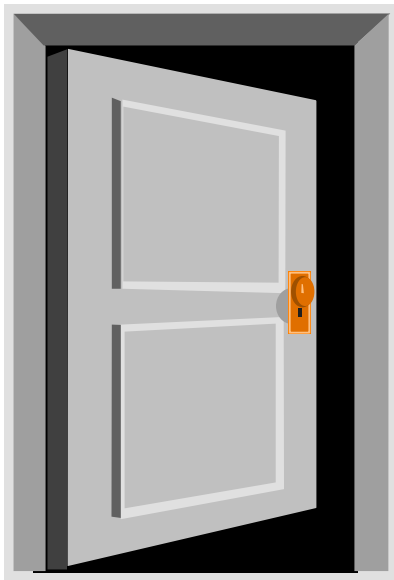


Udredning og behandling af funktionelle lidelser i almen praksis

TERM - modellen

The Extended Reattribution and Management Model

- Et efteruddannelsesprogram for ikke-psykiatriske læger



P. Fink, M. Rosendal, T. Toft

Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser, Psykosomatik og Liaisonpsykiatri, Århus Universitetshospital
Forskningsenheden for Almen Medicin, Aarhus Universitet

Indholdsfortegnelse

Introduktion	5
Målsætning.....	6
Overordnede opbygning.....	7
Uddannelsen af supervisorer.....	9
Det danske sundhedssystem.....	10
Afprøvning.....	10

Teoretisk baggrund

Kapitel 1

Baggrund og ætiologi.....	11
Baggrund.....	11
Ætiologi.....	15

Kapitel 2

Samspelet mellem lægen og den somatiserende patient	17
Lægens bidrag (Iatrogene faktorer)	17
Patientens symptomperception og sygdomsopfattelse.....	21

Kapitel 3

Biologisk grundlag for somatisering	25
---	----

Kapitel 4

Hvordan får lægen det lettere med den somatiserende patient?	27
--	----

TERM-modellen

Kapitel 5

Udredning og behandling	29
Udredning og kunsten at få patienten til at føle sig hørt og forstået	29
TERM-modellen trin 1: Forståelse	32
TERM-modellen trin 2: Lægens bord og anerkendelse	36
TERM-modellen trin 3: Sammenhæng forhandles	37
TERM-modellen trin 4: Konkret efterforløb forhandles	40

Kapitel 6

Opfølgende samtaler	43
---------------------------	----

Kapitel 7

Behandling og management af kronisk somatiserende tilstande	47
Generelle råd ved management af kronisk somatisering	50

Referencer	53
------------------	----

Appendiks	57
-----------------	----

Introduktion

Generelt set må fysiske symptomer uden organisk grundlag ses som en måde, mennesket har at udtrykke belastning på, på samme måde som belastning kan udtrykkes gennem angst og depression. Traditionelt har vi haft vanskeligt ved at behandle nogle af disse patienter, og enkelte patienter er blevet opfattet som ”besværlige”. Som læge ønsker man at give disse patienter samme behandlingsmuligheder og behandlingskvalitet, som andre patienter. Formålet med dette initiativ er at hjælpe med i processen med at bedre vores behandlingsmuligheder for patientgruppen og at hjælpe med til at forebygge u hensigtsmæssig sygdomsadfærd.

Dette uddannelsesprogram er udarbejdet af Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser, Psykosomatik og Liaisonpsykiatri, Århus Universitetshospital i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Medicin, Aarhus Universitet. Herudover har lektor Linda Gask, University of Manchester, været konsulent i udviklingsarbejdet.

Ud over denne manual består programmet af et intensivt kursus, hvor de forskellige elementer i behandlingsmodellen trænes ved praktiske øvelser. Der er udarbejdet separat undervisningsmateriale til kursister og undervisere (se senere).

Uddannelsesprogrammet er beregnet for læger i almen praksis, men vil formodentlig med fordel kunne anvendes også i andet regi, ligesom de teknikker, der undervises i, vil kunne anvendes såvel i den somatiske klinik som i behandlingen af andre psykiske lidelser end somatisering.

Programmet er udviklet i forbindelse med FIP-studiet¹ (Forebyggelse af funktionelle lidelser og u hensigtsmæssig sygdomsadfærd i almen praksis), som er et tværvideenskabeligt samarbejde med deltagelse af: Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser, Psykosomatik og Liaisonpsykiatri, Århus Universitetshospital, Forskningsenheden for Almen Medicin, Aarhus Universitet, Afdelingen for Etnografi og Social Antropologi, Aarhus Universitet og Psykologisk Afdeling, Aarhus Universitet. Dette projekt har arbejdet tæt sammen med studiet ”Somatiserende patienter i almen praksis”², som udgår fra Kvalitetsudviklingsudvalget Q2, Vejle amt og Forskningsenhed og Institut for Almen Medicin, Aarhus Universitet.

En speciel tak skal rettes til praktiserende læger; professor dr.med. Frede Olesen, Hans Kallerup, lektor Laurits Ovesen, Jette Schjødt, Sven Ingerslev, Mogens Tuborgh, Annette Vibæk Lund, Marthin Holm, Kaj Sparle Christensen, Jette Møller Nielsen, samt psykiaterne Emma Rehfeldt, Lene Søndergaard Nielsen, og cand. psyk. Lisbeth Frostholt for gennemlæsning, kommentarer og aktiv deltagelse i udviklingsarbejdet.

Uddannelsesprogrammet bygger på ”The Reattribution Model”, som blev udviklet i Manchester af professor David Goldberg og lektor Linda Gask i begyndelsen af 1980’erne, og som Linda Gask siden har arbejdet videre med. Modellen er blevet testet i forskellige undersøgelser¹⁻¹¹ og disse tyder på, at denne model er effektiv bl.a. med hensyn til at forbedre lægernes kommunikationsfærdigheder og til at formindske forbruget af sundhedsydelser.

Vi har valgt at ændre og modificere The Reattribution Model på visse punkter og tilføje nye elementer. Navnet er derfor ændret til TERM-modellen (The Reattribution Model and Management Model). De væsentligste ændringer er:

¹ FIP-studiet er finansieret af: Statens Forskningsråds tværvideenskabelige forskningsprogram om Sundhedsfremme og forebyggelsesforskning, som er en del af Tværrådligt Program for Sundhedsforskning (bevilling nr. 9801278) og Kvalitetsudviklingsudvalget vedr. Almen Praksis i Århus Amt.

² Projektet er finansieret af kvalitetsudviklingsudvalget Q2 for Vejle amt, Vejle Amts Lægevidenskabelige Forskningsfond, Fonden vedr. finansiering af forskning i almen praksis og sundhedsvæsenet i øvrigt, Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond og Sara Kirstine Dalby Krabbes legat

- a) Generel interviewteknik er indarbejdet i modellen.
- b) Der er indført en skarpere skelnen mellem de forskellige hovedpunkter. Det er eksempelvis understreget, at man i det første afsnit udelukkende lytter (og undersøger) aktivt. Mange læger er tilbøjelig til at være ”overeffektive” og for hurtige med råd og forklaringer, hvilket er meget uhensigtsmæssig over for somatiserende patienter.
- c) Udspørgen om psykisk lidelse, funktionsniveau og forventninger til behandlingen mv. er tilføjet som selvstændige punkter.
- d) Det biologiske grundlag for somatisering indgår centralt i forklaringsmodellen for somatoforme lidelser.
- e) Der er tilføjet en vejledning om opfølgende behandling.
- f) Der er tilføjet en vejledning i behandling eller management af subakutte og kronisk somatiserende patienter.
- g) Programmet og undervisningen er beskrevet i detaljer af hensyn til dokumentationen.

Det aktuelle uddannelsesprogram fokuserer på diagnostik og behandling af funktionelle lidelser; men mange af de teknikker der undervises i er generelle og kan derfor med stor fordel benyttes også ved andre psykiske lidelser såvel som mere generelt i den kliniske hverdag. Der findes i forvejen flere dedikerede programmer til behandling af depression¹² og afhængighedstilstande i almen praksis¹³, hvortil der kan henvises.

Målsætning

Det overordnede mål med programmet er at efteruddanne alment praktiserende læger i diagnostik og behandling af somatiserende patienter under en form, der er både acceptabel og anvendelig for et bredt udsnit af alle praktiserende læger i den daglige kliniske praksis. Der lægges specielt vægt på at dygtiggøre de læger, som har de færreste forudsætninger, men dog således at alle læger uanset forudsætninger føler, at de kan få et udbytte.

Som led i udviklingen af efteruddannelsesprogrammet blev de praktiske begrænsninger diskuteret og afgrænset. For det første blev det vurderet at et 2 dages internatkursus med 3-4 opfølgende aftenmøder i den følgende måned var grænsen for det overkommelige for lægerne. For det andet blev det forudsat, at lægerne blev kompenseret for tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med deltagelse. Endeligt skulle det være muligt, at implementere metoden i den daglige klinik under de givne tidsmæssige og økonomiske rammer.

Det er urealistisk inden for disse rammer, at lære ikke-psykiatriske læger, at beherske diagnostikken og behandlingen af alle grader af funktionelle lidelser. Vi valgte derfor at fokusere på nogle delelementer i undervisningen og besluttede, at der ikke skulle arbejdes med teknikker, der indebærer brugen af skemaer, dagbøger og lignende. Diagnostik og behandling af depression og angstlidelser er kort gennemgået. I det store og hele valgte vi at udvikle, hvad vi mener er et komplet program for behandling af somatiserende patienter i almen praksis på ikke-specialistniveau. Det er ikke målsætningen at alle kursusedtagerne skal lære at beherske alle modellens elementer; men vi vil opfatte det som tilfredsstillende, blot lægen lærer at beherske dele af programmet. Vi håber dette vil give lægerne lyst til selv at arbejde videre med programmet og at nogle vil blive interesseret i at fortsætte processen på andre videreuddannelseskurser.

Endvidere tilsigtes det, at det under kurset efterhånden skal gå op for kursisterne, at de teknikker, der indlæres, har et mere generelt sigte og med fordel også kan anvendes ved andre tilstande – såvel somatisk veldefinerede som andre psykiske lidelser.

Undervisningsprogrammet har 3 hovedmål:

- 1) Formidling af viden om funktionelle lidelser - ætiologi, epidemiologi, diagnostik og behandling.

- 2) At bibringe lægerne praktiske færdigheder i a) generel interviewteknik og b) specifikke behandlingsprincipper for funktionelle lidelser. Der fokuseres overvejende på relativt simple teknikker, som alle læger i princippet burde beherske, og som de fleste kan lære. Fokus er på kognitive, adfærdsmæssige og ”administrative” teknikker, hvorimod der ikke direkte arbejdes med klassiske psykoanalytiske teknikker som f.eks. overføring og modoverføring. Indøvning sker overvejende ved træning af specifikke delfærdigheder (’micro skills training’).
- 3) En holdningsbearbejdning. Psykiske lidelser og funktionelle lidelser i særdeleshed er i dag ofte stigmatiserende tilstande. Nogle patienter med funktionelle lidelser er svært invaliderede og lidende af deres sygdom, hvilket medfører store omkostninger for samfundet ikke blot i form af øgede sundhedsudgifter, men også i form af tabte arbejdsår, førtidspension og andre sociale udgifter. Det kan således få alvorlige konsekvenser for patienterne, såfremt tilstandene ikke diagnosticeres og behandles. Igennem undervisningen er det målet, at initiere en holdningsændring hos lægen over for patienter med funktionelle lidelser, således at funktionelle lidelser tages lige så alvorligt som andre sygdomme, og at patienterne får den samme seriøse behandling som andre patienter.

For at kunne bibringe lægerne færdigheder på den begrænsede tid, der var til rådighed, var det væsentligt, at begrænse mængden af teoretisk stof og at arbejde meget praktisk orienteret med øvelser. På den anden side blev det fundet nødvendigt, at lægerne blev forsynet med et teoretisk grundlag for at kunne formidle dette til patienterne, og for at de kunne føle sig på sikker grund i behandlingen.

Overordnede opbygning

Programmet består af et 2 dages internatkursus (16 timer) efterfulgt af 3-4 aftenmøder (å 2 timer) med ca. 1 uges mellemrum, et boostermøde (2 timer) efter 3 måneder og endelig et praksisbesøg (½ time) efter 6 måneder.

Undervisningsmaterialet består af:

- *Dette teoretiske hæfte* hvor den nyeste viden om funktionelle lidelser og behandlingsmodellen er beskrevet i detaljer.
- *Arbejdsmappe til kursisterne* som indeholder en detaljeret instruktion til hver øvelse med konkrete forslag til spørgsmålsformuleringer og kasuistikker, kopier af overheads fra alle oplæg, huskekort med TERM-modellen og management af kroniske tilfælde samt diagnosevejledninger.
- *Undervisermappe* med samme indhold som kursistmappen + overheads til teoretiske indlæg og tilhørende ’speakers notes’ samt vejledning for gruppesupervision.
- *Instruktion* til skuespillere (med i alt 4 sygehistorier).
- *Video* med eksempler på de forskellige teknikker produceret af Linda Gask og med danske undertekster.

Samtlige materialer kan rekvireres.

Internatkursets opbygning

Internatkurset varer 2 hele dage. Det er modulært opbygget med 4 moduler á 3 timers varighed. Sammensætningen af modulerne fremgår af figur 1. Den første dag indledes der dog med en generel introduktion og en halv times workshop omhandlende egne erfaringer og forventninger.

Figur 1: Undervisningsmodul

Introduktion (20 min)	<u>Plenum:</u>	Introduktion til øvelser med et kort videoklip.
Øvelse 1 15 + 15 min. Videosupervision 30 min.	<u>Gruppeøvelse:</u>	Træning af specifikke delelementer i grupper á 2 læger. 2 læger træner i separat rum med interview af skuespiller. Den første læge videooptages. Supervision af videooptagelse med skuespiller i 8 mands grupper.
Pause		
Øvelse 2 15 + 15 min. Videosupervision 30 min.	<u>Gruppeøvelse:</u>	Som ovenstående. Der roteres løbende så alle læger kommer til at optage mindst én video med skuespiller. Videosupervision som ovenstående.
Teori (20 min)	<u>Plenum:</u>	Teoretisk indlæg om funktionelle lidelser

Introduktionsrunde og workshop om egne erfaringer

Efter den generelle introduktion samles kursisterne i øvelsesgrupper, som er inddelt på forhånd. Der arbejdes med gruppestørrelser på 6-10 alment praktiserende læger, hvor 8 er det optimale antal. Til hver gruppe er der 2 supervisorer (en alment praktiserende læge og en psykiater). Gruppens deltagere introducerer sig for hinanden, og kursisterne formulerer egne behov og forventninger til kurset. Supervisorens hovedfokus er at afdramatisere kurset og at skabe en afslappet og trykstemning.

Introduktion til øvelser og teoretiske indlæg

Kursisterne samles i plenum til øvelsesoplæg og teoretiske indlæg.

Efter den indledende introduktion afspilles 5-10 minutters introduktionsvideo med det formål at løsne op for stemningen. Efter hver øvelsesintroduktion afspilles en kort instruktiv sekvens fra videoen "The Reattribution Model" af Linda Gask.

De teoretisk indlæg dækker emnerne:

- Somatiseringsbegrebet (definitioner og klinik)
- Patientens sygdomsforståelse
- Lægefaktorer
- Ætiologi og epidemiologi

Til hvert oplæg findes et sæt overheads med tilhørende "speakers notes" og en præcis instruktion om, hvad der skal siges i forbindelse med hver overhead og henvisninger til relevante sider i

TERM-hæftet samt relevante artikler. Underviserne opfordres til at bruge deres egne ord, at være åbne over for diskussion og kommentarer fra salen.

Praktiske øvelser

Inden første øvelse instrueres kursisterne omhyggeligt både mundtligt og skriftligt i principper for øvelser og regler for feedback. Der er afsat 7 min. til interview og 5 min. til feedback for hver af de 2 deløvelser. To kursister udvælges til at interviewe en skuespiller på skift i et separat videorum. Den læge, som ikke interviewer, er observatør. Kun det første interview optages på video. Skuespilleren er instrueret i forvejen og har det samme patientoplæg, som de øvrige deltagere arbejder med. Hvis deltagerne er inddelt i mere end én gruppe, roterer skuespillerne mellem grupperne for hver øvelse.

De øvrige kursister arbejder parvis og skiftes til at være "læge" og "patient". Efter hver øvelse brydes 2-mandsgrupperne op og man finder nye partnere.

Der udleveres en skriftlig instruktion til øvelserne, som for "lægens" vedkommende indeholder en oversigt over de elementer, der specielt skal fokuseres på i denne øvelse samt nogle forslag til formuleringer af spørgsmål og svar, som kan anvendes. "Patienten" får udleveret en kasuistik og en instruktion til hvordan han/hun bør reagere i specifikke situationer. Efter 15 minutter byttes plads og der udleveres en ny kasuistik, mens der anvendes uændrede lægeinstruktioner. Der arbejdes med 4 sygehistorier som går igen og udbygges efterhånden som øvelserne skrider frem.

Under øvelserne er supervisorerne til stede og kan evt. bryde ind med råd. Grupperne opfordres også selv til at tage time out en gang imellem, når noget er svært. Lægen kan så diskutere alternative tilgange og formuleringer med "patienten" og supervisor, og dette kan afprøves med det samme.

Grupp supervision

Der er afsat 30 minutter til supervision af hver video i 8 mands-gruppen.

Der er udfærdiget et sæt regler for grupp supervision, som supervisorerne kan støtte sig til.

Der arbejdes ud fra 'micro skills training'/træning af delfærdigheder og en overvejende kognitiv orienteret tilgang med fokusering på konkrete formuleringer.

Aftenmøder

Supervisionsgrupperne fra internatkurset fortsætter med et ugentligt møde i alt 3-4 gange. Til hver aften medbringer kursusdeltagere en video optaget med egne patienter. Der er afsat tid til supervision af 2 videoer per møde, så alle læger kan få superviseret mindst 1 konsultation.

Lægerne opfordres til at fokusere på et specifikt element eller et tema fra TERM modellen.

Booster

Dette uformelle møde afholdes 6 uger efter sidste aftenmøde, hvor gruppen og supervisorerne kan diskutere erfaringer med brugen af TERM-modellen i klinikken.

Facilitering

Efter 6 måneder besøges de deltagende læger i deres praksis. Besøget foretages af en kollega, som er introduceret til undervisningsprogrammet, men som ikke nødvendigvis selv har været underviser (facilitator). Mødet varer en halv time og har som mål at skabe en dialog med lægen om incitamenter, barrierer, styrker, svagheder, muligheder og trusler i forbindelse med det daglige kliniske arbejde med TERM-modellen. Lægerne modtager 3 måneder senere et brev med en beskrivelse af de samlede erfaringer fra praksisbesøgene.

Uddannelsen af supervisorer

I forbindelse med dette udviklingsprojekt blev der uddannet en undervisergruppe bestående af 6 praktiserende læger og 4 psykiatere. Der blev valgt læger som i forvejen havde erfaring med undervisning og supervision af kolleger. Det blev vurderet, at det var mindre hensigtsmæssigt, at anvende psykologer som undervisere, da målgruppen var praktiserende læger og emnet krævede

både generelle medicinske kundskaber og kendskab til den kliniske hverdag.

De praktiserende læger havde i forvejen en psykoanalytisk orienteret psykotераpeutisk erfaring f.eks. ved deltagelse i Balint-grupper og havde stor erfaring i at undervise og supervisere kolleger. 3 af de 4 psykiatere havde formaliseret psykoanalytisk orienteret psykotераpeutisk uddannelse og alle havde erfaring med eller havde en uddannelse i gruppeterapi. 2 af psykiaterne havde en kognitiv terapeutisk uddannelse.

Supervisorerne blev uddannet på en 3 dages workshop, hvor alle elementerne i undervisningsprogrammet og kurset blev gennemgået og afprøvet i praksis. Nogle elementer blev på den baggrund ændret og delelementer blev tilføjet eller slettet under den praktiske afprøvning. Den første dag underviste Linda Gask i gruppesupervision og gjorde dette ud fra erfaringer med undervisning af praktiserende læger i England i 'The Reattribution Model'.

Da lærergruppen overvejende havde en analytisk orienteret uddannelse, blev der i træningen lagt vægt på de kognitive elementer og på at indlæringen skulle være praktisk og handlingsorienteret med indøvning af 'micro skills'. Der blev lagt vægt på at man i supervisionen af lægerne eksplicit skulle undgå at arbejde med nogle af de elementer som er centrale i den psykoanalytiske teori, nemlig overføring og modføring, samt at man skulle være yderst forsigtige med at arbejde med lægens egne følelser reaktioner på patienterne. Dette blev indskærpet for at facilitere indlæringen hos de deltagende læger, så det ville komme til at ligne en mere klassisk færdighedstræning. Man undgik herved den modvillighed og angst, der ellers kunne vækkes hos deltagere, der ikke havde lyst til eller mod på at arbejde analytisk orienteret.

Det danske sundhedssystem

Det danske sundhedssystem er praktisk talt helt finansieret via skatter og al lægelig behandling, herunder psykiatrisk sygdomsbehandling, er gratis for patienten. Alle der bor i Danmark, er omfattet af den offentlige sygesikring og kan enten være Gruppe I eller Gruppe II sikret. For alle Gruppe I sikrede har man et familielægesystem, hvor personen er tilmeldt en praktiserende læge og ikke frit kan søge anden læge. Ved behov for specialiseret lægebehandling, herunder indlæggelse på hospital, kræves normalt en henvisning fra familielægen eller dennes stedfortræder. Undtagelsen herfor er nødtilfælde og henvendelse til praktiserende øjenlæge og øre-næse-halslæge. Uden for lægens åbningstid varetages visitationen og behandlingen af de praktiserende læger på skift (vagt-læger). Al lægebehandling er gratis for Gruppe I sikrede personer. Gruppe II sikrede er ikke tilmeldt en praktiserende læge og kan frit vælge læge. De kan desuden få behandling hos praktiserende speciallæger uden henvisning. Til gengæld skal de selv betale en del af omkostningerne forbundet med lægebesøg. 98% af befolkningen er Gruppe I sikrede. Patienterne betaler selv for en større eller mindre del af den medicin de bruger samt for vurdering og behandling hos tandlæge, kiropraktor, fysioterapeut og psykolog mv.

De praktiserende læger aflønnes af den offentlige sygesikring, dels med et fast årligt beløb for hver person, som er tilmeldt deres praksis, dels med et beløb for hver konsultation og dertil knyttede ydelser.

Afprøvning

Effekten af at uddanne praktiserende læger i modellen er aktuelt under afprøvning i 2 randomiserede kontrollerede undersøgelser, hvori der i alt indgår ca. 80 praktiserende læger og omkring 4000 patienter fra Århus og Vejle Amter. Patienter og læger vil blive fulgt igennem 1-2 år med henblik på at vurdere effekten af interventionen på patienternes helbred og forbrug af sundhedsydelser mv. Resultaterne foreligger endnu ikke, men kursusedtagernes evalueringer af kurset har været meget positiv såvel umiddelbart efter kurset som ved praksisbesøg 6 måneder senere.

Kapitel 1

Baggrund og ætiologi

Baggrund

Forekomst og problemstilling

Undersøgelser, der har benyttet standardiserede psykiatriske interviews, har vist, at mindst 20-30% af konsekutive patienter, som henvender sig hos egen læge, har en egentlig psykisk lidelse¹⁴⁻¹⁶. Endvidere ses at psykosociale faktorer ofte er af større betydning for forløbet af en given somatisk lidelse og for forbruget af sundhedsydelse end sværhedsgraden af lidelsen bedømt ud fra biomedicinske data¹⁷⁻²³. Psykiske lidelser diagnosticeres kun i ca. halvdelen af tilfældene af den behandlende læge^{23;24}.

De hyppigst forekommende psykiske forstyrrelser i almen praksis er somatoforme lidelser, depressioner og angst^{14-16;19;23-26}. Der er en betydelig komorbiditet mellem disse lidelser. For somatoforme lidelser efter ICD-10 er det således vist, at omkring 50% af patienterne også lider af en anden psykisk lidelse, især depression og angst²⁷.

Det essentielle træk ved somatiserende tilstande er, at patienten præsenterer funktionelle symptomer, dvs. fysiske symptomer, som kunne være tegn på en somatisk lidelse, men hvor der ikke kan findes nogen tilfredsstillende organisk eller patofysiologisk forklaring på symptomerne²⁷.

Formål for TERM-modellen

De overordnede mål med dette efteruddannelsesprogram er:

1. At give lægerne en bedre forståelse af somatoforme og funktionelle lidelsers natur.
2. At forbedre lægernes evne til at diagnosticere somatoforme og funktionelle lidelser.
3. Igennem praktisk færdighedstræning at forbedre lægernes færdigheder i:
 - at behandle lettere tilfælde af somatoforme lidelser og funktionelle symptomer
 - at håndtere kroniske tilfælde af somatoforme og funktionelle lidelser
4. At få alment praktiserende læger til at føle sig mere sikre over for denne patientgruppe og dermed mindre belastet af denne patientgruppe.

Det er vist, at omkring 1/4 af patienterne, der henvender sig hos egen læge, lider af en somatoform lidelse ifølge ICD-10 kriterier, og mange flere henvender sig pga. fysiske symptomer uden sikkert organisk grundlag¹⁹. I en amerikansk undersøgelse af de 25 hyppigst forekommende fysiske symptomer blandt personer, der søgte læge, fandt man i under 10-15% af tilfældene årsagen i en somatisk lidelse²⁸. Det kan således tyde på, at det mere er undtagelsen end reglen, at fysiske symptomer er tegn på organpatologi eller patofysiologi.

I en befolkningsundersøgelse blev det vist, at de fleste mennesker dagligt oplever fysiske sensationer og symptomer. Fysiske sensationer må derfor betragtes som et normalt fænomen²⁹.

Patienter med somatoforme lidelser har et stort overforbrug af sundhedsydelser både i primærsektoren og i den specialiserede del af sundhedsvæsenet^{30;31}. Kronisk somatiserende patienter vil ad åre ofte have gennemgået talrige indlæggelser, indgreb og uvirksomme behandlingsforsøg og kan være påført fysiske skader pga. de mange indgreb. Somatoforme lidelser er således forbundet med store omkostninger og udgifter ikke blot for samfundet, men også for den enkelte patient i form af den lidelse, de påføres.

Inddeling af patienter, der præsenterer funktionelle symptomer:

Fysiske symptomer uden organisk grundlag vil her blive kaldt medicinsk uforklarede eller funktionelle symptomer. Betegnelserne anvendes synonymt med somatiserende lidelse.

Definition af somatiserende tilstande og funktionelle lidelser:

Tilstande, hvor en person klager over fysiske symptomer, der volder individet besvær, bekymringer, eller får personen til at gå til behandler; men hvor der ikke kan findes et adækvat organisk eller patofysiologisk grundlag for symptomerne.

Betegnelsen anvendes således rent deskriptivt uden at slutte noget om årsagsforhold. Somatiserende tilstande må betragtes som et spektrum gående fra helt lette tilfælde, der er vanskelige at afgrænse over for det normale, til meget svært syge og lidende individer.

En bredere og mere dækkende definition af det overordnede somatiseringsbegreb er foreslået bl.a. af den canadiske psykiater McDaniel "A process whereby a physician and/or a patient or family focuses exclusively and inappropriately on the somatic aspects of a complex problem" ³².

Somatoforme lidelser er den hovedgruppe i den psykiatriske diagnoseklassifikation, hvorunder de fleste af de somatiserende tilstande indplaceres. Somatoforme lidelser er i hovedtræk underinddelt i somatiseringstilstand, hypochondriasis, somatoform autonom dysfunktion og somatoform smertetilstand. Andre somatiserende tilstande findes bl.a. under gruppen af dissociative tilstande, neurasteni, elaboration af fysiske symptomer og factitious disorder (factitious = falsk eller uægte) herunder Münchhausens syndrom. En somatoform diagnose efter ICD-10 kræver en sygdomsvarighed på mindst 6 måneder, og bl.a. herfor er klassifikationen mindre anvendelig til almen praksis. En mere simpel klassifikation, som kan anvendes i primærsektoren ses i tabel 1.

Tabel 1: Inddeling af patienter, der præsenterer funktionelle symptomer

1. Akutte og subakutte funktionelle symptomer.
2. Kronisk somatiserende tilstande
 - a. Kronisk somatiserende (polysymptomatiske / oligosymptomatiske)
 - b. Syndromdiagnoser (fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom osv.).
3. Fysiske symptomer ved anden psykisk lidelse (fakultativ somatisering som fx ved angst og depressioner).
4. Sygdomsbekymring og sygdomsaggraving samt patologisk sygdomsadfærd ved somatisk lidelse.

Ved *akutte funktionelle symptomer* forstås medicinsk uforklarede forbigående symptomer, hvor patienten let lader sig berolige. Sådanne reaktioner er hyppige ved belastninger og stress.

Ved *subakutte funktionelle symptomer* forstås tilstande, hvor besværet har stået på i mindre end 6 måneder, men hvor patienten ikke umiddelbart eller kun forbigående lader sig berolige. I praksis vil de i dette program blive operationaliseret som patienter, der henvender sig mere end én gang pga. funktionelle symptomer (men med under 6 måneders varighed).

Ved *kronisk somatiserende tilstande* skal patienten have klaget over medicinsk uforklarlige symptomer gennem mindst 6 måneder. Tilstanden kan underinddeles i patienter med multiple symptomer - som oftest fra multiple organsystemer (*polysymptomatiske*) - og i *oligosymptoma*

tiske dvs. patienter med kun få symptomer, eller hvor symptombilledet er fokuseret på et enkeltstående symptombillede. Man skal være opmærksom på, at det polysymptomatiske billede skal ses over en tidsperiode, idet patienterne kan fokusere på et enkelt symptombillede i én periode men skifte til et andet symptombillede i en anden og således fremstå oligosymptomatiske på undersøgelsestidspunktet.

Under gruppen af kronisk somatiserende inkluderes også såkaldte syndromdiagnoser som fx fibromyalgi og kronisk træthedssyndrom (CFS). Der er fortsat diskussion om disse syndromdiagnosers nosologiske indplacering, og nogle mener, at der vil kunne findes et specifikt organisk grundlag bag ved syndromerne. Ud fra den foreliggende videnskabelige evidens er det dog mest nærliggende at opfatte disse syndromer som artificielt skabte varianter af kronisk somatiserende tilstande.

Fysiske symptomer ved anden psykisk lidelse (også benævnt fakultative- eller præsenterende somatiserende tilstande). Ved de fleste psykiske lidelser er det oftest fysiske og ikke psykologiske symptomer, patienten primært præsenterer den praktiserende læge for³³. Dette gælder fx i 50-90% af tilfældene med depression. I Tabel 2 og Tabel 3 er angivet fysiske symptomer, der hyppigt ses ved depression og angst.

Pga. de prominente fysiske symptomer ved psykiske lidelser er det naturligt, at patienter kan frygte, at de lider af en somatisk lidelse. Fakultative eller præsenterende somatiserende patienter vil dog modsat de ”ægte” somatiserende patienter acceptere, at det drejer sig om en psykisk lidelse, når den korrekte diagnose stilles.

Tabel 2: Symptomer ved depression ³⁴⁻³⁶

Fysiske symptomer:

Træthed
Smerter
Søvnforstyrrelser, tidlig opvågning
Mundtørhed og andre autonome symptomer
Ændret appetit og vægt
Motorisk uro
Langsomme bevægelser og stivhed

Emotionelle symptomer:

Nedtrykthed
Tab af interesse og evne til at glædes
Nedsat selvfølelse, følelse af skyld
Irritabilitet, følelse af indre uro
Koncentrations- og hukommelsesbesvær
Tanker om død og selvmord
Pessimisme, isolationstendens
Latenstid, langsom reaktion
Nedsat libido

Sygdomsbekymring, sygdomsaggraving, patologisk sygdomsadfærd ved somatisk lidelse. Denne gruppe er videnskabeligt set dårligt afgrænset, idet vi fortsat mangler megen viden om sygdomsadfærd og den måde, hvorpå vi psykologisk reagerer på sygdom. Patienter i denne gruppe har en verificerbar veldefineret somatisk lidelse; men der er en diskrepans mellem det subjektive besvær, patientens bekymring, funktionsniveau, behandlingseffekt og sværhedsgraden af lidelsen - bedømt ud fra biomedicinske data.

Det kan ofte være vanskeligt at afgøre, om patienten er bedre indplaceret under gruppen af somatoforme lidelser, idet patienten kan have inkorporeret sin genuine somatiske lidelse i sin somatisering. Det er også i dette tilfælde u hensigtsmæssigt at anlægge en firkantet psykisk vs. somatisk skelnen, idet problemet ved specielt de mere kronisk somatiserende tilstande hyppigst er et både/og.

I denne grove klassifikation er der 3 diagnoser, som ikke vil indgå som selvstændige diagnoser i behandlingsprogrammet.

Tabel 3: Symptomer ved angst^{34;35;37}

Fysiske symptomer:

Hjertebanken, palpitationer, bryst smerter
 Åndenød, kvælningfølelse
 Svimmelhed, hedetur, kulderystelser
 Svedtendens, rødmen, mundtørhed
 Rysten eller sitren
 Muskelspændinger og –smerter
 Paræstesier eller dødfølelse
 Øvre dyspepsi (mavesmerter, pyrosis, kvalme, globulusfølelse, synkebesvær)
 Sommerfuglefølelse i maven
 Hyppig vandladningstrang
 Svimmelhed, ørthed i hovedet

Emotionelle symptomer:

Angst, nervøsitet
 Følelse af indre uro, rastløshed
 Sammenfaringstendens, frygtsomhed
 Ængstelige forudannelser
 Angst for at dø
 Angst for kontroltab / -at blive sindssyg
 Uvirkelighedsfølelse
 Usikkerhedsfølelse
 Koncentrationsbesvær
 Tankemylder
 Irritabilitet, støjoverfølsomhed

Hypochondriasis er hyppig og er karakteriseret ved, at patienten bekymrer sig i overdreven grad om at fejle noget somatisk eller om risikoen for at pådrage sig en sygdom. Patienterne er meget optagede af kropslige fornemmelser og kroppens funktioner og er ofte let påvirkelige (suggestible) af oplysninger fra fx TV eller radio om sygdom, som de er eller bliver bange for, de selv har pådraget sig. Tilstanden har mange lighedspunkter med OCD (obsessiv kompulsiv lidelse). Patienterne føler det selv som en belastning altid at være så bekymrede, men kan ikke lade være.

Factitious disorder, hvor patienten bevidst påfører sig en sygdom eller imiterer en sygdom. Gruppen kan adskilles fra simulanter, ved at der ikke er noget åbenbart motiv for deres adfærd. Patienter med factitious disorder har ofte en psykosenær personlighedsforstyrrelse.

Dissociative lidelser med fysiske symptomer som fx lammelser, blindhed og konfusionstilstand opstår pludselig som følge af – i personens øje – meget voldsomme belastninger eller begivenheder.

Mindre udtalte tilfælde er formodentlig meget hyppige, og ved katastrofer kan selv psykisk stabile og tidligere raske personer reagere med dissociative symptomer. Tilstanden er i langt de fleste tilfælde kortvarig og selvlimiterende - også uden behandling. En forudsætning for en diagnose er, at et udløsende psykisk trauma kan identificeres.

Differentialdiagnosen mellem genuin somatisk lidelse og funktionel lidelse

Funktionel lidelse er på nuværende tidspunkt per definition en eksklusionsdiagnose, idet det kræves, at symptomerne ikke kan forklares af en somatisk lidelse. Dette er dog ikke ensbetydende med, at diagnosen alene er baseret på udelukkelse af en organisk betinget lidelse. Dette ville også stort set være umuligt inden for rimelighedens grænser med de diagnostiske muligheder, der findes i dag. Der findes forskellige karakteristika, symptomer og træk, som indikerer, at det drejer sig om en somatiserende tilstand, og som kan anvendes i differentialdiagnosen. Nogle af disse er beskrevet i kapitel 5.

Den somatiserende patient præsenterer ofte (men ikke altid!) diffuse symptomer, der er: *ukarakteristiske*, dvs. symptombeskrivelsen ligger uden for det sædvanlige i forhold til den eller de diagno-

ser, som kan mistænkes, og *uspecifikke*, dvs. symptomer, der forekommer hyppigt ved en lang række forskellige lidelser (som fx træthed og hovedpine).

Derfor vil den somatiserende patient ofte have vanskeligt ved at præcisere sine symptomer, dvs. beskrive deres intensitet, kvalitet, kronologi mv. Dette i modsætning til patienten med genuin somatisk lidelse, som sædvanligvis er meget præcis i sin beskrivelse af symptomerne, fx at smerter er stikkende, brændende eller tandpineagtige.

Patienter med funktionelle lidelser har i stedet deres opmærksomhed rettet mod den lidelse, som symptomerne forvolder, og de negative konsekvenser, symptomerne har på deres liv og livskvalitet³⁸.

Ætiologi

Generelt set må fysiske symptomer uden organisk grundlag ses som en måde mennesker kan udtrykke belastning på, på samme måde som angst og depression. En række uspecifikke faktorer spiller ind som prædisponerende eller ætiologiske faktorer i et sammenspil med personens generelle vulnerabilitet. Eksempler på uspecifikke faktorer kunne være tab af et nærtstående familiemedlem, afskedigelse eller økonomiske problemer. Disse faktorer holdes uspecifikke fordi de samme faktorer også spiller en rolle som prædisponerende faktorer ved andre psykiske lidelser. Formodede men specifikke faktorer for somatoforme lidelser er fysisk eller seksuelt misbrug som barn, og at en af forældrene har været somatiserende, da patienten var barn, hvorimod veldefineret fysisk lidelse hos forældre eller barn ikke synes at disponere til somatisering. Den familiemæssige transmission kan skyldes sociokulturel indlæring, men meget tyder på, at der er en betydelig genetisk faktor²⁷.

Ud over de patient- eller sygdomsrelaterede faktorer er iatrogene faktorer (dvs. lægernes og sundhedssystemets måde at håndtere patienterne på) af stor betydning for sygdommens udvikling. Ligeledes kan sociale faktorer (specielt familieforhold) være medvirkende til, at patienten fastholdes i sygerollen.

I det næste kapitel gennemgås nogle udløsende og vedligeholdende faktorer, som er vigtige at kende af hensyn til behandlingen.

Baggrund og ætiologi for somatisering

- Mindst 20-30 % af patienter, som henvender sig til egen læge har psykisk lidelse. Angsttilstande, depressioner og somatoforme lidelser er de hyppigst forekommende.
- Ca. ¼ af patienterne i almen praksis har en somatoform lidelse. Mere end 50% af de yngre patienter (under 50 år) præsenterer somatisk uforklarede, men ofte forbigående fysiske symptomer, eksempelvis som reaktion på stress.
- Psykisk lidelse præsenterer sig oftest med fysiske symptomer i almen praksis.
- Ved en stor del af de hyppigst præsenterede fysiske symptomer i almen praksis findes der ikke et adækvat organisk grundlag.
- Der er en høj komorbiditet mellem somatisering, depression og angsttilstande
- En skarp skellen mellem psykisk og somatisk lidelse er u hensigtsmæssig, især ved de kroniske tilstande, hvor det oftere er et både/og.
- Somatiseringsdiagnosen bygger på en klinisk vurdering, som indbefatter at en genuin somatisk lidelse udelukkes. I differentialdiagnosen benyttes bl.a. kendskabet til patienten, forløbet og det faktum at somatiserende patienter oftere præsenterer diffuse og ukarakteristiske symptomer. Ydermere interesserer den somatiserende patient sig typisk mere for de psykosociale konsekvenser af lidelsen end for symptomerne.
- Der er risiko for iatrogen kronificering ved gentagne undersøgelser.
- Ætiologien er utilstrækkeligt belyst. Både indlæring og genetiske faktorer synes af betydning.

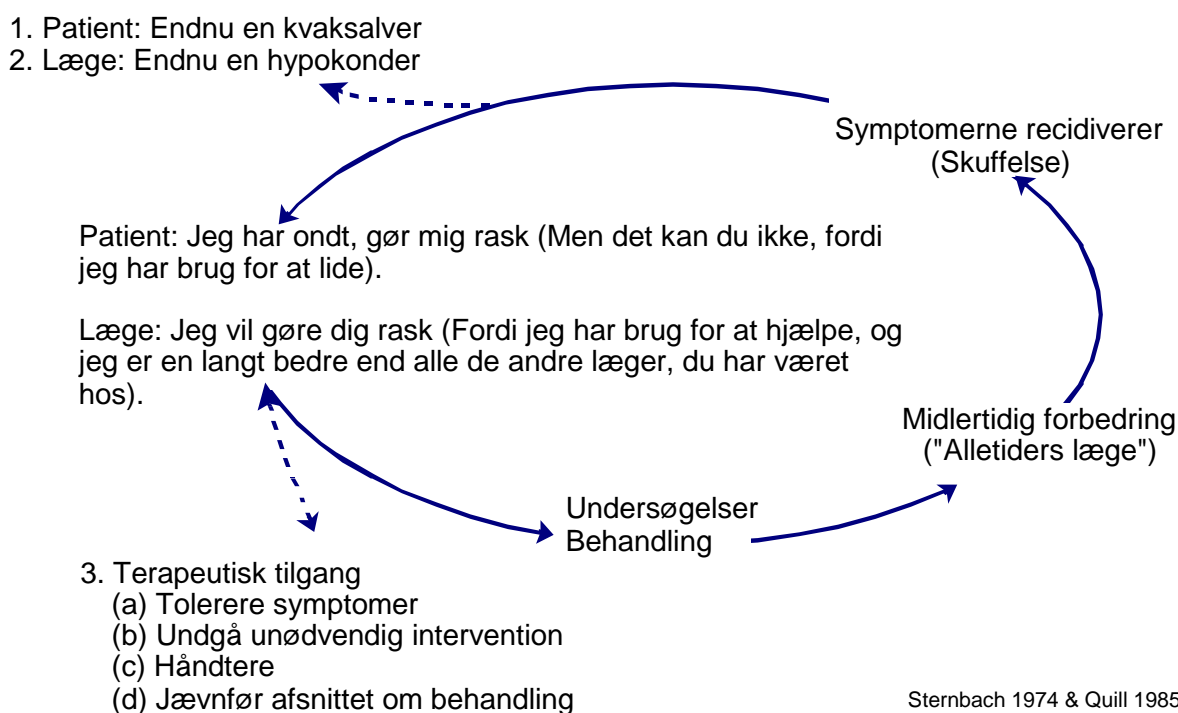
Kapitel 2

Samspillet mellem lægen og den somatiserende patient

Lægens bidrag (latrogene faktorer)

Den måde, som behandlingssystemet og lægerne reagerer på og håndterer patienter med funktionelle symptomer, kan være medvirkende til, at patienterne bliver syge, og at de fastholdes i sygerollen og kronificeres. Den patologiske cirkel af undersøgelser og interventionsforsøg, som ofte ses hos somatiserende patienter, er effektivt illustreret af Sternbach³⁹ og Quill⁴⁰ gengivet i figur 2. Figuren illustrerer også det tætte, nærmest symbiotiske samspil, der kan være mellem lægen og patienten ved somatiserende tilstande.

Figur 2: Den onde cirkel i læge-patient kontakten



Man kan ved kronisk somatiserende patienter ofte undre sig over, hvordan det er muligt, at de har været igennem et så stort antal nyttesløse indlæggelser, undersøgelser, indgreb og behandlingsforsøg. Hvorfor bliver lægerne ved med at undersøge og "behandle" på trods af, at der ikke findes et organisk grundlag for symptomerne – hvorfor er det ikke lykkedes at sige stop? Nogle af begrundelserne for denne tilsyneladende irrationelle reaktionsmåde hos lægerne er angivet i Tabel 4.

Frygten for at overse en somatisk lidelse

Den hyppigste årsag, læger angiver for at foretage undersøgelser, som det er vanskeligt at finde objektive indikationer for, er frygten for at overse en somatisk lidelse.

Nyere undersøgelser over, hvor ofte et organisk grundlag ved funktionelle symptomer overses, viser dog, at det sker meget sjældent, faktisk i under 3-4% af tilfældene^{30;41;42}.

Det er sandsynligvis sjældnere, at en organisk betinget lidelse overses hos somatiserende patienter end hos ikke somatiserende patienter, idet de somatiserende patienter har en lav tærskel for at registrere symptomer og for at gå til læge⁴³. Hvis patienterne ikke er tilfredse med deres egen læges undersøgelse og forklaring, vil de blot gå til vagtlæge eller på skadestuen.

De fleste læger er formodentlig enige i, at det er umuligt helt at undgå, at somatiske lidelser overses, eller at en forkert somatisk diagnose forfølges, ligegyldigt hvor omhyggelig man er. Heldigvis er det formodentligt kun i meget få tilfælde, at dette får alvorlige konsekvenser for patienten, idet diagnosen og dermed behandlingen i langt de fleste tilfælde blot forsinkes.

Det anføres ofte som argument for at foretage en undersøgelse på tvivlsom indikation, at "man jo aldrig kan være 100% sikker". Det er korrekt, og dette er måske også det bedste argument for, at det er nødvendigt at sætte en rimelig grænse og ikke blive ved med at foretage undersøgelser. Ønsket om den utopisk høje sikkerhed skyldes i mange tilfælde mere et behov hos lægen end hensynet til patientens tarv, eksempelvis at lægen ønsker at holde ryggen fri.

Det er den store gruppe af somatiserende patienter, der betaler prisen for denne strategi, ikke blot i form af ubehag ved unødvendige undersøgelser, men også med risikoen for at de påføres iatrogene skader. Endvidere kan et overdrevent undersøgelsesprogram medvirke til, at patienten fastholdes i sygerollen og dermed kronificeres, og at en sufficient behandling ikke igangsættes eller forsinkes unødvendigt. Psykisk lidelse bør betragtes med samme alvor som somatisk lidelse både af hensyn til den høje mortalitet ved psykisk lidelse og de betydelige konsekvenser, de kan have for patientfunktionen.

Det kan virke paradoksalt, at frygten for at overse en somatisk lidelse er meget kraftigere ved funktionelle lidelser end ved somatiske lidelser. Der findes mange somatiske lidelser, hvor vi ikke kender den tilgrundliggende årsag fx essentiel hypertension. Der kan være mange forskellige årsager til hypertension, men på trods heraf undlader vi at blive ved med at lede efter årsagen, men slår os til tåls med, at den er "essentiell", når et *rimeligt* undersøgelsesprogram er gennemført.

Frygten for klager og retsforfølgelse

Frygten for at blive hængt ud blandt kolleger, i dagspressen eller egentlig retsforfølgelse for at have overset noget kan også være en vægtig bevæggrund^{30;44}. For at gardere sig mod efterfølgende kritik kan lægen føle sig foranlediget til at foretage tests og prøver, hvis nødvendighed ud fra et medicinsk synspunkt synes diskutabel. I USA synes "defensive" tests og prøver at være en bestanddel af den daglig klinik, og man kan frygte, at dette også er på vej til Danmark. Aktuelt synes klagesager at være sjældne ved somatiserende tilstande i Danmark³⁰.

Fravær af andet behandlingstilbud og manglende tillid til psykiatrisk behandling

Kendskabet til nyere psykiatriske behandlingsprincipper og metoder kan være begrænset eller ikke-opdateret blandt ikke-psykiatriske læger. Nogle læger frygter, at henvisning til psykiatrien kan medføre langvarige psykiatriske behandlingsforløb, hvor patienten ikke bedres væsentligt.

Hvis lægen ikke har tillid til den psykiatriske behandling, kan han i stedet på trods af den manglende indikation vælge at forsøge sig med en biomedicinsk "behandling" med henvisning til "at lade tvivle komme til gode", for "man kan jo aldrig være 100% sikker" på, at behandlingen ikke virker. Konsekvensen af denne holdning er, at patienterne ikke bliver diagnostisk afklarede og dermed forholdes en mulig effektiv psykiatrisk behandling.

Desværre er de ikke-psykiatriske lægers holdninger til det psykiatriske behandlingstilbud ikke helt uden substans! Mange psykiatere har kun en sparsom viden om somatiserende tilstande og behandlingen af disse. Endvidere er der i psykiatrien en tendens til at opfatte de somatiserende tilstande som lettere psykiske forstyrrelser, som man ikke har kapacitet til at behandle. Opfattelsen binder formentlig i, at psykiateren sjældent ser disse patienter, idet de i sagens natur primært vil søge ikke-psykiatriske læger, fordi patienterne mener at lide af en somatisk sygdom og ikke en psykisk.

Resultatet af disse holdninger er, at en gruppe af patienter, hvoraf nogle er svært syge, ikke får et sufficient behandlingstilbud, og at sundhedssystemet fortsat lader disse patienter "sejle".

Tabel 4: Iatrogene faktorer for somatisering

- Frygt for at overse somatisk lidelse er hyppigste årsag til overbehandling af somatiserende patienter. Problemet er dog sandsynligvis sjældnere end for ikke-somatiserende patienter. En overset somatiseringstilstand kan resultere i "somatisk overbehandling" og dermed få konsekvenser i form af lidelse for patienten og unødvendige udgifter for såvel patient som samfund.
- Frygten for klager og retssager kan resultere i defensive tests og henvisninger. I praksis synes klager dog at være sjældne fra somatiserende patienter herhjemme.
- Manglende behandlingstilbud fra psykiatriens side kan medføre, at patienten fortsætter i somatisk regi uden adækvat behandling.
- Manglende forståelse for natur og karakter af psykiske lidelsers samt manglende kundskaber i at håndtere disse tilstande kan resultere i en for beredvillig accept af patientens vedholdende ønske om udredning.
- Manglende viden og kunnen: Der undervises præ- og postgraduate meget lidt i behandling af somatiserende patienter.
- Nogle lægers opfattelse af lægerollen som den, der alene tager sig af patientens "biomedicinske problemer". De føler sig ikke rustet til at gå ind i psykiske og sociale problemstillinger.
- Lægens blufærdighed og frygt for at overskride patientens blufærdighedstærskel kan resultere i, at lægen ikke får stillet spørgsmålene om patientens hjemmeliv og psykiske tilstand.
- Tidspres og frygten for "at åbne Pandoras Æske" kan ligge i baghovedet hos mange læger, når de tager hul på de "besværlige" spørgsmål. Lægen kan desuden frygte, at patienten kan "hage sig fast" og blive afhængig af lægen.
- Lægen kan føle et behov for at få en pause fra behandlingen af disse til tider besværlige patienter.

Manglende forståelse for naturen og karakteren af psykiske sygdomme

Den somatiserende patient er ofte insisterende på at få yderligere undersøgelser for at udelukke organisk patologi. Nogle læger kan mene, at patienten blot gennemgår de undersøgelser og modtager den behandling, som patienten selv har bedt om, og at det med andre ord er patientens eget ansvar^{40;44}

Naturen af psykiske lidelser gør imidlertid, at patienten netop ikke kan pålægges dette ansvar. I modsat fald antager man, at patienten altid handler i egen bedste interesse og fornægter eksistensen af ubevidste motiver. Lægen har reduceret sig til en "organmekaniker" uden blik for patientens tarv og velbefindende set ud fra en overordnet betragtning.

Nogle læger har den opfattelse, at mennesket altid er rationelt i sine handlinger. Derfor kan man se læger foretage undersøgelser alene for at overbevise patienten om, at de ikke har ret i deres formodning om at lide af en somatisk sygdom. Dette kan i nogle tilfælde virke beroligende hos psykisk raske mennesker, men ikke hos psykisk ustabile patienter. Tværtimod kan disse tolke det, som om "der jo nok alligevel var noget om sagen", når lægen tog prøverne (underforstået, at lægen så også var i tvivl). Måske tror patienten endda, at lægen holder sandheden skjult for at skåne patienten⁴⁵.

Manglende kundskaber med henblik på at håndtere adfærdsforstyrrelser og psykiske lidelser

Mange læger er oplært efter en overvejende biomedicinsk sygdomsmodel og føler sig mere usikre over for psykologiske aspekter. Patienten kan lægge et meget stort pres på lægen med udsagn som:

"Jeg ved, at sygdommen er reel og ikke indbildning". I sin frustration over ikke at kunne helbrede patienten, kan lægen gribe til de velkendte midler med tests og flere nyttesløse behandlingsforsøg. Lægen kan søge tilflugt i at tilskrive patientens klager nogle tilfældige fund så som at tilskrive rygsmerter røntgenologiske forandringer, som også ses hos symptomfrie individer. Både lægen og patienten er måske tilfredse med, at de har fundet "forklaringen" på symptomerne, men disse vender næsten altid tilbage efter nogen tid.

Nogle læger følger patientens ønsker om prøver og tests med den begrundelse, at patienten ellers blot vil søge til en anden læge. Et lægeskift kan medføre nye undersøgelser, prøver, indlæggelser og behandlingsforsøg, indtil den nye læge lærer patienten at kende. (Se også figur 2). Historien kan herefter gentage sig. For at skåne patienten for unødvendig lidelse kan lægen føje patientens ønsker om flere prøver. Det bør bemærkes, at en sådan strategi kan være hensigtsmæssig, såfremt den gennemføres på en sober og velovervejet måde og på en sikker indikation.

Lægen som person og lægens opfattelse af lægerollen

De fleste psykiske problemer har en almenmenneskelig natur. Alle mennesker har forskellige "ømme punkter", som de har svært ved at håndtere. Samtaler om psykiske og sociale problemer kan derfor blive ubehagelige, fordi de kan give påmindelser om eller ribbe op i lægens egne problemer⁴⁶. Nogle læger forsøger at løse dette problem ved at undgå "subjektiv" kontakt til patienten og udelukkende forholde sig "objektivt" til de symptomer, patienten præsenterer.

Nogle læger mener, at deres opgave alene er at undersøge og behandle somatiske problemer, og at man i alle tilfælde altid først skal udelukke en fysisk lidelse som årsag til problemet. De føler sig ikke rustet til at gå ind i psykosociale problemer og kan mene, at denne type problemer intet har at gøre med somatiske problemstillinger^{40;44}.

Læger er ofte gået ind i faget med en idealistisk indstilling: læger skal være gode, rare, vidende, selvopofrende og hjælpsomme. Lægen har en indbygget trang til at bevise over for sig selv og andre, at han er dygtig og opfylder de nævnte forestillinger⁴⁶. Patienten kan lægge et meget stort pres på lægen ved at appellere til denne emotionelle del af lægens selvopfattelse med udsagn som "Jeg vil gøre alt for at blive rask, men jeg kan ikke", "Jeg kan ikke klare det længere (så du må tage over)", "Det er dig, der er lægen". Lægen vil i en presset situation være tilbøjelig til at gribe til den biomedicinske model, som han er mest fortrolig med, og som patienten efterspørger.

Blufærdighed

Nogle læger føler, at de krænker patientens blufærdighed ved at stille spørgsmål om emotionelt velbefindende på samme måde som fx en gynækologisk undersøgelse eller en rektoskopi kan føles krænkende^{44;46}. Man kan nogle gange få det indtryk, at læger kan have lettere ved de nævnte undersøgelser end ved at spørge til, hvordan patienten har det med sig selv!

Det afgørende for, om en patient kan føle sig krænket, er, om patienten forstår, hvorfor man kommer ind på et emne eller foretager en given undersøgelse.

Pandoras æske eller frygten for kontroltab

Mange læger har oplevet, at når de først begynder at spørge til patientens problemer, viser patienten et stort indestængt behov for at tale om problemerne. Det kan virke helt overvældende på lægen, som ikke ved, hvordan han skal få stoppet patienten igen på en indfølelse måde, endsige, hvordan han skal hjælpe patienten med disse tilsyneladende massive problemer⁴⁷.

Lægen kan også være bange for patientens reaktion (om han går sin vej, bliver vred, græder etc.), og ved at foretage en ekstra prøve “for en sikkerheds skyld” kan denne konfrontation undgås.

Frygten for afhængighed

Lægen kan undlade at komme ind på psykosociale forhold, fordi han er bange for, at patienten bliver afhængig af ham, og at lægen ikke kan ophæve denne afhængighed igen^{44;46}. Ved at være opmærksom på både sine egne og patientens grænser og ved at tale direkte med patienten om disse, burde dette sjældent være et problem. Hvis rammerne diskuteres med patienten på en indfølelse måde, vil patienten sjældent tage det ilde op. Tværtimod vil de fleste patienter finde det betryggende, at samtalen er i faste rammer, og at lægen kan sætte grænser. I de tilfælde, hvor det er et problem, kan det være en god idé at diskutere sagen med en kollega eller en psykiater.

Tidspres

Lægen kan mene, at der ikke er tid til at optage en psykosocial anamnese og til at tage hånd om psykiske forstyrrelser. Hvis tiden udnyttes lige så effektivt og struktureret som ved en somatisk anamneseoptagelse, kan man dog nå meget på kort tid. Det viser sig ydermere, at en tilstrækkelig grundig udredning og forklaring til patienten ved første kontakt vil spare megen tid set over en periode, idet patienten ikke vil komme igen pga. sin usikkerheden omkring uafklarede spørgsmål. Desuden er det dokumenteret, at det er tidsbesparende at spørge direkte til psykiske problemer og sociale forhold, idet man kan *undgå såkaldte dørhåndtagsspørgsmål*, dvs. hvor patienter på vej ud af konsultationen med hånden på dørhåndtaget kommer med et tilsyneladende henkastet spørgsmål ”for resten ...”⁴⁸

Patientens symptomperception og sygdomsopfattelse

Fra sensation til et symptom

Mennesker reagerer forskelligt på sygdomssymptomer med hensyn til, hvornår man søger læge, hvilke symptomer der får en til at søge læge mv. Vi har med andre ord forskellig sygdomsadfærd. *Sygdomsadfærden er bestemmende for forbruget af sundhedsydelser, hvorimod sværhedsgraden og karakteren af en somatiske lidelse ofte er af mindre betydning*¹⁸.

Sygdomsadfærden kan inddeles i behandlingssøgende adfærd og social sygdomsadfærd. Sygdomsadfærden er bestemt af den måde, hvorpå vi tolker, evaluerer og perciperer symptomer⁴⁹. Det er således kognitive (tænkningmæssige) og emotionelle faktorer, der motiverer til en given adfærd, og sygdomsadfærden er derfor påvirket af kulturelle, sociale og andre indlærte påvirkninger herunder opdragelse.

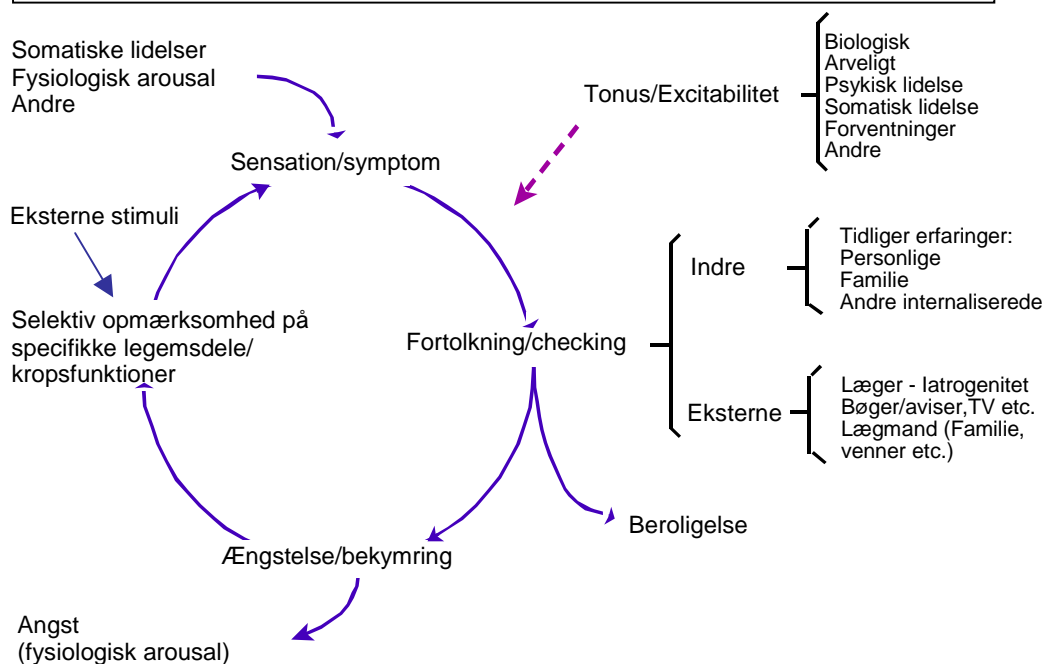
I Figur 3 ses en grundmodel for, hvordan mennesket perciperer og evaluerer fysiske sensationer og symptomer^{30;49-52}. Den skitserede proces er universel (ikke patologisk), og den er kontinuerligt fortløbende. Processen strækker sig fra det helt ubevidste til, at al opmærksomheden er koncentreret om den, som fx hos hypokonderpatienter, der ikke tænker på andet end deres mulige sygdom, og hos patienter, der lige har fået stillet en alvorlig somatisk diagnose. Processen kan have forskellig tonus eller excitabilitet, som varierer fra person til person afhængig af den biologiske udrustning eller erhvervede erfaringer. Endvidere påvirkes den generelle excitabilitet af sindsstemninger og psykiske belastninger. For eksempel vil en person, der er nedtrykt eller angst, være mere sensibel og bekymret og dermed have en lavere tærskel for registrering af symptomer. Også forventningerne har betydning for tonus af processen⁵³.

Modellen tager sit udgangspunkt i, at alle mennesker dagligt oplever ikke-patologiske fysiske sensationer eller symptomer, som af patienten såvel som af lægen kan mistolkes, som værende tegn på en somatisk lidelse⁵⁴. Somatiseringsprocessen kan derfor betragtes som en tendens til at mistolke og/eller forstærke normale kropslige sensationer, ligesom andet foreliggende materiale som tilfældige sygdomme, småskader, fysiske symptomer ved psykisk lidelse etc. kan inkorporeres i somatiseringen.

Processen kan initieres af mange forskellige faktorer indre såvel som ydre. Som et eksempel på *det suggestive element* kan man tage den epidemi af overfølsomhedsreaktioner over for kopipapir^{55;56}, som fik megen presseomtale i 1979. Da man undersøgte fænomenet, fandt man ud af, at det kun var en speciel type af kopipapir, der forårsagede overfølsomhed. Hovedparten af de, der klagede over overfølsomhedsreaktioner, havde aldrig været i kontakt med denne type kopipapir.

Efter offentliggørelsen af undersøgelsen og fjernelsen af det pågældende kopipapir fra markedet faldt antallet af tilfælde hurtigt til nul.

Figur 3. Symptomperception og sygdomsopfattelse



Fink, P. 1997³⁰

Tidligere erfaringer og indre evaluering

Alle mennesker har et fast sensations/symptompanorama, som de er fortrolige med. Fortroligheden er opbygget gennem livet og er en kontinuerlig proces. Når piger kommer i puberteten, bliver de fortrolige med nye symptomer i forbindelse med menstruationen, og disse tilføjes symptompanoramaet. Også ved kroniske lidelser indbygger patienterne de nye symptomer i panoramaet, og det er kun ved ændringer i intensiteten, typen eller i sammensætningen af symptomer, at patienten begynder at overveje, om der kan være en anden årsag eller en forværring i sygdommen. Erfaringer med symptomerne fra diverse sygdomme vil også blive en del af individets internaliserede referenceramme.

Personen bedømmer således primært sin tilstand ved hjælp af *indre evaluering*, dvs. ud fra subjektive symptomer, erfaringer og følelserne koblet til disse. Sensationspanoramaet er påvirket af kulturelle og sociale faktorer, hvorimod sværhedsgraden er af mindre betydning. Selv de sværeste fysiske sensationer kan være helt normale (fx svær dyspnø og palpitationer efter en løbetur) og vil derfor ikke blive tolket som tegn på en sygdom af individet.

Disse elementer kan illustreres med sygdomsadfærden i en familie, der har en særdeles svær form for migræne, idet anfaldene medfører hemiplegi⁵⁷. Familiemedlemmerne har ikke været særlig aktive med at søge læge, fordi symptomerne er velkendte og erfaringer fra andre familiemedlemmer viser, at tilfældene er selvlimiterende, og at lægen hidtil ikke har kunnet hjælpe.

Eksterne kilder og ekstern evaluering

Når den indre evaluering af sensationerne/symptomerne er utilstrækkelig, kan individet søge oplysninger eller hjælp fra *eksterne kilder*. Det kan være familiemedlemmer, kolleger, bøger, lægeleksika eller ugeblade etc. Endelig kan individet søge læge for beroligelse eller behandling. Lægens oplysninger og reaktion vil have stor betydning, og det er derfor vigtigt, at lægen kender patientens egen opfattelse af problemet. Lægens respons og udspørgen vil kunne forstærke eller svække patientens fokusering på specielle symptomer eller organer, og disse erfaringer vil blive internaliseret i patientens erfaringsgrundlag.

Oplysninger fra eksterne kilder kan få en person til at ændre opfattelse af kendte sensationer, så disse pludselig mistolkes som sygdomstegn. De fleste læger har gennem studietiden oplevet dette på egen krop. De eksterne oplysninger kan initiere processen, skitseret i figur 3. Den bekymring, som de nye oplysninger afstedkommer, medfører, at opmærksomheden fokuseres på den kropsdel, som er sædet for den mistænkte sygdom, og hvor symptomerne forventes at komme fra. Enhver kender dette fænomen: Slår man foden, vil al opmærksomhed straks rettes mod den, og foden gennemsøges for symptomer og forandringer. Dette bevirker, at nye sensationer/symptomer kommer frem i bevidstheden, og disse tolkes både i forhold til personens interne og eksterne kilder. Resultatet er, at personen enten bliver beroliget eller yderligere nervøs for, at symptomerne kan være sygelige. Processen kan være selvforstærkende, fordi de fysiske symptomer, der ledsager nervøsiteten eller angsten, kan mistolkes af patienten som hidrørende fra sygdommen.

Patientens sygdomsopfattelse

Patientens egen sygdomsopfattelse og sygdomsmodel er overordentlig vigtig for sygeligheden og funktionsniveauet. Dette gælder også ved alvorlige somatiske lidelser hvor egen opfattelsen kan være afgørende for prognosen med hensyn til subjektivt velbefindende, funktionsniveau og forbrug af sundhedsydelse mv.⁵⁸

Hvis man søger at analysere patientens opfattelse af sin sygdom, kan den inddrages i mindst 5 hovedelementer. Det er ifølge Weinman, Petrie et al.⁵⁹:

1. Identiteten af sygdommen. Hvad mener patienten selv, at han fejler?
2. Årsagen. Mener patienten fx, at tilstanden udelukkende skyldes organisk lidelse, har psykosociale faktorer betydning, eller spiller andre årsager ind?
3. Tidshorizonten. Mener patienten, at det vil vare kortvarigt, eller er der frygt for en kronisk lidelse?
4. Konsekvenserne. Mener patienten eksempelvis, at han vil komme til at arbejde igen, får han mange gener, sygemeldinger mv.?
5. Helbredelse og kontrol, dvs. tror patienten, at han vil blive rask, og at en behandling vil hjælpe? Tror han, at han i større eller mindre grad kan kontrollere symptomerne, eller føler han sig helt hjælpeløs?

De kommende års forskning vil formodentlig afsløre endnu flere detaljer i vores sygdomsperception.

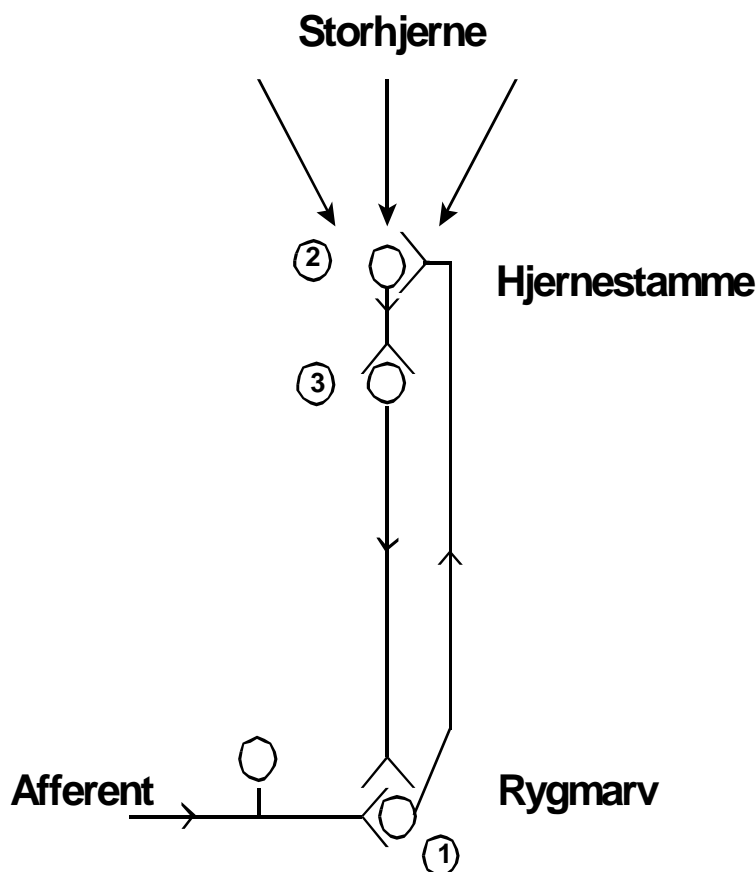
Patientens symptomperception og sygdomsforståelse

1. Alle mennesker opfatter dagligt spontant kropssensationer, men hvorledes man perciperer og tolker symptomerne er forskelligt.
2. Perceptionen af symptomerne afhænger bl.a. af nervesystemets aktuelle tonus og af patientens aktuelle emotionelle tilstand. Opmærksomhed på et symptom kan forstærke perceptionen.
3. Genetiske faktorer har formentlig også indflydelse på perceptionen af kropssensationerne.
4. Indre evaluering af symptomerne er den primære forståelse af tilstanden, som patienten når frem til ud fra indlæringen under opvækst og tidligere erfaringer. Det velkendte fænomen, at fokusering på en legemsdel kan afsløre nye (dvs. hidtil uopdagede) symptomer, kan have selvforstærkende virkning.
5. Ekstern evaluering foretages oftest, når den interne evaluering ikke slår til. Der kan indhentes oplysninger fra familiemedlemmer, bøger, ugeblade, lek-sika m.m. Lægen ses af patienterne som regel kun som én blandt mange eksperter. Nyligt udsendte meddelelser i medierne kan for sygdomsbekymrede patienter have større validitet end lægens ekspertise.
6. Symptomtolkningen er et kontinuum og er afhængig af opdragelse, familiemyter, tidligere erfaringer, sindstilstand, og hvorledes behandler-systemet håndterer tilstanden.
7. Patientens egen forståelse af sygdom og sygelighed har indflydelse på forløb og prognose bl.a. ud fra patientens hypotese om konsekvenserne og fornemmelse af egen kontrolmulighed over for sygdommen.
8. Sygdomsadfærd har større betydning for forbrug af sundhedsydelser end sværhedsgraden af symptomer. Sygdomsadfærd er først og fremmest styret af, hvorledes patienten *tolker* sin sygdom og symptomer.

Kapitel 3

Biologisk grundlag for somatisering

Figur 4: Skitse over somatosensoriske baner og regulering



Aktiviteten i corticofugale systemer kan hæmmes eller fremmes.

Positiv feed-back: Afferent information forstærkes, fordi alle har eksiterende indflydelse.

Negativ feed-back: Afferent information blokeres ved (1), fordi det descenderende system fra (3) hæmmes ved (2).

Tonisk aktivitet: (3) øger eller nedsætter aktiviteten.

Den arvelige prædisposition, der er vist ved somatiserende lidelser^{60;61}, taler sammen med andre faktorer for, at der er en biologisk komponent i sygdommen.

Mennesker udsat for stærkt stress - som fx i en krigssituation og ved ulykker - kan undertrykke selv meget voldsomme smerter. I disse tilfælde vil psykologiske faktorer via biologiske mekanismer ændre perceptions-tærsklen. Man kan derfor modsat forestille sig, at det polysymptomatiske sygdomsbillede hos somatiserende patienter kunne skyldes, at patienterne forstærker alle kropslige sensationer, eller med andre ord at afferente stimuli til hjernen ikke hæmmes. Dette resulterer i, at de sensationer/symptomer, der kontinuerligt evalueres på det ubevidste plan, pludseligt trænger sig på i bevidstheden. Man kan sige, at filterfunktionen er insuffici-ent⁶² (Figur 4).

En undersøgelse af James et al.⁶³ peger på en fundamental neurofysiologisk forstyrrelse i opmærksomheds- ('attentional') processen hos somatiserende patienter. De fandt ved EEG-undersøgelser med evoked potentials, at somatiserende patienter responderer på samme måde over for irrelevante stimuli som over for relevante stimuli. Sagt med andre ord filtrerer de somatiserende patienter ikke irrelevante stimuli fra.

I en undersøgelse med PET-scanning af hjernen blev der fundet markante forandringer, der minder meget om de forandringer, man ser hos deprimerede patienter (personlig kommunikation med H. Karlsson).

Der foreligger flere andre undersøgelser, der peger på mulige biologiske mekanismer og patofysiologiske forandringer som medvirkende årsager til somatiseringstilstande (se Fink³⁰).

Det biologiske grundlag for somatisering

1. Der er vist en vis arvelig prædisposition for somatisering.
2. Neurofysiologiske undersøgelser taler for en manglende filterfunktion for irrelevante kropslige stimuli hos somatiserende patienter.
3. PET-scanninger af somatiserende patienter er markant anderledes end normalmaterialet.
4. Andre biologiske mekanismer har også været foreslået.

Kapitel 4

Hvordan får lægen det lettere med den somatiserende patient?

I bund og grund drejer det sig om at få struktur på behandlingen med klare aftaler, rene linjer, åbenhed, og at lægen gør sig diagnosen klar. Det er nødvendigt, at lægen har kendskab til og forstår somatiserende lidelsers natur for ikke hele tiden at blive usikker på diagnosen.

Specielt de kronisk somatiserende patienter kan føles som en belastning. I nogle tilfælde ville disse patienter være bedre behandlet (dvs. bedre håndteret) i det specialiserede behandlingssystem i et samarbejde med egen læge, men dette er desværre sjældent muligt. Følges de råd om *management* og håndtering af disse tilstande, som er angivet i kapitel 7, vil megen frustration hos både læge og patient kunne undgås.

Undlad at påtage dig et ansvar, du ikke har

Det, der hyppigst går galt i læge-patient forholdet ved den somatiserende patient, er, at lægen påtager sig, eller rettere sagt lader patienten pålægge sig et ansvar, som han ikke har mulighed for at leve op til. I en engelsk undersøgelse på en gynækologisk afdeling blev konsultationer pga. underlivsproblemer uden organisk grundlag analyseret, idet de konsultationer, der førte til hysterektomi, blev sammenlignet med de, der ikke førte til hysterektomi³⁸. Det var karakteristisk, at patienterne fokuserede på deres subjektive gener og konsekvenserne heraf på deres liv og livskvalitet. De kunne til tider være nærmest aggressive i deres krav til gynækologen om at gøre noget her og nu. Patienten kunne lægge pres på ved at trække tidligere fejlslagne behandlingsforsøg frem og devaluere tidligere behandlere og behandlinger, underforstået ”hvis du ikke hjælper mig, er du lige så dårlig”, ”intet har nyttet, og nu må man tage sig sammen og gøre noget”. I de konsultationer, der medførte hysterektomi på trods af de manglende organiske grundlag, var det karakteristisk, at gynækologen accepterede, at konsultationen foregik på patientens præmisser. Emnet var de subjektive konsekvenser og gener, som lidelsen forvoldte. Dette er områder, på hvilke patienten er den suveræne ekspert.

I de konsultationer, som ikke førte til hysterektomi, holdt gynækologen til gengæld fast i, at han havde ”set ind i patienten”, og at han med sine egne øjne havde set, at uterus ikke fejlede noget, hvorfor han ikke ville operere. Lægen fastholdt sit kompetenceområde nemlig organiske forandringer og somatisk sygdom, samt at han havde undersøgt og ikke fundet tegn på organforandringer. Han henviste de patienter, der havde problemer af psykisk eller social karakter som følge af deres symptomer, til at få disse behandlet andetsteds.

Man må huske på, at i bund og grund er det patienten og ikke lægen, der har et problem, og at man her kun kan være patienten til hjælp ved at vejlede ud fra saglige argumenter. Patienten kan ikke anfægte lægens ekspertområde og ekspertbeslutning om, at der ikke er ”noget somatisk at behandle på”. Man skal således ikke acceptere, at patienten pålægger lægen et ansvar for en *somatisk* behandling, men tilbyde at hjælpe patienten med at finde ud af andre muligheder, når den mulighed, som de selv har bidt sig fast i – nemlig en biologisk behandling – ikke er farbar.

Kommunikationsform

Patienter med somatoforme lidelser betjener sig ofte af en kommunikationsform, der fokuserer på den subjektive lidelseshistorie og konsekvenserne heraf. Patientens *psykosociale kommunikationsform* kan resultere i, at parterne taler forbi hinanden - lægen taler om facts og patienten om følelser resulterende i, at patienten ikke føler sig forstået - eller samtalen kommer til at foregå på den ene parts præmisser. Hvis patienten alene sætter dagsordenen, kommer kommunikationen ofte til at indskrænke sig til emotioner og krav om handling (”Jeg har det dårligt, gør noget!”). Anerkendelse af symptomerne, empatiske svar på patientens følelsesmæssige udtalelser, men samtidig fastholden af de lægefaglige af diagnostik- og behandlingsprincipper kan medvirke til at danne bro i kommunikationen.

Hvis patienten forsøger at lægge ansvaret for deres problemer over på lægen ved at fastholde, at det alene drejer sig om et somatisk problem, som lægen burde kunne klare, er det fortsat vigtigt at man fastholder, at inden for éns eget ekspertområde, nemlig somatiske lidelser, findes der ingen organiske fund eller tilsvarende behandlingsmuligheder. Det må fastholdes, at problemet er af psykosocial karakter, på samme måde som ved en patient, der er invalideret af fx pareser efter en apopleksi. I dette tilfælde er der heller ingen somatiske behandlingsmuligheder, hvorimod der er muligheder for at hjælpe igennem psykosociale tiltag.

Accept af medicinens grænser

En af grundene til, at somatiserende patienter konsulterer lægen, er forventningen om, at lægevidenskaben har en kur imod problemet. Patienten kan tro, at der er tale om en miskendt sygdom, siden ”lægerne ikke kan finde ud af, hvad jeg fejler”. Det er vigtigt tidligt i forløbet at få sygdomsforståelsen og eventuelle myter og misforståelser afdækket og på en empatisk måde fortælle patienten, hvad evidensen peger imod, og hvad de for tiden mest effektive behandlingsmetoder består i. En fysiologisk forklaring på patientens symptomer er ofte gavnlig. Det er desuden vigtigt at ridse op, hvor de lægevidenskabelige grænser går for behandlingsmulighederne.

Har man spurgt til patientens forventninger under konsultationen, er det lettere at prioritere tiden og undgå den stress, som bevidstheden om et fyldt venturum giver. Hvis patientens sygdomsopfattelse og modstand imod andet end biomedicinske forklaringer antyder, at det kan være svært at komme til en fælles forståelse, bør man aftale en ny og velforberedt tid.

Ikke sjældent gør tidspresset, at man fristes til at lade stå til. Denne løsning vil som regel vise sig tidsrøvende, idet den ubehandlede patient oftest vil vende tilbage med fortsatte symptomer og fornyede bekymringer, gang på gang.

At få det lettere med den somatiserende patient

1. Gør dig diagnosen klar.
2. Struktur og klare aftaler vedr. konsultation og behandling hindrer usikkerhed og medvirker til at lette håndteringen af patienten.
3. Undlad at påtage dig et ansvar, som ikke er dit.
4. Undlad kun at lade samtalen foregå på et psykosocialt kommunikationsplan: Den somatiserende patient vil kommunikere lidelse og forventninger til lægen om at handle for enhver pris. Lægen bør empatisk og insisterende fastholde de lægefaglige indikationer, der er for hhv. at intervenere eller ikke.
5. Grundfæst sammen med patienten en realistisk holdning til medicinens muligheder og grænser.

Kapitel 5

Udredning og behandling

Overvejelser før konsultationen

På grundlag af sit kendskab til sine patienter vil lægen i mange tilfælde på forhånd have en fornemmelse af, at patienten henvender sig pga. funktionelle symptomer. Det kan være gavnligt at forsøge at skærpe denne opmærksomhed og at klargøre fornemmelsen for sig selv på forhånd. Somatisering bør overvejes, hvis patienten tidligere har præsenteret et diffust eller et kompliceret symptombillede, eller patienten ikke har responderet som ventet på en behandling, hvis der findes et gentaget mønster, eller i andre tilfælde hvor ”pengene ikke rigtig stemmer”.

Tabel 5: Før konsultationen overvejes flg.:

- Lignende reaktioner tidligere?
 - er det et repetitivt mønster?
- Tegn på/oplysninger om tidligere psykiske forstyrrelser eller sygdom?
- Har patienten en lav tærskel for at søge læge?
- Er tilstanden kronisk?
 - hvis ja, overvej aftale om en statuskonsultation

Patienter med somatoforme lidelser beskriver ofte udtalt subjektiv lidelse og besvær. Dette kan medføre, at lægen sættes under et betydeligt pres for at gøre noget her og nu, og konsultationen vil udelukkende kunne komme til at dreje sig om at klare de mest presserende problemer. Det kan være frustrerende hele tiden at være ”et skridt bagefter” og at føle sig styret af patienten og dennes tilsyneladende svære og presserende symptomer. Dette kan undgås ved at forberede sig til konsultationen med den muligt somatiserende patient. Man bør overveje de i Tabel 5 angivne punkter. Dette giver mulighed for, at man kan opridsse sin egen indre dagsorden før konsultationen og overveje, hvor man gerne vil placere fokus. Man har dermed muligheden for at være *pro-aktiv* i stedet for reaktiv.

Udredning og kunsten at få patienten til at føle sig hørt og forstået

Generelle teknikker

Et af de psykologisk set vigtigste punkter i behandlingsprogrammet er, at patienten føler sig hørt og forstået. Til dette formål er kendskabet til nogle generelle samtaleregler vigtig. Disse er anført i Tabel 6. Det bør understreges, at ånden er vigtigere end teknikken. Det er vigtigere, at man er nærværende og har øjenkontakt med patienten, end at man forsøger at huske en speciel teknik. Man skal undgå at skjule sig bag diverse vejledninger, undersøgelser, journalen o.l.

Sokratisk spørgeteknik

Det centrale element i sokratiske spørgeteknik er nysgerrigheden. Opgaven er at prøve at forstå, hvordan patienten tænker, føler og opfatter tingene. Lyt og spørg af interesse med et åbent sind og undlad præmature forklaringer, korrektioner eller råd under denne del – det er jo ikke, hvordan tingene i virkeligheden hænger sammen, der er interessant, men hvordan patienten opfatter det. Det er meget lettere og måske kun muligt at korrigere misforståelser og fejlopfattelser, hvis man helt præcist ved, hvori disse består, og man kan gå ind i patientens tankegang. Mennesker er i almindelighed bange for at komme til at udstille deres uvidenhed og sige noget, de tror lyder dumt i ekspertens øre. Dårlig timet råd mv. kan medføre, at patienten føler at have sagt noget dumt, i værste tilfælde kan

patienten føle sig latterliggjort, og føle at han/hun har tabt ansigt.

Neutralitet er vigtig, idet patienten som regel hurtigt vil trække sig tilbage, hvis lægen lader sine forudfattede meninger skinne igennem. Lægen må derfor tøjle sin lyst til at komme med råd og forklaringer, for ligegyldigt hvor velmente og gode disse er, kan patienten kun sjældent bruge dem til noget, hvis de ligger langt fra patientens egen tankegang. Pascal Penesees skrev i det 17. århundrede: "People are generally better persuaded by the reasons which they have themselves discovered, than by those which have come into the mind of others" – ord, som stadig er gældende.

Tabel 6: Hovedregler i interviewteknik



- Lukkede spørgsmål (spørgsmål, der kan besvares med ja/nej)
- Råd
- Præmature korrektioner



- Sokratiske spørgeteknik:
 - Vær neutral og ægte nysgerrig
 - Anvend åbne spørgsmål
 - Benyt opmuntringer (facilitering)
 - Hold fokus
- Hyppige opsummeringer
- Empati / emotionel feed-back
- Svaj af overfor modstand eller gå med modstanden (Rope-a-dope)
- Understøt selvhjælp – lad patienten selv komme frem til løsningsmuligheder og understøt patientens følelse af selv at kunne gøre noget ("empowerment")

Anvend åbne spørgsmål som fx "hvordan tænker du?", "hvad tænker du om det?", "hvad går igennem hovedet på dig, når du får det sådan?". Hvis man anvender lukkede spørgsmål - dvs. spørgsmål, der kan besvares med et ja/nej - vil det udelukkende være lægen, som styrer samtalen, og som dermed tager ansvaret, hvilket kan føles som et pres, specielt hvis man er usikker på, hvad man skal gøre, eller hvor man vil hen. Patienten kan også føle sig presset af de mange spørgsmål, hvorimod de fleste beskriver det som mere afslappende og sikkert at kunne få lov til at bruge deres egne ord. Det giver større tilfredshed hos patienten, hvis han får vendt de ting, som han synes er vigtige, og får mulighed for at komme med sin egen udlægning. Patienten vil føle, at lægen hører bedre efter, og vil føle sig forstået.

Man kan støtte patienten med opmuntrende ytringer eller grynt (faciliterende) som fx "hhmmm..", "ah-ha!", "fortsæt!", "fortæl noget mere om det".

Det er ikke meningen, at man skal forholde sig passiv og lade patienten styre hele samtalen. Patienten forventer med rette, at lægen sørger for, at tiden overholdes, og at han indhenter de fornødne oplysninger. Men man kan også styre eller fokusere en samtale med åbne spørgsmål med det formål at få præciseret det, patienten mener, evt. kombineret med relevante lukkede spørgsmål. Hvis patienten breder sig for meget med irrelevante oplysninger, kan man fokusere samtalen med fx "det er interessant at høre om, hvordan fodboldkampen gik, men jeg vil gerne høre noget mere om ...". Hyppige opsummeringer kan også være med til at holde fokus.

Sokratisk spørgeteknik behøver ikke at tage mere tid, end når man anvender lukkede spørgsmål; det er måske nærmere modsat, idet det kan kræve mange lukkede spørgsmål at finde de samme svar. Herudover er man mere sikker på, at patienten får sagt det, vedkommende reelt er kommet for, og at man dermed undgår mange af de såkaldte ”dørhåndtagsspørgsmål”⁴⁸.

Det kan i nogle tilfælde være vigtigt at bruge lukkede spørgsmål, fx hvis man skal være helt sikker på, hvordan karakteren af et symptom er.

Opsummeringer

Opsummeringer har vist sig at være en simpel men meget effektiv metode til at få patienten til at føle sig forstået. Man kan inddele opsummeringer i 3 typer:

- gentagelse, hvor patientens egne ord anvendes
- omformulering, andre ord men med samme mening
- tolkning, hvor der anvendes andre ord, og hvor der lægges en anden mening i ordene

Idet man gentager patientens oplevelse og meninger, kan man sikre, at man har forstået patienten korrekt, og patienten vil tillige føle sig hørt og forstået. Man opnår tillige en tydeliggørelse (eller forstærkning) af patientens meninger og dermed en større klarhed for patienten. Det er helt anderledes at høre det fra en anden, selv om det er ens egne ord og mening. Tænk fx på kommentaren ”jeg kan godt høre, at det lyder mærkeligt, nu hvor du siger det”.

Endvidere vil mange af de paradokser eller modsætninger, der ofte er i patientens tankegang, kunne komme frem. Hvis patienten først selv opdager sådanne modstridende meninger og ambivalens, vil det skabe undren og dermed med stor sikkerhed ændringer.

Ved opsummeringen kan anvendes vendinger som: “Har jeg forstået dig ret, at du mener....?”, “Jeg vil gerne være sikker på, at jeg har forstået dig rigtigt (opfattet det korrekt)”, ”Du siger (eller mener) ...”, “Hvis jeg har forstået dig ret, så siger du ...”, ”Jeg hører dig sige...”, ” (på den ene side og på den anden side)”.

Udtryk empati (emotional feedback)

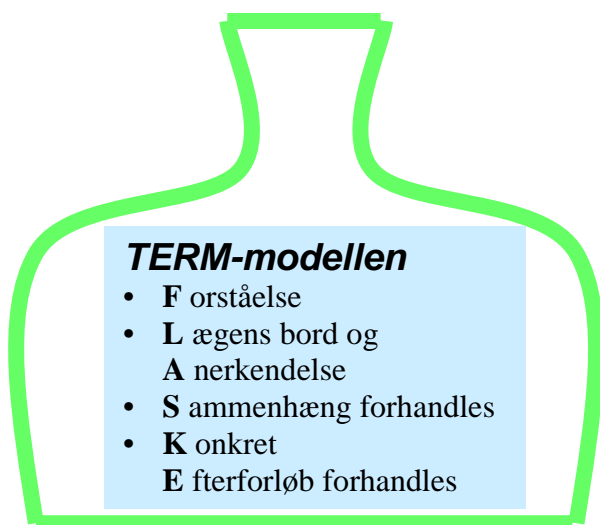
Ved at vise empati får man patienten til at føle sig hørt og forstået. Dette kan eksempelvis gøres ved, at man siger: ”Jeg kan høre, at dette har været svært for dig (eller voldt dig problemer)”, ”Jeg kan forstå, at det er ubehageligt for dig”, ”Jeg kan se på dig, at det er ubehageligt”.

Det er vigtigt at holde sig for øje, at forståelse og empati ikke er ensbetydende med, at man er enig i eller accepterer patientens forklaringer og handlinger.

Teknikker i udredningen

1. Hvis muligt sammenfattes tidligere reaktioner, mønstre, psykiatrisk anamnese og kronicitet før konsultationen (Tabel 5).
2. Forsøg at være proaktiv frem for reaktiv.
3. Under hele udredningsprocessen er det afgørende at anvende sokratiske spørgeteknik (nysgerrighed, åbne spørgsmål, facilitering) og undlade forklaringer, korrektioner og belæring (Tabel 6).
4. Det er afgørende, at patienten føler sig forstået. Anvend derfor også hyppige opsummeringer og empati/emotional feedback.
5. Husk: Ånden er vigtigere end teknikken!

TERM-modellen trin 1: Forståelse



De forskellige punkter, der skal gennemløbes ved patienter, der præsenterer medicinsk uforklarede symptomer, er angivet i Tabel 7. En sådan systematisk gennemgang er også særdeles anvendelig i mange andre tilfælde i klinikken. Memoteknisk kan man huske på ordet FLASKE.

Uddyb symptomanamnese

Selv i tilfælde, hvor det er oplagt, at patienten ikke har en somatisk lidelse, som kan forklare de fysiske symptomer, er det vigtigt, at lægen er grundig i symptomanamnesen og insisterende i at få det enkelte symptom præciseret og specificeret hvis overhovedet muligt. Dette er ikke alene af hensyn til diagnostikken, men også for at lægen med større vægt, også i patientens øjne, kan udtale sig om det manglende organiske grundlag for lidelsen. Lægen vil således senere kunne indgå i en kvalificeret diskussion af patientens overvejelser ud fra denne ekspertviden, som ikke kan anfægtes af patienten. Patienter med funktionelle lidelser fokuserer ofte næsten udelukkende på den lidelse, som symptomerne forvolder, og de negative konsekvenser symptomerne har på deres liv og livskvalitet, hvorfor det kan være vanskeligt at få symptomerne præciseret. En grundig symptomgennemgang vil derfor kunne hjælpe patienten til selv få overblik over symptomerne, idet de også for patienten kan virke uoverskuelige og dermed skræmmende. Alene dette kan i nogle tilfælde være kurativt. Det kan være til stor gavn at få patienten til at beskrive en ”typisk smertedag/symptomdag”.

Uddyb signaler om emotionelle problemer

Patienterne fortæller ofte om de fortrædeligheder, som deres fysiske besvær giver dem, fx ”Jeg bliver så deprimeret over, at det ikke går væk”, ”hvis det ikke snart bliver bedre, tager jeg livet af mig”. Uden at anfægte eller bekræfte årsagssammenhængen kan man bede patienterne uddybe, hvordan de føler og har det: ”Fortæl mere om det”. ”Du siger, at du føler det hele uoverskueligt... (patientens egne ord) – prøv at fortælle noget mere om det (- om hvordan du har det)”. Vær ikke karrig med emotionel feedback, fx ”Ja, jeg kan forstå, at det er svært for dig”.

Dette giver rum for, at man kan tale om andre ting end fysiske symptomer, og det flytter fokus og signalerer, at emotionelle faktorer kan være af betydning. Endelig tager patienterne det som udtryk for en ægte interesse for, hvordan de har det .

Man bør også være opmærksom på nonverbale tegn på psykisk besvær, og hvis det er tilfældet, kan man prøve at få det frem i lyset. Man kan fx. sige ”du ser ud til at være ret anspændt, er det sådan, du føler det?”

Spørg direkte til angst og depressionssymptomer

Anvend generelle og åbne vendinger og ord, fx ”Hvordan er humøret (i øvrigt) ?”, ”Hvordan har du det med dig selv?”, ”Kan du slappe af?”, ”Føler du dig stresset?”, idet det kan være mere acceptabelt end at spørge direkte, om patienten er ”deprimeret” eller ”angst”.

Hvis patienten svarer bekræftende på disse screeningsspørgsmål, bør der spørges mere direkte om symptomer på depressive og angstlidelser, evt. efter hjælpeskemaer.

Spørg til belastninger og ydre faktorer (sociale, arbejdsmæssige og familiære)

Funktionelle symptomer er ofte en reaktion på psykosocial belastning. Tilsvarende kan de gener, patienterne har ved egentlige somatiske lidelser, forværres ved stress og i pressede situationer.

Patienterne kan være tilbageholdende med selv at fortælle om sådanne problemer, idet de tror, at lægen kun tager sig af det fysiske. Derfor bør der rutinemæssigt kort screenes for sådanne belastninger. Ofte vil patienten selv have tænkt på, om der kunne være en sammenhæng, og lægens uopfordrede spørgsmål hertil vil kunne bekræfte patienten i, at dette kan være tilfældet. Specielt de kronisk somatiserende patienter kan være tilbageholdende med selv at ventilere tanker om psykosociale faktorer over for lægen, idet de er bange for, at lægen så kun vil fokusere på dette og ikke tage deres fysiske gener alvorligt og ikke undersøge dem ordentligt.

Nogle korte screeningsspørgsmål⁶⁴ som stort set er dækkende:

baggrund: ”hvad sker der (i øvrigt?) i dit liv for tiden?”

affekt: ”hvordan har du det med det?”

problemer: ”hvad volder dig størst problem ved dette?”

håndtering: ”hvordan håndterer du dette?”, ”hvordan har du klaret dette?”

empati: ”Det må være vanskeligt for dig”, ”Jeg kan høre at

Nogle læger er tilbageholdende med at stille disse spørgsmål, idet de mener, det koster for meget tid. Ud fra vores viden i dag må det dog siges at være en nødvendig forudsætning for at udøve en god klinisk praksis og det har vist sig at man rent faktisk kan spare tid ved at spørge direkte under konsultationerne, idet man så kan undgå de såkaldte ”dørhåndtagsspørgsmål”⁴⁸.

Det er vigtigt at spørge om psykosociale forhold på et rimeligt tidligt tidspunkt i samtalen, idet patienten ellers kan opfatte det som om, lægen forsøger at affærdige symptomerne som noget psykisk, fordi han ikke kan finde anden årsag.

Spørg til patientens funktionsniveau og håndtering af sygdommen (coping)

Patienterne bør udspørges om de forstyrrelser, som deres symptomer har forårsaget i det sociale funktionsniveau – herunder arbejde og relation til familien fx ”Hvordan har dette påvirket din mulighed for xx?”, ”Hvordan har du tacklet dette?”, ”Hvordan har du tidligere håndteret dette?”

Afdæk patientens sygdomsforståelse (og vent med at blotlægge din)

I de senere år er man blevet klar over, at patientens egen sygdomsopfattelse og sygdomsmodel er overordentlig vigtig for sygeligheden og funktionsniveauet, idet det er denne opfattelse, der betinger, hvordan man reagerer på symptomer (se også afsnittet om sygdomsforståelse og symptomperception side 13). Det er derfor vigtigt, at patientens sygdomsopfattelse afdækkes. Man kan fx spørge:

”Hvilke tanker har du selv gjort dig om, hvad du fejler?”, ”... om hvad årsagen er?”, ”Har du tænkt på nogen bestemt sygdom?”, ”Du må have gjort dig nogle tanker om, hvad...”

Hvis det er nødvendigt, kan man anvende enkelte ledende spørgsmål, idet patienten kan være tilbageholdende med at tage et emne op af frygt for svaret eller af frygt for at virke uvidende.

Det er af afgørende vigtighed at *modstå fristelsen til at korrigere patienten* og bryde ind med en forklaring, selv om den virker indlysende for lægen. Lyt i stedet og spørg af interesse, men hold

også fokus. Det er jo ikke, hvordan tingene i virkeligheden hænger sammen, der er interessant, men hvordan patienten opfatter det, idet det er nødvendigt at kende patientens tankegang for på et senere tidspunkt i samtalen at kunne hjælpe patienten med at ændre denne.

Spørg til patientens forventninger til behandling og udredning

Spørg patienterne om deres forventninger til det aktuelle besøg. Dette hjælper til at afdække eventuelle underliggende årsager - herunder emotionelle elementer - til besøget og er med til at fremme samarbejdet mellem læge og patient .

Kendskab til, hvad patienten reelt ønsker og forventer, vil også bevirke, at lægen bedre kan imødekomme og tage stilling til disse forventninger og bedre kan arbejde hen imod en fælles enighed om behandlingsplan og mål.

Patienter med funktionelle lidelser har ofte en urealistisk forestilling om mulighederne for (somatisk) behandling og om videnskabens formåen med hensyn til diagnostik. Dvs. de har ikke et realistisk syn på lægevidenskabens grænser (hvilket også gælder nogle læger!). Patienterne kan have tanken, at der må være noget organisk galt, og at ”blot de bliver undersøgt grundigt nok, vil man finde ud af, hvad de fejler, og de vil blive behandlet og raske”.

Dette kan være en af årsagerne til, at de hyppigt søger læge og evt. søger flere forskellige læger. Patienter, der ikke har accepteret medicinens grænser, kan konkludere, at det er lægen, der ikke vil undersøge eller behandle dem ordentligt.

Spørg patienten, ”Hvilke tanker har du gjort dig om, hvad der skal ske nu / hvilken behandling, der skulle sættes i værk?”, ”Hvilke forventninger har du til at komme her i dag?”

Tabel 7: TERM-modellen

1. Forståelse

1. Uddyb symptomanamnese (præcisere, ledsagesymptomer, en typisk smertedag)
2. Uddyb signaler om emotionelle problemer.
3. Spørg til angst- og depressionssymptomer.
4. Afdæk belastninger, stress og ydre faktorer (sociale, arbejdsmæssige og familiære)
5. Spørg til funktionsniveauet (fysisk, socialt og rolle).
6. Afdæk patientens sygdomsforståelse
7. Afdæk patientens forventninger til behandling og udredning.
8. Foretag en fokuseret klinisk undersøgelse og evt. parakliniske undersøgelser.

2. Lægens bord og Anerkendelse

9. Giv feedback på resultatet på den fysiske undersøgelse.
10. Anerkend, at symptomerne er reelle.
11. Forklar, at der ikke er (eller at der er) indikation for yderligere undersøgelser eller ”somatiske” behandlinger.

3. Sammenhæng forhandles

Forhandl en ny fælles forståelsesmodel med patienten

Simple forklaringer

12. Almindelig reaktion ved stress og belastning/nervøsitet.
13. Depression sænker smertetærsklen (”mere følsom, når man er nedtrykt”).
14. Muskelspændinger ved angst og nervøsitet giver smerter.

Demonstrationer

15. Praktiske (hyperventilation, muskelspændinger).
16. Forbind fysisk besvær, emotionelle reaktioner og hændelser i patientens liv.
17. Her og nu (nervøs over at skulle komme til lægen).

I svære tilfælde

18. Kendt fænomen, der har et navn; nemlig somatisering.
19. Basalt set er årsagen ukendt, men ingen dokumentation for skjult somatisk lidelse.
20. Biologisk forklaring: Nogle er mere kropsligt fintfølede end andre – derfor mere voldsomme symptomer.
21. Hvordan man handler og reagerer på sine symptomer er vigtigt for, hvordan man får det fremover.

4. Konkret Efterforløb forhandles

- Opsummer resultatet af dagens samtale. Aftal mål, indhold og form af videre forløb.
22. Akutte tilfælde → patienten afsluttes.
23. Subakutte → der aftales en samtalerække med faste tider, længde og intervaller .
24. Kroniske → evt. en statuskonsultation. Der aftales konsultationer med faste tider og intervaller (se praktiske råd).
25. Overvej evt. henvisning til psykiater, psykolog eller specialenhed.

Foretag en fokuseret klinisk undersøgelse og indicerede parakliniske undersøgelser

Det har været en udbredt misforståelse gennem mange år, at man skal undgå at undersøge somatiserende patienter for ikke at give 'sekundær' gevinst. Patienter med somatoforme lidelser har krav på en ordentlig undersøgelse. Selv om patientens symptombeskrivelse ikke giver mistanke om organpatologi, kan det af psykologiske grunde alligevel være en god ide at foretage en klinisk undersøgelse af det relevante organ, fx stetoskopi af hjertet, hvis patienten klager over hjer-teproblemer. Dette er med til, at få patienten til at føle sig taget alvorligt, og det viser, at lægen er omhyggelig. "Ifølge det, du fortæller mig, lyder det ikke som om der er noget alvorligt galt med dit hjerte, men jeg vil gerne have lov at lytte på det" Hvis det er en gentaget undersøgelse, kan man evt. anføre, at indikationen er psykologisk "Jeg kan se, at du er bekymret, så derfor vil jeg gerne have lov til at lytte på dit hjerte".

Specielt ved de kronisk somatiserende patienter skal man i undersøgelsen fokusere på sikre subjektive klager og objektive fund, og man bør i kroniske tilfælde undgå udredning og undersøgelser, hvis de ikke er indicerede på grundlag af objektive fund eller et veldefineret klinisk sygdomsbillede.

TERM-modellen trin 2: Lægens bord og Anerkendelse

Giv feedback på resultatet af undersøgelsen

Når anamnesen er optaget, og patienten er klinisk undersøgt, opsummeres resultatet for patienten. Det er vigtigt både at nævne positive og negative fund for patienten. Man må under ingen omstændigheder sige, at patienten ikke fejler noget. Man kan derimod fx sige, "jeg har nu undersøgt din mave (eller det organsystem, man har fokus på), og jeg har ikke fundet tegn på forandringer (som årsag til dine smerter). Du havde lidt ømhed i venstre side, og det ser man ofte ved muskelspændinger, og det er helt ufarligt".

Det er vigtigt, at man udtaler sig som en autoritet og blotlægger sin ekspertviden baseret på, at man så at sige har "kigget ind" i patienten ved sin kliniske undersøgelse, parakliniske test mv. Dette er en viden, som patienten ikke har mulighed for at besidde eller vurdere, hvorfor den ikke kan anfægtes af patienten³⁸.

Anerkend, at symptomerne er reelle

Hvor man på den ene side kan give sin ekspertvurdering af, at der ikke er tegn på organiske eller patofysiologiske forandringer, hvilket ikke kan anfægtes af patienten, er det på den anden side *ekstremt vigtigt at anerkende, at symptomerne er reelle, idet man ikke som læge kan anfægte, at patienten føler sig syg* (dvs. den subjektive sygdomsopfattelse på engelsk 'illness' modsat den lægeligt verificerbare 'disease' eller 'disorder'). På dette område er patienten autoriteten. Bemærkninger om, at patienten ikke fejler noget, kan blive opfattet som om, lægen tror, at patienten bevidst simulerer.

Man bør således altid, nærmest som en refleks, give udtryk for at symptomerne er reelle og plagsomme, hver gang man udtaler sig om manglende organiske forandringer.

Man kan fx sige: "Jeg kan se, at du er meget generet af dine smerter (symptom). Heldigvis kan jeg berolige dig med, at intet tyder på, at der er tale om en alvorlig sygdom. Måske kunne vi se, om vi kan finde andre forklaringer på dine smerter".

Forklar at der ikke er indikation for yderligere udredning eller somatisk behandling

Det understreges over for patienten, at man ud fra sin ekspertviden og sin undersøgelse (klinisk undersøgelse, parakliniske test mv.) ikke finder grundlag for at foretage flere somatiske undersø-

gelses eller yderligere udredning, og at der ikke findes medicinsk eller kirurgisk behandling, som er aktuel. Dette vil kunne modvirke, at patienten begynder at tvivle på, om der nu var en undersøgelse, der blev glemt, straks efter at de har forladt konsultationen. Ligeledes markerer man, at det er medicinens grænser og ikke lægens uvilje eller manglende omhu, der ligger til grund for beslutningen. ”Jeg finder ikke nogen grund til at lave flere undersøgelser, og der findes ingen medicinsk eller kirurgisk behandling, der vil kunne hjælpe dig”. I formuleringerne er det vigtigt at tage udgangspunkt i den/de sygdomme, som patienten selv frygtede eller den behandling, som de troede ville hjælpe dem.

Ofte vil det være af stor effekt, at man kan give et autoritativt og billedligt feedback. Hvis man kan anskueliggøre, at der objektivt er ”set ind i patienten”, eksempelvis ved skopier eller billeddannende teknikker, og har set normale forhold, har det større vægt og forståelighed end udtalelser om at ”man ikke har fundet noget”. På samme vis har det større vægt, at man har ”set på nyrer og lever” med blodprøverne, og at de fungerer normalt, frem for at ”blodprøverne ikke viste noget galt”.

TERM-modellen trin 3: Sammenhæng forhandles

Det er en almindelig basal antagelse, at fysiske symptomer må skyldes en somatisk lidelse, dvs. organiske forandringer eller patofysiologiske fejlfunktioner. Dette på trods af, at det er vist, at det mere er undtagelsen end reglen, at man finder et organisk grundlag for et fysisk symptom²⁸. Enten-eller-tankegangen er udbredt: ”Hvis det ikke er noget organisk, må det være noget psykisk”. Det sidste ligestilles ofte med ren indbildning. Dette bevirker, at den holdning, der formidles til patienten, kan være, at patienten blot skal ”tage sig sammen” eller ”holde op med det”. Heri er underforstået, at det er noget, patienten selv skaber, og at det dermed er patientens egen skyld.

Hvis patienterne fornemmer, at andre og specielt lægen mener, at det er deres egen skyld, er behandlingen stort set umulig. Patienterne kan med rette ikke forstå det. De vil føle sig afviste og magtesløse, og de vil ikke vide, hvad de skal stille op⁶⁵. Det er derfor af afgørende betydning, at patienterne hjælpes til at forstå deres sygdom på en mere nuanceret måde i overensstemmelse med de faktiske forhold. Målet er at få patienterne til at føle, at de forstår, hvad de fejler, at det ikke er deres egen skyld, at de selv kan gøre noget og har en vis kontrol over deres symptomer/sygdom (”empowerment”).

Formålet er således at *reframe klagerne*, dvs. at de sættes ind i nye sammenhænge, og patienten bibringes en ny forståelsesmodel. Som nævnt tidligere er det meget vigtigt, at patienten ikke føler, at han bliver korrekset, og såfremt patienten selv kan komme frem til nogle af konklusionerne, er det overordentligt effektivt. Det er af afgørende betydning, at en forklaring, som foreslås af patienten, ikke kolliderer med patientens egen forståelse, ellers må man gå mere gradvis frem. På den anden side skal man heller ikke tale patienten efter munden, men prøve at få flere mulige forklaringer på bordet, selv om patienten er afvisende.

Før modellens trin 3 og 4 (punkterne 3 og 4 i Tabel 7) gennemgås, vil nogle flere af de generelle samtaleregler blive gennemgået.

Undvig modstand

I nogle tilfælde er det ikke muligt at bevæge patientens opfattelse af et organisk grundlag for klagerne, og det er vigtigt, at man ikke kommer ind i en fastlåst og konfronterende diskussion. Svaj af over for eller gå med patientens modstand; (med et professionelt bokserudtryk kaldet ”Rope-a-Dope”). ”Jeg kan høre (eller se), at du er overbevist om, at der må være noget galt med ”hjertet (eller andet organ)”. Jeg kan ikke finde noget tegn på forandringer i ’hjertet’, og der er

derfor ikke noget, vi kan behandle kirurgisk eller medicinsk, så vi kan få symptomerne til at forsvinde. På den anden side er der flere ting, du selv kan gøre for at få det bedre, hvilket også havde været tilfældet, hvis du havde haft en egentlig hjertesygdom. Hvad siger du til at se på det?”. Afhængigt af problemstillingen må man herefter gå ind på konkrete muligheder. Fx ”Man ved, at motion er vigtig for at undgå at få det dårligere. Det gælder også for mennesker med hjertesygdomme. Hvordan lyder det for dig?” ”Mange mennesker er bange for, at hjertet skulle tage skade, hvis de motionerede, eller at man måske oven i købet kunne dø af det. Er det noget, du har tænkt?” ”Jeg kan berolige dig med, at det ikke er tilfældet. Derimod kan jeg med sikkerhed sige, at du vil få det dårligere, hvis du ikke motionerer – holder dig i gang, selv om jeg forstår, at det kan være svært for dig”.

Styrkning af selvhjælp og 'empowerment'

Det er meget vigtigt at understøtte patientens fornemmelse af selv at kunne gøre noget og at have kontrol over sin sygdom og symptomer. Dette kan opnås igennem praktiske demonstrationer (se nedenstående) og ved at hjælpe patienten til at få en ny forståelse af sin sygdom og en forståelse af, hvad der i det hele taget foregår. Man kalder også dette fænomen 'empowerment' eller 'self-efficacy'. Modsat hvad vi som læger ofte forledes til at tro, opfatter patienten sig selv og ikke lægen som den højeste autoritet. Lægen opfattes mere som en konsulent og dette ofte i konkurrence med alternative terapeuter, ugeblade, venner, familie m.fl.⁶⁶.

Patienten kan bruge lægen til at afprøve sine hypoteser og tanker om sammenhænge eller til at søge bekræftelse om rigtigheden af egen opfattelse. Hvis man ønsker at udvirke ændringer hos patienten, er det derfor nødvendigt, at de nye idéer passer ind i patientens tankeverden og er afprøvet og accepteret af patienten, dvs. den endelige autoritet. Dette kan opnås ved at lade patienten selv komme frem til løsningsmulighederne. Man kan gøre det ved opsummeringsteknikken, idet man diskret guider patienten ved de vægtninger, understregninger og det fokus, der bliver valgt i opsummeringerne. Det er vigtigt, at patienten ikke føler, at man afviser deres udlægning, men at de føler, de bliver taget alvorligt. Ideelt set bør samtalen fremstå som en dialog mellem læge og patient. Man kan anerkende patientens tanker igennem ytringer som ”Jeg kan godt forstå din tankegang. Man kunne jo også forstå det på den måde ...” eller ”Jeg kan følge din tankegang. Jeg har svært ved at forstå ...”.

Empowerment er i øvrigt kraftigt forbundet med patienttilfredshed⁶⁵

Simple forklaringer

Det skal anføres, at det er helt almindeligt at kunne reagere med fysiske symptomer ved stress og belastninger, og/eller at bestående fysiske symptomer kan forværres. Det er kun sjældent, at fysiske symptomer skyldes organisk forandring eller patofysiologiske fejlfunktion. Fx ”Alle mennesker kan reagere med fysiske symptomer og gener, når man har problemer eller føler sig presset eller stresset”. ”Det er ufarligt, men jeg kan forstå, det bekymrer dig og er ubehageligt”. ”Jeg ser ofte sådanne symptomer hos nogen, der er stressede eller belastede. Kunne det også være tilfældet hos dig?” I nogle tilfælde har patienten svært ved at tro på det. Ofte er det en meget radikal ændring i patientens opfattelse af årsagen til symptomerne, man forsøger at introducere, hvorfor man må give patienten tid til at bearbejde det. Dette foregår bedst ved, at patienten selv kommer med indfald og forslag, som man hjælper patienten med at vurdere og veje for og imod.

Eksempler på simple forklaringer kan være:

- Man får hjertebanken, åndenød og andre fysiske symptomer, når man bliver forskrækket eller er nervøs for noget, man skal. De fleste patienter vil kunne udbygge dette med egne eksempler

- Man er mere følsom for fysiske symptomer, når man er nedtrykt.
- Man spænder musklerne når man bliver angst eller stresset. Dette kan give smerter, som igen kan forstærke spændingerne og give flere smerter, så man kommer ind i en ond cirkel.

Demonstrationer

Praktiske øvelser og demonstrationer kan være effektfulde til at demonstrere sammenhæng mellem fysiske symptomer og adfærd. Endvidere er det meget vigtigt, at patienten igennem demonstrationerne oplever, at de selv kan påvirke symptomerne, og at symptomerne ikke er helt uden for egen kontrol.

- Muskelsmerter kan demonstreres ved at bede patienten spænde musklerne i eksempelvis armen (løfte en bog ud fra kroppen), hvilket næsten altid medfører smerter efter nogen tid: Selv en ringe muskeltonus kan give muskelsmerter på kort tid. Logisk set må derfor en endnu ringere muskeltonus kunne give muskelsmerter, når tonus persisterer næsten døgnet rundt. Tensionshovedpine kan i nogle tilfælde demonstreres ved at trykke på patientens spændte nakkemusklér.
- Dertil er det ofte muligt at forbinde emotionelle reaktioner og hændelser i patientens liv med fysiske reaktioner. Patienten guides langsomt ind på at tale om generne i forbindelse med belastende og stressende begivenheder. Man har formodentligt fået nogle oplysninger fra anamneseoptagelsen, som kan anvendes. Det mest effektive er, hvis patientens egne eksempler anvendes: ”Du fortalte mig før, at du havde det specielt dårligt i mandags; det var også den dag, du fortalte mig, at din mand var kommet meget sent hjem; jeg tænkte, om der måske var en sammenhæng; hvad tænker du om det?”
- Endelig opstår der ofte her-og-nu situationer. ”Jeg kan se på dig, at du får det skidt, når vi taler om det her; det må være ubehageligt for dig.” Patienten har ofte også været nevøs for at komme til lægen, og man kan undersøge, om det har bevirket forværring i de fysiske symptomer.

Ved svære tilfælde

I mere udtalte tilfælde af somatisering er det nødvendigt, at patienten får en meningsfyldt forståelse af sin sygdom.

- Patienterne tror ofte, de er de eneste i verden, der har denne sygdom, og er derfor bange for, at det kun er hos dem, man har overset noget. De skal derfor oplyses om, at det drejer sig om et kendt fænomen, der har et navn nemlig somatisering. Et eksempel på en formulering kunne være: ”Der er mange, der har det på samme måde som dig, / fejler det samme som dig, så det er absolut ikke sjældent”, ”vi har også et navn for det nemlig somatisering eller funktionelle symptomer/lidelser”. (Patienten vil her typisk spørge, hvad det så er).
- Man kan derefter fortsætte med at forklare, at den dybere årsag er ukendt som ved mange andre sygdomme (fx essentiel hypertension). Fx kan man sige, at ”i bund og grund kender vi ikke årsagen eller mekanismen bagved, men der forskes meget i det for tiden”, ”vi ved med stor sikkerhed, at der ikke ligger nogen skjult legemlig lidelse bagved, og vi ved, at hverken traditionel medicinsk eller kirurgisk behandling hjælper men tværtom kan forværre tilstanden”.
- For at fratage patienten skyldfølelse bør mulige biologiske årsager, som der er en vis videnskabelig evidens for, anføres (på samme måde som man i dag er ret sikker på det biologiske substrat ved depressioner). Man kan fx sige ”der er flere undersøgelser, der tyder på, at årsagen kan være nogle forandringer i hjernen, og at nogle er mere kropsligt fintfølede end andre, og at de så at sige ikke er så gode til at filtrere fysiske fornemmelser og symptomer fra og derfor er mere plagede af symptomer”. Der kan anvendes eksempler som alle

kender som fænomenet, at når man hører om eller kommer til at tænke på lopper og lus, kan det komme til at klø i hovedbunden: Sanserne og opmærksomheden skærpes. Ved somatisering er forstærkningen blot meget kraftigere. Desuden kan det anføres, at ”hos nogle ved vi, at det skyldes arv”.

- Hvordan du handler og reagerer på dine symptomer, er vigtigt for, hvordan du får det fremover. Det er vigtigt, at du lærer at fungere så godt som muligt trods de gener, du har (dvs. coping), og hverken kommer i tiltagende dårligere form fysisk eller udsætter dig for unødvendige undersøgelser eller behandlinger (dvs.: accept af medicinens grænser).

TERM-modellen trin 4: Konkret Efterforløb forhandles

Resultatet af konsultationen opsummeres til sidst, idet man fx spørger patienten, ”Hvad har du fået ud af vores samtale?”, ”Er der noget, du kan bruge?”, ”Ville det være rimeligt, at gøre (sådan og sådan)?”, ”Kan vi være enige om...?”.

I nogle tilfælde – specielt i de kroniske – er det ikke muligt at bevæge patientens opfattelse af et organisk grundlag for klagerne, og det er vigtigt, at man ikke kommer ind i en fastlåst og konfronterende diskussion (se Tabel 11 om råd i kroniske tilfælde).

Det videre behandlingsforløb forhandles med patienten. Man kan argumentere med, at der også findes andre muligheder for behandling end den rent medicinske eller kirurgiske. Foreslå, at I i fællesskab skal finde ud af, om det er noget for patienten. Tilbyd sammen med patienten at undersøge, hvad han eller hun selv kan gøre for at få det bedre, uanset hvad årsagen til besværet er.

Følgende 4 forløb bør overvejes:

1. Akutte tilfælde: Patienten afsluttes.
2. Subakutte tilfælde: Der aftales en samtalerække med faste tider og intervaller.
3. Kroniske tilfælde: Evt. en statuskonsultation. Der aftales konsultationer med faste tider og intervaller.
4. Evt. henvisning til psykiater, psykolog eller specialenhed

Vigtigheden af aftale om faste tider kan ikke understreges kraftigt nok.

Akut somatisering

Patienter uden adækvat forklarede fysiske symptomer, uden subakut eller svær somatisering i anamnesen. Efter at have benyttet den generelle model i konsultationen afsluttes patienten. I særlige tilfælde kan det være på sin plads at aftale, at patienten kan henvende sig igen ved behov.

Subakut somatisering

Subakut somatisering er her defineret som akut somatiserende patienter, der kommer igen, eller som tidligere har henvendt sig med funktionelle symptomer, men hvor problemet har stået på i under 6 mdr.

Der aftales en kort samtalerække med faste tider og længde på samtalerne. Såfremt lægen i forvejen behersker en bestemt metode eller teknik kan denne anvendes i kombination med elementer fra den gennemgåede TERM-model. En anden mulighed er at anvende problemløsningsteknikken, som beskrives i det følgende.

Hertil kommer, at i mange tilfælde vil også de råd, som er anført ved kronisk somatiserende patienter med stor fordel, kunne anvendes ved somatiserende patienter med kortere sygdomsvarighed.

Kronisk somatisering

Der henvises til kapitel 7 om behandling og management af kronisk somatiserende tilstande.

Evt. henvisning

Henvisningsmuligheder afhænger af de lokale forhold. Et eksempel på, hvordan man kan formulere en begrundelse for henvisning uden at støde patienten, er vist i tekstrammen.

Henvisning til psykiater

"Jeg er glad for at kunne sige, at vi har udelukket, at dine symptomer skyldes en alvorligere legemlig lidelse. Men jeg kan forstå, at dine smerter (eller andet symptom) fortsat er et stort problem for dig. Jeg er bekymret over de problemer, som du har derhjemme, og hvor anspændt de gør dig – og det hjælper afgjort ikke med til, at du får det bedre.

Jeg har en kollega, som er psykiater, der interesserer sig for kroniske smerter (eller andet symptom), og som ofte giver mig råd til patienter med den type problemer, som du har. Jeg vil gerne have hans vurdering om den bedste måde at komme videre på."

(efter C Bass)⁴³

Kapitel 6

Opfølgende samtaler

Tabel 8: Opfølgende samtaler

Generelt

- Nutidige, specifikke og konkrete problemer. Ikke barndom eller fortid.
- Samtalen er en dialog.
- Der afsættes altid en fast tidsramme (eks. 10, 20 el. 30 min.), som altid overholdes.
- Hjælp patienten til selv at løse problemet, dvs. igennem forhandling. Det er patienten selv, der vælger.
- Aftal og forhandl afslutningen i god tid, gerne med 2-3 samtaler tilbage.

Videre udredning

- Provokerende og lindrende faktorer (fokus på et enkelt symptom).
- Hvorledes kan patienten fungere trods symptomer (coping).

Problemløsende teknik

- Der sættes en dagsorden. Eventuelle opgaver siden sidst gennemgås.
- Identifikation af det helt aktuelle problem.
- Klarlægning af realistiske mål.
- Lad patienten nedbryde mål til realistiske delmål, som kan håndteres. (Klarlægning af hvert enkelt aktive trin for at kunne opnå delmålene).
- Formuler forskellige løsningsmuligheder for hvert trin – overvej pro et contra.
- Enes om den foretrukne løsningsmåde og aftal en dagsorden for problemløsningen.
- Overvej mulige hindringer.
- Opsummer problemløsningsprogrammet.

Næste gang evalueres fremgang, og mål og midler justeres evt.

Generelt om opfølgende samtaler

Man skal ikke undlade at høre til patientens fysiske symptomer, men skal på den anden side passe på, at det kommer til at fylde for meget i samtalen. Ofte vil patientens behov for at tale om sine symptomer aftage, efterhånden som samtalerne skrider frem. Man bør i stedet fokusere på de faktorer, der volder problemer og er med til at vedligeholde patientens symptomer og adfærd.

Man beskæftiger sig med nutidige specifikke og konkrete problemer, ikke barndom eller fortid.

At arbejde med barndommen kan være relevant i en langvarig psykoterapi, men er sjældent en god ide i andre situationer - nærmere tværtimod. Patienten, der har mange "lig i lasten", kan blive helt absorberet og handlingslammet. Det vil for dem være en stor hjælp, at de holdes fast i nutiden og i praktiske konkrete problemer. Andre patienter kan anvende det at tale om barndommen, som en flugt fra at tage stilling til nutidige problemer.

Samtalen er en dialog. Som tidligere understreget, er det vigtigt, at man hele tiden sikrer sig, at man har en fælles forståelse med patienten og benytter den hidtil anvendte sokratiske spørgeteknik. Målet er gennem forhandling, at hjælpe patienten til selv at løse problemet. Det er patienten selv, der i sidste ende vælger, hvilke områder der skal sættes ind over for.

Aftal afslutningen i god tid, helst med mindst 2-3 samtaler tilbage. Så snart et afslutningstidspunkt er fastlagt, vil samtalerne automatisk skifte karakter til en mere fremsynet strategi ("hvordan skal jeg klare nyopståede problemer fremover – hvem kan jeg forvente hjælp fra" osv.).

Videre udredning

Selvom patienten har fået indblik i sammenhængen mellem psykiske og somatiske faktorer, er det langt fra sikkert at patienten umiddelbart ser, hvilke faktorer der har indflydelse på symptomerne. Det kan derfor i efterforløbet være nødvendigt at fortsætte udforskningen af symptomerne.

Provokerende og lindrende faktorer udforskes evt. gennem dagbog eller ugeskema (appendiks). Resultatet af udforskningen anvendes i samarbejde mellem patient og læge direkte til udformning af strategier for patienten til at håndtere sine symptomer og problemer (coping).

- Hvilke ting har patienten erfaring for, forværrer tilstanden.
- Hvilke ting kan mildne symptomerne.
- Hvorledes har patientens funktionsniveau været påvirket efter symptomdebut.
- Hvorledes kan patienten fungere trods symptomer (coping).

Træning

Nedsat funktionsevne pga. funktionelle symptomer genoptrænes ved at genoptage aktiviteterne ganske gradvist. Det er vigtigt at være empatisk med patientens frygt for opgaverne og at forklare, at der kun skal tages så små skridt, at hvert næste skridt er overkommeligt. Ikke sjældent griber patienten af overmod, når det begynder at gå godt igen. Derved risikerer de at få nederlag og miste tiltro til, at der er behandlingsmuligheder. Det er derfor vigtigt, at udfordringerne er graduerede og planlagte, således at de mest overkommelige udfordringer afprøves først. Man går helt slavisk fra lette opgaver over gradvist sværere opgaver til løsning af de sværeste problemer.

Problemløsningsterapi

Problemløsende terapi har vist sig effektiv og let anvendelig til behandling af somatiserende patienter i almen praksis^{67;68}. Metoden er velegnet til på en struktureret måde og med få sessioner at hjælpe patienten til at udforske og løse problemer, som har vist sig vanskelige for patienten selv at håndtere. Patienten lærer at anvende egne færdigheder og erfaringer til at håndtere både aktuelle og fremtidige problemer.

Lægen fungerer mere som konsulent og træner end som ekspert. En problemløsningssession varer normalt mere end de 10-12 minutter, som vanligvis sættes af til en konsultation⁹, hvorfor det anbefales at anvende en regulær terapisesession.

Da det i begyndelsen kan være uoverskueligt for patienten at angribe hele problemkomplekser på én gang, behandler man i starten kun *et enkelt problem ad gangen*.

Start altid med at sætte en dagsorden og at revidere resultatet af evt. opgaver siden sidst.

De 7 stadier i problemløsningsmodellen gennemgås for hvert enkelt problem:

1. Identificering og afgrænsning af et aktuelt problem, f.eks. at patienten isolerer sig og ikke kommer uden for en dør.
2. Klarlægning af alternative mål og valg af ét konkret mål, f.eks. at kunne gå på indkøb.
3. Formulering i fællesskab af forskellige løsningsmuligheder ('brainstorming'). Det er vigtigt på dette tidspunkt ikke at udelukke nogen løsning på forhånd.
4. Hver enkelt mulighed afvejes pro et contra. Der udvælges den løsningsmodel, som efter afvejning synes bedst. Det er vigtigt, at det er patienten selv, der vælger løsningen.
5. Løsningsmodellen nedbrydes til trin, som hver for sig er realistiske at håndtere. Hvert enkelt trin belyses med hensyn til metode, tidsramme og initiering, f.eks. at starte første uge med at træne små gåture med hunden.
6. Løsningsprogrammet opsummeres af patienten og denne dagsorden må gerne have form af en slags kontrakt. Det kan være til stor gavn for patienten, hvis man prøver at være forudseende og i fællesskab overvejer mulige hindringer på forhånd.

7. Ved næste samtale evalueres fremskridt og mål, og midler justeres hvis nødvendigt.

Patienten vil i starten ofte have svært ved metoden og ikke sjældent kommer patienten til de første samtaler uden at have forsøgt problemløsning som aftalt. Man bør tage dette afslappet og absolut ikke blive formanende over for patienten. I stedet kan man tale om, hvad der var svært, og hvad der forhindrede patienten i at komme videre.

Kapitel 7

Behandling og management af kronisk somatiserende tilstande

I mere udtalte tilfælde er kronisk somatoform lidelse en livslang tilstand, hvor patienten kan være svært invalideret. I mange tilfælde er det derfor mere realistisk at tale om management end om behandling. Dvs. at behandlingsstrategien ikke lægges an på, at patienten skal heldbredes, men at man skal forsøge at give patienten den bedst mulige tilværelse som ved andre kroniske somatiske og psykiske lidelser. Nogle mener, at de allersværeste tilfælde af kronisk somatiserende patienter kun kan behandles med årelang kontinuerlig ambulans kontakt til psykiatrisk specialist. Ofte vil man føle en usikkerhed over for den kronisk somatiserende patient, idet man ikke har styr på alle de undersøgelser og behandlinger, patienten har været igennem, og de forskellige sygdomsbilleder, som patienten har præsenteret. Typisk er det en blanding af mulige positive fund og oplagte somatisk uforklarede symptomer. Patienten vil ikke være mindre forvirret. Man kan tænke: ”Er det nu hende igen, hvad skal jeg dog gøre eller finde på? - kunne der være noget, jeg har overset i den omfattende sygehistorie?”. Man føler en usikkerhed over at skulle se patienten og skal sætte sig op til det, når man ser patienten i venteværelset. En metode til at få overblik over og styr på en kronisk somatiseringstilstand er at aftale en statuskonsultation.

Statuskonsultation

Før konsultationen

Afsæt den fornødne tid til at gennemgå patientens sag. Det kan i nogle tilfælde virke uoverskueligt og kræver en overvindelse, men det vil afgjort kunne betale sig senere både i sparet tid og i forholdet til patienten.

Tabel 9: Før statuskonsultationen

- Afsæt den fornødne tid til at gennemgå patientens sag.
- Gennemgå patientens anamnese ud fra journaloplysninger og epikriser mv.
- Opsummer de symptombilleder, som patienten har præsenteret og har været udredt for i nogle få hovedgrupper eller temaer.
- Opsummer hvilken udredning og behandling patienten har været igennem – evt. for hvert symptombillede, herunder evt. positive og negative fund.
- Se efter eventuelle mønstre over tid i sygdomsgrad i relation til ydre belastninger og begivenheder i patientens liv.
- Se efter tegn på psykiske lidelser.

Gennemgå patientens anamnese ud fra journaloplysninger, epikriser, m.m.

Opsummer de symptombilleder, som patienten har præsenteret og har været udredt for i nogle (få) hovedgrupper.

Opsummer, hvilken udredning og behandling patienten har været igennem herunder evt. positive og negative fund.

Ved en sådan oversigt på højst 1-2 sider i nogle hovedpunkter vil billedet fremstå tydeligere, så man kan føle sig på mere sikker grund. Det er vigtigt, at både negative og positive fund er inkluderet, således at patienten ikke føler, at man overser den ene halvdel. Vær også opmærksom på et eventuelt mønster over tid i sygdomsgraden og klager i relation til ydre belastninger og hændelser, som patienten har været ude for i sit liv.

Se efter psykiske lidelser. Fysiske og emotionelle symptomer forekommer ofte samtidigt og forværres samtidigt. Ved en depression kan patienten måske fokusere udelukkende på de fysiske symptomer, og disse er måske tidligere forsvundet med behandlingen af depressionen. Denne samvariation kan synliggøres for patienten og formidle en samtale om emnet.

Tabel 10: Under statuskonsultation

- Fortæl patienten om årsagen til statuskonsultationen:
- Fremlæg opsummeringen af anamnesen som neutrale facts. ”Læs” evt. journalen sammen med patienten.
- Uddyb patientens forventning til behandlesystemet
- På den baggrund konkluderes, at traditionel medicinsk behandling (stående alene) kommer til kort. Tilbyd patienten i fællesskab at forsøger at finde ud af en ny måde, hvorpå patienten kan få det bedre.
- Anvend generel samtaleteknik og de generelle råd for kronisk og subakut somatisering.

Under konsultationen

Årsagen til statuskonsultationen forklares for patienten. Man kan forklare, at patienten har været igennem mange undersøgelser og behandlinger, uden det rigtigt har hjulpet, at patienten er kommet tit, er meget plaget, og at du kan se, patienten har det dårligt. Du føler ikke rigtigt at kunne komme igennem med den traditionelle medicins behandling. I vil prøve at se på det med nye øjne, idet det er utilfredsstillende med alle de undersøgelser og behandlingsforsøg, som ikke hjælper. Tilbyd eksempelvis patienten: ”Kan vi i fællesskab finde ud af en ny måde, så du kan få det bedre?”, ”Der er desværre mange sygdomme, som vi ikke kan behandle, så de forsvinder helt, men man kan gøre noget for at afbøde generne”. ”Der findes ingen mirakelkur”. ”Et mål kunne være at stoppe alle disse unødvendige undersøgelser, når de alligevel ikke hjælper”. ”Jeg vil selvfølgelig være opmærksom på, om du får tegn på en legemlig lidelse”.

Fremlæg opsummeringen af sygehistorien som neutrale facts. Det er her vigtigt, at både positive og negative fund fremhæves og diskuteres med patienten. At lægen er omhyggelig med den somatiske gennemgang og understreger over for patienten, at denne kan føle sig tryk ved også fremover at lade lægen være garant for, at der ikke overses en somatisk lidelse under konsultationen.

Medicinens (lægevidenskabens) grænser:

Vi læger må erkende, at det kun er en lille del af sygeligheden og invaliditet grundet fysiske--symptomer, som vi kan forklare ud fra den biomedicinske model, og det er en endnu mindre del, vi kan behandle. Denne erkendelse er der mange, som ikke har nået og det kan være en af årsagerne til, at somatiserende patienter bliver ved med at søge behandling. Det kan fremhæves, at denne erkendelse ikke kun gælder for somatoforme lidelser, men også for mange somatiske lidelser. Essentiel hypertension kan ses som et somatisk analogt eksempel – behandlingsmål er oven i købet også ved denne lidelse at undgå sekundære skader.

Tabel 11: Generelle råd ved management af kronisk somatisering*Somatisk*

1. Foretage en somatisk undersøgelse med fokus på det organsystem, hvorfra patienten har (nye) klager.
 - Læg vægt på objektive fund i stedet for subjektive klager.
 - Undgå udredning og undersøgelser hvis ikke indiceret på grundlag af objektive fund eller et veldefineret (nyt) klinisk sygdomsbillede.
2. Saner medicinen, brug ikke p.n. ordinationer og undgå vanedannende medicin.

Psykologisk:

3. Stil diagnosen og fortæl patienten, at lidelsen er kendt og har et navn.
4. Anerkend patientens symptomer som reelle.
5. Vær direkte og ærlig over for patienten om de ting (områder), du er enig i, og de ting, du er uenig i; men undgå at få patienten til at føle sig dum, nedgjort eller ikke respekteret.
6. Vær stoisk, forvent ingen hurtige ændringer eller helbredelse.
7. Reducer forventningerne om helbredelse og accepter patienten som kronisk syg. Målet er at kunne rumme patienten og at begrænse (iatrogene) skader, altså management og ikke behandling.
8. Forstå en forværring af og nye tilkomne symptomer som en emotionel kommunikation i stedet for et tegn på en ny lidelse.
9. Forsøg evt. med specifik terapi (se TERM-modellens trin 1-3 og opfølgende samtaler) og overvej en henvisning til specialiseret behandling.

Psykofarmakologisk behandling:

10. Overvej behandling med psykoaktiv medicin (primært antidepressiva eller Buspar).
11. Vælg ikke-vanedannende medicin og vælg gerne medicin, der kan serummonitoreres.
12. Start med mindre dosis end sædvanligt og øg langsomt. Vær stoisk over for bivirkninger.
13. Tag regelmæssige serumværdier af hensyn til compliance og vurdering af bivirkningsklager.
14. Behandl en evt. samtidig anden psykisk lidelse efter sædvanlige retningslinjer

Administrativt:

15. Vær proaktiv i stedet for reaktiv. Aftal et forløb med faste tider med 2-6 ugers intervaller og undgå konsultation efter patientkrav (evt. 1 p.n. tlf.-aftale pr. uge) .
16. Hvis patienten er i beskæftigelse, undlades sygemeldinger, hvis det overhovedet kan undgås.
17. Forsøg at blive patientens eneste læge og begræns så meget som muligt patientens kontakter til andre behandlere, vagtlæger og alternative terapeuter.
18. Informer dine kolleger om din behandlingsplan og lav aftaler med kolleger, hvis du holder fri.
19. Forsøg at opbygge en alliance med patientens pårørende ved at informere dem om behandlingsplanen.
20. Arranger evt. støtte / supervision for dig selv.
21. Motiver patienten for psykiatrisk behandling, hvis dette er relevant.

Generelle råd ved management af kronisk somatisering

1. Foretag en *somatisk undersøgelse* med fokus på det organsystem, hvorfra patienten har klager. Dette er medvirkende til, at patienten føler sig taget alvorligt og ikke føler sig overfladisk behandlet. I undersøgelsen og i hele vurderingen af patienten er det vigtigt, at man lægger *vægt på objektive fund* i stedet for subjektive klager. Tænk på de subjektive klager primært som emotionel kommunikation frem for som tegn på somatisk lidelse. *Undgå udredning og undersøgelser*, hvis de ikke er indiceret på grundlag af objektive fund eller et veldefineret (nyt) klinisk sygdomsbillede. Hvis patienten er kronisk somatiserende, er der en meget lille (<1-2%) sandsynlighed for, at man senere vil finde en lidelse, som kan forklare sygdommen^{30;41} På den anden side har somatiserende patienter lige så stor risiko som andre mennesker for at få en (uafhængig) genuin somatisk lidelse.
2. *Saner medicinen. Undgå vanedannende medicin.* Den typiske kronisk somatiserende patient får flere forskellige typer medicin. Overvej, om medicinen ikke gør mere skade end gavn, både de psykoaktive og andre typer. Mange somatiserende patienter har et betydeligt misbrugspotentiale. Medicinen kan bevirke fysiske skader, er dyr for patienten, og de vil ofte komme i et psykologisk afhængighedsforhold og fx bruge det som bevis for deres sygdom over for omgivelserne og over for dem selv. Patienterne vil ofte have modstand mod en medicinsanering. Det er vigtigt, at man forklarer patienten årsagen til ændringer. ”Du har fået denne medicin længe nu, og jeg kan se, at det ikke rigtigt har hjulpet dig, idet du bliver ved med at klage over... Jeg synes derfor, vi skal prøve at trappe ud af det”. Advar patienten om, at der måske i en overgangsperiode kan komme gener. Ved psykoaktive og smertestillende præparater kan det kan være vanskeligere at få patienten ud af medicinen. Man kan forsøge at forklare: ”Jeg kan høre, at du er bange for at slippe medicinen, og at du føler, den hjælper dig lidt. Jeg er sikker på, at når du har vænnet dig til ikke at få medicinen, vil du få det bedre, idet den også sløver dig, og du kan blive afhængig af den, således at du får flere problemer, end du allerede har. (Medicinen hjælper kun på kort sigt)”. Vær fast men ikke hårdhændet eller straffende i saneringen af medicinen. Forebyggelse er bedre end behandling, hvorfor det er bedre at undgå potentielt vanedannende medicintyper.
3. Stil diagnosen og fortæl patienten, at lidelsen er kendt og har et navn. At diagnosen stilles, er vigtigt af hensyn til, at man selv holder sig den in mente, således at man tænker sig grundigt om, før nye somatiske udredninger eller behandlinger iværksættes (se under pkt. 1). Det gør det også lettere at holde stand mod det pres, som patienten til tider kan udsætte én for. Endvidere er noget ukendt ofte forbundet med angst og usikkerhed både for læger og patienter. Når ”fjenden får et ansigt” og et navn, er det lettere for patienten at forholde sig til og kæmpe imod. Dermed mindskes angsten⁵⁰.
4. Anerkend patientens symptomer som reelle. Betydningen heraf kan ikke understreges nok, idet dette vil være en forudsætning for at få patientens accept og samarbejde.
5. Vær direkte og ærlig over for patienten om de ting (områder), du er enig i, og dem du er uenig i, men undgå at få patienten til at føle sig dum, nedgjort eller ikke respekteret. ”Jeg kan høre, at du har svært ved at tro på det, jeg siger”.
6. Vær stoisk, forvent ingen hurtige ændringer eller helbredelse. Afvent i en rum tid, før du vurderer om en behandling har hjulpet eller ej.

7. Reducer forventningerne om helbredelse og accepter patienten som kronisk syg. Målet er at kunne rumme patienten og dennes problemer (containment) samt at begrænse (iatrogene) skader. Det drejer sig således mere om management end om behandling, på samme måde som ved andre kroniske somatiske og psykiske lidelser.
8. Forstå nyttilkomne symptomer eller en forværring af de kendte, som en emotionel kommunikation i stedet for et tegn på en ny lidelse. Når man kender patienten, kan man fx sige ”at der er ikke noget i det, du fortæller, der får mig til at tænke på, at du skulle have fået en ny sygdom ...”, ”Vi har jo tidligere talt om, at du er meget kropsligt reagerende, og jeg tænkte på, om der er sket noget for nyligt, eller om der er noget specielt, der bekymrer dig nu?”.
9. Forsøg evt. med specifik terapi (se TERM-modellens trin 1-3 og opfølgende samtaler) og overvej en henvisning til specialiseret behandling, hvis en sådan er tilgængelig.
- 10–13. Psykofarmakologisk behandling. Der findes ingen kontrollerede forsøg over virkningen af diverse psykoaktive stoffer ved somatiserende tilstande. Det er et klinisk indtryk, at mange somatiserende patienter har udbytte af antidepressiva og Buspar, og dette bør overvejes, også selv om patienten ikke har depressive eller angstsymptomer. Man bør dog være opmærksom på at seponere medicinen igen ved manglende virkning, når den har været anvendt i sufficient dosis og tid (se i øvrigt tabel 13).
14. Behandl en evt. samtidig anden psykisk lidelse efter sædvanlige retningslinier. I de kroniske tilfælde har mere end 50% af de somatiserende patienter også en anden psykisk lidelse. Start i mindre doser end sædvanligt og øg langsommere, idet den somatiserende patient ofte har både en lav tærskel og lav tolerance for bivirkninger. Vær stoisk og forsøg at holde fast i en påbegyndt behandling, indtil patienten har gennemført et sufficient behandlingstiltag. Vælg gerne medicintyper, der kan serummonitoreres af hensyn til, at disse patienter kan være meget ustabile i deres medicinvaner og i deres compliance, og fordi man så ikke udelukkende er afhængig af patientens subjektive oplysninger om bivirkninger.
15. Vær proaktiv i stedet for reaktiv. Aftal et forløb med faste tider med 2-6 ugers interval og undgå konsultation efter patientens krav (evt. 1 p.n. tlf. aftale pr. uge). Dette er en absolut forudsætning for enhver behandling eller management af patienter med funktionelle symptomer af en vis varighed og sværhedsgrad. Hvis man ikke kan gennemføre dette, kan man lige så godt opgive behandlingen!
16. Hvis patienten er i beskæftigelse, så undlad sygemeldinger, hvis det overhovedet kan undgås. Somatiserende patienter vil ofte være tilbøjelige til at blive opslugt af sygerollen og komme ind i nogle selvforstærkende onde cirkler, hvor de bliver bekræftet i, hvor dårligt de har det, og hvor lidt de kan klare. Det er vigtigt at formulere årsagen til, at man ikke sygemelder patienten på en måde, så patienten ikke føler sig afvist eller ikke forstået. Formodentlig er der ikke risiko forbundet med en korttidssygemelding ved en veldefineret genuin somatisk lidelse som fx en fraktur hos en somatiserende patient. Dette kunne forklares ved den kliniske observation, at patienterne overraskende nok kan skelne, selv om de ikke er sig denne skelnen bevidst³⁰.
17. Forsøg at blive patientens eneste læge og begræns så meget som muligt patientens kontakter til andre behandlere, vagtlæger og alternative terapeuter. Sundhedssystemet (og det grå marked mv.) har et betydeligt medansvar for, at somatiserende patienter bliver kronificerede og invaliderede, idet patienterne ofte behandles og udredes på samme måde som genuine somatisk syge. Mange undersøgelser og behandlinger kan være forbundet med en betydelig risiko for fysiske skader samt såvel menneskelige som økonomiske omkostninger for patienten.

18. Informer dine kolleger om din behandlingsplan og lav aftaler med kolleger, hvis du holder fri. Læger, der ikke kender patienten, vil ofte komme til kort over for svært somatiserende patienter, idet deres sygehistorie ofte er uoverskuelig, og patienten fremlægger sin egen forståelse af den. Det er derfor vigtigt, at kolleger har de fornødne oplysninger og helst instrukser for at kunne behandle patienten korrekt og for at kunne modstå det pres, som han eller hun kan føle sig udsat for.
19. Forsøg at opbygge en terapeutisk alliance med patientens pårørende ved at informere dem om behandlingsplanen. Specielt ved kronisk somatiserende patienter er der ofte et meget tæt symbiotisk samspil i familien. I mange tilfælde drejer hele familiens liv sig om patienten og dennes sygdom, og ændringer kan direkte modarbejdes af familien pga. misforståelser eller pga. en skrøbelig magtbalance i familien. Ændringer vil således gribe dybt ind i hele familiens liv, og det kan være en meget kompliceret sag at ændre på sådanne mønstre. Det er nødvendigt, at familien er indforstået med eller – bedre endnu – vil støtte patienten i at gennemføre behandlingen og de nødvendige adfærdsændringer. Egentlig familieterapi kræver en specialiseret viden, men det er altid muligt at tage en samtale med patient og familie. Man kan evt. overveje at benytte sig af hjemmestøtte eller lignende, herunder hjælp fra det distriktspsykiatriske team, hvis muligt.
20. Arranger evt. støtte/supervision for dig selv. Kronisk somatiserende patienter kan være nogle af de vanskeligste og sværeste patienter at behandle og håndtere overhovedet. Lægen udsættes ofte for et næsten konstant pres for undersøgelser og somatiske behandlingstiltag. Da patienterne ofte er meget aktive i deres søgen efter behandling, kan mange andre behandlere forsøge at blande sig i behandlingen og foreslå uhensigtsmæssige behandlinger eller unødvendige udredninger pga. deres manglende kendskab til patienten. Det er derfor godt at have en kollega at kunne vende problemerne med.
21. Motiver patienten for psykiatrisk behandling, hvis dette er relevant. Det kan være et spørgsmål om udredning og udelukkelse af en anden komorbid psykisk lidelse, sanering af medicin, mobilisering og aktivering, adfærdsterapi og familieterapi mv. Dette kan ofte bedst gennemføres i et psykiatrisk behandlingsregi. Mange mener herudover, at en kontinuerlig ambulans psykiatrisk behandling er andre former for behandling overlegen, når det gælder de sværeste tilfælde. Desværre er mange psykiatere utilbøjelige til at tage disse patienter i behandling.

Referencer

1. Kaaya S, Goldberg D, Gask L. Management of somatic presentations of psychiatric illness in general medical settings: evaluation of a new training course for general practitioners. *Med.Educ.* 1992;26:138-44.
2. Morriss R, Gask L, Ronalds C, Downes-Grainger E, Thompson H, Leese B *et al.* Cost-effectiveness of a new treatment for somatized mental disorder taught to GPs. *Fam.Pract.* 1998;15:119-25.
3. Bowman FM, Goldberg DP, Millar T, Gask L, McGrath G. Improving the skills of established general practitioners: the long- term benefits of group teaching. *Med.Educ.* 1992;26:63-68.
4. Gask L, Goldberg D, Boardman J, Craig T, Goddard C, Jones O *et al.* Training general practitioners to teach psychiatric interviewing skills: an evaluation of group training. *Med.Educ.* 1991;25:444-51.
5. Gask L, Goldberg D, Porter R, Creed F. The treatment of somatization: evaluation of a teaching package with general practice trainees. *J.Psychosom.Res.* 1989;33:697-703.
6. Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *J.Psychosom.Res.* 1989;33:689-95.
7. Gask L, Goldberg D, Lesser AL, Millar T. Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Med.Educ.* 1988;22:132-38.
8. Gask L, McGrath G, Goldberg D, Millar T. Improving the psychiatric skills of established general practitioners: evaluation of group teaching. *Med.Educ.* 1987;21:362-68.
9. Gask L. Management in primary care., In: Mayou R, Bass C, Sharpe M, editors. *Treatment of functional somatic symptoms.* Oxford, New York, Tokyo: Oxford university press; 1995. p. 391-409.
10. Gask L, Usherwood T, Thompson H, Williams B. Evaluation of a training package in the assessment and management of depression in primary care. *Med.Educ.* 1998;32:190-98.
11. Gask L. Small group interactive techniques utilizing videofeedback. *Int.J.Psychiatry Med.* 1998;28:97-113.
12. Cole S, Raju M, Barrett J, Gerrity M, Dietrich A. *The MacArthur Foundation Depression Education Program for Primary Care Physicians.* North Shore Health System; 1998.
13. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health Behavior Change A Guide for Practitioners*, 1 ed. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone; 1999.
14. Fink P, Jensen J, Borgquist L, Brevik JI, Dalgard OS, Sandager I *et al.* Psychiatric morbidity in primary public health care. A Nordic multicenter investigation. Part I: Method and prevalence of psychiatric morbidity. *Acta Psychiatr.Scand.* 1995;92:409-18.
15. Üstün TB, Sartorius N. *Mental illness in General Health Care, An International Study.* Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons; 1995.
16. van der Feltz-Cornelis CM, Lyons JS, Huyse FJ, Campos R, Fink P, Slaets JP. Health services research on mental health in primary care. *Int.J.Psychiatry Med.* 1997;27:1-21.
17. Feldman E, Mayou R, Hawton K, Ardern M, Smith EB. Psychiatric disorder in medical in-patients. *QJM* 1987;63:405-12.
18. Fink, P. Psykiatrisk og somatisk comorbiditet. *Befolkningens forbrug af hospitals indlæggelser.* 1992. Institut for psykiatrisk grundforskning. Afdeling for psykiatrisk Demografi. Psykiatrisk hospital i Århus.
19. Fink P, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 1999;40:330-38.

20. Frasurre-Smith N, Lesperance F, Talajic M. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychol.* 1995;14:388-98.
21. Karlsson H, Joukamaa M, Lahti I, Lehtinen V, Kokki-Saarinen T. Frequent attender profiles: different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. *J.Psychosom.Res.* 1997;42:157-66.
22. Katon W, Von Korff M, Lin E, Lipscomb P, Russo J, Wagner E *et al.* Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen.Hosp.Psychiatry* 1990;12:355-62.
23. Vedsted P, Fink P, Olesen F, Munk-Jorgensen P. Psychological distress as a predictor of frequent attendance in family practice: a cohort study. *Psychosomatics* 2001;42:416-22.
24. Munk-Jørgensen P, Fink P, Brevik JI, Dalgard OS, Engberg M, Hansson L *et al.* Psychiatric morbidity in primary public health care. A multicentre investigation. Part II: Hidden morbidity and choice of treatment. *Acta Psychiatr.Scand.* 1997;95:6-12.
25. Goldberg D, Huxley P. *Common Mental Disorders. A Bio-Social Model.* London: Routledge; 1992.
26. Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen.Hosp.Psychiatry* 1992;14:237-47.
27. Fink P. Somatization Disorder and Related Disorders, In: Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen NC, editors. *New Oxford Textbook of Psychiatry.* Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 1080-88.
28. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am.J.Med.* 1989;86:262-66.
29. Rasmussen, N. K., Groth, M. V., Bredkjær, S. R., Madsen, M., and Kamper-Jørgensen, F. Sundhed & Sygelighed i Danmark 1987. En rapport fra DIKEs undersøgelse. 1987. København, Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.
30. Fink, P. Kronisk somatisering. 1-137. 1997. Afdeling for Psykiatrisk Demografi, Psykiatrisk Universitetshospital i Aarhus, Universitet.
31. Fink P, Jensen J, Poulsen CS. A study of hospital admissions over time, using longitudinal latent structure analysis. *Scand.J.Soc.Med.* 1993;3:211-19.
32. McDaniel S, Campbell T, Seaburn D. Somatic Fixation in Patients and Physicians: A Biopsychosocial Approach. *Family Systems Medicine* 1989;7:5-16.
33. Kaplan C, Lipkin MJ, Gordon GH. Somatization in primary care: patients with unexplained and vexing medical complaints. *J.Gen.Intern.Med.* 1988;Mar-Apr;3(2):177-90.
34. WHO. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research.* Geneva: WHO; 1993.
35. Frances A, Pincus HA, First MB. *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth ed.* Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
36. Robertson MM, Katona CLE. *Depression and Physical Illness.* Chichester, New York, Wienheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons; 1997.
37. WHO. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, version 2.1. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health; 1998.
38. Marchant-Haycox S, Salmon P. Patients' and doctors' strategies in consultations with unexplained symptoms. Interactions of gynecologists with women presenting menstrual problems. *Psychosomatics* 1997;38:440-50.
39. Sternbach RA. Varieties of pain games. *Adv.Neurol.* 2001;423-30.
40. Quill TE. Somatization Disorder. One of Medicine's Blind Spots. *JAMA* 1985;254:254.

41. Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H, David A, Marsden CD, Ron MA. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *BMJ* 1998;316:582-86.
42. Wilson A, Hickie I, Lloyd A, Hadzi-Pavlovic D, Boughton C, Dwyer J *et al.* Longitudinal study of outcome of chronic fatigue syndrome. *BMJ* 1994;308:756-59.
43. Bass C. *Somatization: Physical Symptoms & Psychological Illness.*, 1 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications.; 1990.
44. Williamson P, Beitman BD, Katon W. Beliefs that foster physician avoidance of psychosocial aspects of health care. *J.Fam.Pract.* 1981;13:999-1003.
45. Hansen EB. *Paranoia Hypochondriaca.* København: Rigshospitalet, Psykiatrisk afd. O; 1976.
46. Balint M. *The doctor, his patients and the illness.* London: Pitman Medical; 1957.
47. Stern TA, Prager LM, Cremens MC. Autognosis Rounds for Medical House Staff. *Psychosomatics* 1993;34:1-7.
48. White J, Levinson W, Roter D. "Oh, by the way ...": the closing moments of the medical visit. *J.Gen.Intern.Med.* 1994;9:24-28.
49. Mechanic D. The Concept of Illness behavior. *J.Chronic.Dis.* 1961;15:189-94.
50. Balint M. The Doctor's therapeutic function. *Lancet* 1965;1177-80.
51. Mayou R. The nature of Bodily Symptoms. *Br.J.Psychiatry* 1976;129:55-60.
52. Warwick HM, Salkovskis PM. Hypochondriasis, In: Scott J, Williams JM, Beck AT, editors. *Cognitiv therapy in clinical practice.* London and New York: Routledge; 1989. p. 78-102.
53. Schmidt AJ, Wolfs Takens DJ, Oosterlaan J, van den Hout MA. Psychological mechanisms in hypochondriasis: attention-induced physical symptoms without sensory stimulation. *Psychother.Psychosom.* 1994;61:117-20.
54. Sharpe M, Bass C. Pathophysiological mechanisms in somatization. *Int.Review of Psych.* 1992;4:81-97.
55. Hansen NE, Heyn J, Karle H. Odysseus-syndromet. *Ugeskr.laeger* 1979;141:2877-81.
56. Gothe CJ, Molin C, Nilsson CG. The environmental somatization syndrome. *Psychosomatics* 1995;36:1-11.
57. Jensen ST, de Fine Olivarius B, Kraft M, Hansen HJ. Familial hemiplegic migraine-areappraisal and a long-term follow-up study. *Cephalalgia* 1981;1:33-39.
58. Petrie KJ, Weinmann J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ* 1996;312:1191-94.
59. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A New Method for Assessing the Cognitive Representation of Illness. *Psychology and Health* 1996;11:431-45.
60. Martin RL, Cloninger CR, Guze SB. The evaluation of Diagnostic Concordance in Follow-up studies: II. A Blind, prospective Follow-up of Female Criminals. *J.Psychiatr.Res.* 1979;15:107-25.
61. Guze SB, Cloninger CR, Martin RL, Clayton PJ. A Follow-up and Family Study of Briquet's Syndrome. *Br.J.Psych.* 1986;149:17-23.
62. Miller L. Neuropsychological concepts of somatoform disorders. *Int.J.Psychiatry Med.* 1984;14(1):31-46.
63. James L, Gordon E, Kraiuhin C, Mearns R. Selective attention and auditory event-related potentials in somatization disorder. *Compr.Psychiatry* 1989;Jan-Feb;30(1):84-89.

64. Stuart MR. The BATHE Technique in Rakel RE, In: Saunders WB, editor. Saunders Manual of Medical Practice. Philadelphia, PA: 1996. p. 1108-09.
65. Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999;318:372-76.
66. Peters S, Stanley I, Rose M, Salmon P. Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. *Soc.Sci.Med.* 1998;46:559-65.
67. Mynors-Wallis L. Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *Int.J.Psychiatry Med.* 1996;26:249-62.
68. Wilkinson P, Mynors-Wallis L. Problem-solving therapy in the treatment of unexplained physical symptoms in primary care: a preliminary study. *J.Psychosom.Res.* 1994;38:591-98.

Appendiks

Patientskemaer

1. Ugeskema til registrering af symptomer/problemer
2. Skema til registrering af symptomer, følelser og tanker (4-koloneskema)

Kan kopieres til patienterne.

Ugeskema til registrering af symptomer

På dette skema registrerer du for hver dag i ugen, hvor mange symptomer, og hvilke symptomer du har haft. Du kan aftale med din læge, hvilke symptomer du skal nøjes med at notere, hvis der er mange symptomer, der plager dig.

For hvert notat skriver du et stikord om den situation, du var i, da du havde symptomerne.

Det kunne for eksempel være ”i bussen”, ”på arbejdet” eller lignende.

Symptom - / Problemregistrering

Ugeskema Symptom-/Problem- registrering	mandag dato:	tirsdag dato:	onsdag dato:	torsdag dato:	fredag dato:	lørdag dato:	søndag dato:
Formiddag (Du bedes notere symptomer og situa- tion for hver dag og tid på dagen)							
Eftermiddag							
Aften							
Nat							

Skema til registrering af symptomer, følelser og tanker

Dette skema er beregnet til at udforske symptomer og deres sværhedsgrad.

Kolonne 1: Symptom:

I denne kolonne beskriver du dine symptomer, og hvor svære de er. 0 (nul) er, når symptomerne er fraværende og 10 er, når de er så svære, som man kan forestille sig.

Kolonne 2: Situation:

I denne kolonne beskriver du den situation, du var i, da du observerede dine symptomer. Nogle gange kan det være specifikke situationer, som du kan forbinde med ubehag og symptomerne, mens det andre gange kan være, at du kommer i tanker om et eller andet, som du i situationen bliver optaget af.

Kolonne 3: Hvad følte du?

Angiv hvordan du følte på det tidspunkt, du beskriver. Det kunne være følelser som tristhed, vrede, nedtrykthed, ensomhed, angst, glæde eller lignende. Denne kolonne er til registrering af følelser og ikke dine tanker. Husk, at tanker i virkeligheden er ord, udtryk eller sætninger, som vi siger til os selv.

Kolonne 4: Hvad tænkte du?

De fleste mennesker tror, at det er situationen, der skaber følelsen. I virkeligheden er det mindst lige så meget vores tanker om situationen, som fører til en følelse. I denne kolonne skriver du, hvilke tanker der gik forud for de symptomer og følelser, du registrerede.

Registrering af symptomer, følelser og tanker (4-kolonne skema)

Dato	Symptom (Hvor slemt: 0-10)	Situation (Hvad lavede du eller hvad tænkte du på?)	Hvad følte du? (Hvor slemt: 0-10)	Hvad tænkte du? (Hvor overbevist var du: 0-10 ?)

I:\Personlig\Marie Louise\TERM-model\TERM-dk-REFMAN-070201-TT.doc

