster. Der er god evidens for, at psykologiske interventioner kan hjælpe børn og unge med moderate og svære funktionelle lidelser. Denne viden stammer imidlertid primært fra indsatser udviklet og afprøvet i hospitalsregi. Derimod er der fortsat begrænset viden om, hvordan lette funktionelle lidelser bedst håndteres i primærsektoren. Baseret på Sundhedsstyrelsens vejledning til fagprofessionelle anbefales psykoedukation med fokus på sygdomsforståelse og sygdomsadfærd som det primære behandlingselement i det initiale møde med familierne i primærsektoren [25, 26].

I **Tabel 3** ses tips og tricks til håndtering af lette til moderate funktionelle lidelser i almen praksis, på almenpædiatriske afdelinger og børnepsykiatriske afdelinger samt øvrige relevante specialer.

**TABEL 3** Oversigt over nonfarmakologiske interventioner ved lette til moderate funktionelle lidelser hos børn og unge [26].

## Tips og tricks

Opnåelse af behandlingsalliance med forældre med udgangspunkt i biopsykosocial forståelse for funktionelle symptomer
Afdækning af belastninger i familien
Underretning til kommune ved belastninger eller funktionsnedsættelse
Psykoedukation vedrørende symptomer: Forældre opfordres til at validere symptomer, men undgå at spørge aktivt ind til symptomer og undgå at vurdere graden af symptomer. Forældre opfordres endvidere til at initiere aktiviteter, der fjerner fokus fra funktionelle symptomer
Psykoedukation vedrørende basal regulering: regulering inden for regelmæssig søvn tilpasset alderen, faste måltider 3 gange dagligt, fysisk aktivitet 30-60 minutter dagligt – aktiviteter, som er relateret til et almindeligt børneliv såsom trampolin, gåtur eller tur på legepladsen
Psykoedukation om ikke at opsøge alternative behandlinger såsom zoneterapi, akupunktur og lignende, som tilgår symptomer ud fra en mekanisk forståelse, da dette fastholder barnet og forældrene i en fejlagtig sygdomsforståelse
Ved mistanke om psykiatrisk komorbiditet henvises til børnepsykiatrien, eller kommune underrettes med henblik på PPR-vurdering

PPR = pædagogisk psykologisk rådgivning.

Behandlinger i specialiseret regi består af en dyberegående psykoedukation og psykoterapi (Tabel 3) samt i nogle tilfælde fysioterapeutisk behandling. Ved komorbid ADHD kan iværksættes behandling med ADHD-medicin på relevant indikation. Ud over effekt på ADHD-kernesymptomer ses i nogle tilfælde bedring af emotionsregulering og dermed understøttelse af en mere hensigtsmæssig tolkning af somatiske symptomer. Ved komorbid angst eller depression kan iværksættes behandling med selektive serotoninoptagshæmmere (SSRI), hvilket i nogle tilfælde kan reducere sygdomsintensitet og -varighed. Ved søvnproblemer kan melatonin anvendes. Behandlingsmål er i svære tilfælde ikke fravær af symptomer, derimod reduktion af intensitet og bedring af funktionsniveau.

Studier har vist, at prædiktorer for vedvarende funktionelle symptomer er kvindeligt køn, depressive symptomer, lav grad af selv vurderet helbred samt høj grad af forælder rapporterede symptomer [27-29]. Omvendt antages gode prognostiske faktorer at være tidlig diagnostik, pludselig debut af symptomer, let identificerbare belastninger, god præmorbid tilpasningsevne, fravær af komorbiditet med hverken somatiske

eller psykiatriske sygdomme samt forældres accept af en biopsykosocial forståelse [30].

**Korrespondance** Anne Katrine Toft-Kehler. E-mail: toft-keher@dadlnet.dk

**Antaget** 5. februar 2026

**Publiceret på ugeskriftet.dk** 25. maj 2026

**Interessekonflikter** KHK oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Novo Nordisk, Det Obelske Familiefond, Hans Reitzels Forlag og Psykisk Helsevern, Norge, Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser, Børne – og Ungdomspsykiatrisk Selskab. CUR oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Danmarks Frie Forskningsråd, Lundbeckfonden, TrygFonden, Gyldendal, Einstein Foundation Berlin, Trond Mohn Research Foundation, Australian National Health and Medical Research Council, The Irish Research Council, The Icelandic Research Fund, iSOMA+, og European Association for Psychosomatic Medicine (EAPM), Aage og Johanne Louis-Hansens Fond, Den Psykiatriske Forskningsfond, Region Midt, Region Midtjyllands Forskningsfond. SMS oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Dansk Selskab for Ungdomsmedicin og Dansk Pædiatrisk Selskab. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

**Referencer** findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

**Artikelreference** Ugeskr Læger 2026;188:V10250821

doi 10.61409/V10250821

**Open Access** under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

## SUMMARY

### Functional disorders in children and adolescents

Functional somatic disorders are common in youth, leading to reduced daily functioning, impaired quality of life and stagnation of development. The functional somatic symptoms cannot exclusively be explained by somatic disease and are best understood within a biopsychosocial framework, in which biological dysregulation, predictive coding and psychosocial factors interact in development and maintenance. Prevalence is increasing, and the condition often requires interdisciplinary collaboration, especially when comorbidities are present. Early diagnosis and family based cross-sectional intervention are key to preventing deterioration and chronicity, as argued in this review.

## REFERENCER

1. Vesterling C, Schütz-Wilke J, Bäker N, et al. Epidemiology of somatoform symptoms and disorders in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. *Health Soc Care Community*. 2023. <https://doi.org/10.1155/2023/6242678>
2. Boronat AC, Ferreira-Maia AP, Matijasevich A, Wang YP. Epidemiology of functional gastrointestinal disorders in children and adolescents: a systematic review. *World J Gastroenterol*. 2017;23(21):3915-3927. <https://doi.org/10.3748/wjg.v23.i21.3915>
3. Vernon-Roberts A, Alexander I, Day AS. Systematic review of pediatric functional gastrointestinal disorders (Rome IV criteria). *J Clin Med*. 2021;10(21):5087. <https://doi.org/10.3390/jcm10215087>
4. Nurko S, Di Lorenzo C. Functional abdominal pain: time to get together and move forward. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008;47(5):679-80. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e31818936d1>
5. Thapar A, et al. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 7th ed. Chapter 18. Wiley-Blackwell, 2025
6. Kozłowska K, Scher S, Helgeland H. *Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents*, 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-46184-3>
7. Henningsen P, Gündel H, Kop WJ, et al. Persistent physical symptoms as perceptual dysregulation: a neuropsychobehavioral model and its clinical implications. *Psychosom Med*. 2018;80(5):422-431. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000588>

8. Rosendal M. Hvordan kan vi forstå funktionel lidelse – centralnervesystemets rolle. Månedsskr Almen Praks. 2023. <https://www.maanedsskriftet.dk/temasaertryk/funktionel-lidelse-artikler/13044/> (1. aug. 2025)
9. Hulgaard DR, Tsang KK, Ibeziako P, Rask CU. Somatic symptom and related disorders in children and adolescents. Compr Clin Psychol. 2022;5:510-528. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00035-2>
10. Rask CU, Olsen EM, Elberling H, et al. Functional somatic symptoms and associated impairment in 5–7-year-old children: the Copenhagen Child Cohort 2000. Eur J Epidemiol. 2009;24 (10):625-34. <https://doi.org/10.1007/s10654-009-9366-3>
11. Münker L, Rimvall MK, Frostholm L, et al. Can the bodily distress syndrome concept be used to assess functional somatic symptoms in adolescence? J Psychosom Res. 2022;163:111064. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111064>
12. Müller-Vahl KR, Pisarenko A, Fremer C, et al. Functional tic-like behaviors: a common comorbidity in patients with Tourette syndrome. Mov Disord Clin Pract. 2024;11(3):227-237. <https://doi.org/10.1002/mdc3.13932>
13. Hansen AS, Rask CU, Rodrigo-Domingo M, et al. Incidence rates and characteristics of pediatric onset psychogenic nonepileptic seizures. Pediatr Res. 2020;88(5):796-803. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-0945-z>
14. Massot-Tarrús A, Yu YJ, AlKhateeb M, Mirsattari SM. Factors associated with comorbid epilepsy in patients with psychogenic nonepileptic seizures: a large cohort study. Epilepsy Behav. 2022;134:108780. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2022.108780>
15. Holmberg K, Hjern A. Health complaints in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Acta Paediatr. 2006;95(6):664-70. <https://doi.org/10.1080/08035250600717121>
16. Kingma EM, Janssens KAM, Venema M, et al. Adolescents with low intelligence are at risk of functional somatic symptoms: the TRAILS study. J Adolesc Health. 2011;49(6):621-6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.04.022>
17. Mogensen J, Brun B. Münchhausen-syndrom by proxy. Psyke Logos. 2017;37. <https://doi.org/10.7146/pl.v37i2.25752>
18. Rask CU, Duholm CS, Poulsen CM, et al. Annual research review: health anxiety in children and adolescents—developmental aspects and cross-generational influences. J Child Psychol Psychiatry. 2024;65(4):413-430. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13912>
19. Sundhedsstyrelsen. Kodning af funktionelle lidelser: vejledning til sundhedspersonale, 2020. <https://www.sst.dk/media/sl5gme1o/kodning-af-funktionelle-lidelser-1.pdf> (1. aug. 2025)
20. Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri, 2023. <https://www.sst.dk/media/q02jfsa0/specialevejledning-for-boerne-og-ungdomspsykiatri-211223.pdf> (1. aug. 2025)
21. Bonvanie IJ, Kallesøe KH, Janssens KAM, et al. Psychological interventions for children with functional somatic symptoms: a systematic review and meta-analysis. J Pediatr. 2017;187:272-281.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.03.017>
22. Kozłowska K, Chudleigh C, Savage B, et al. Evidence-based mind-body interventions for children and adolescents with functional neurological disorder. Harv Rev Psychiatry. 2023;31(2):60-82. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000358>
23. Kangas M, Kallesøe KH, Rask CU. Functional somatic syndromes (FSS) in children and adolescents: conceptual, measurement and treatment issues. Z Psychol. 2020;228(2):81-82. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000401>
24. Kallesøe KH, Ørnbøl E, Wellnitz KB, Rask CU. The role of illness perception and behaviour in the treatment of adolescents with multisystem functional somatic disorders: a post hoc mediation analysis of the AHEAD trial. Cogn Behav Ther. 2025:1-22. <https://doi.org/10.1080/16506073.2025.2521719>
25. Kallesøe KH, Wellnitz KB, Ørnbøl E, Rask CU. Clinical impact of systematic assessment and psychoeducation in specialized treatment of adolescents with severe functional somatic disorders: results from the AHEAD study. Children (Basel). 2023;10(7):1101. <https://doi.org/10.3390/children10071101>
26. Sundhedsstyrelsen. Funktionelle lidelser hos børn og unge, 2023. <https://www.sst.dk/udgivelser/2023/funktionelle-lidelser-hos-boern-og-unge> (1. aug. 2025)
27. Münker L, Rimvall MK, Frostholm L, et al. Exploring the course of functional somatic symptoms from pre- to late adolescence and associated internalizing psychopathology: an observational cohort study. BMC Psychiatry. 2024;24(1):495. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05937-3>
28. Rask CU, Bonvanie IJ, Garralda EM. Risk and protective factors and course of functional somatic symptoms in young people. I: Understanding Uniqueness and Diversity in Child and Adolescent Mental Health. 2018:77-113. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815310-9.00004-6>
29. Janssens KAM, Klis S, Kingma EM, et al. Predictors for persistence of functional somatic symptoms in adolescents. J Pediatr. 2014;164(4):900-905.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.12.003>

30. Gelauff J, Stone J. Prognosis of functional neurologic disorders. *Handb Clin Neurol.* 2016;139:523-541.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00043-6>