



## Tema: Funksjonelle lidelser

# Lege-pasient-forholdet ved funksjonelle lidelser

Lege-pasient-forholdet ved «funksjonelle lidelser» er ofte problematisk. Den strengt biomedisinske modellen kommer til kort på to forskjellige måter. For det første fordi den ikke inkorporerer psykososiale faktorer i modellen, og for det andre fordi den i liten grad ser på kroppen som subjekt og bærer av mening. Ved «funksjonelle lidelser» bør vi søke en helhetsforståelse med hensyn til plagenes årsak og fremtredelsesformer (biopsykososial modell). Pasientens plager bør sees som symptomer fra et biologisk perspektiv så vel som bærere av mening (fenomenologisk perspektiv). På den måten blir pasientens subjektive erfaringer, opplevelser, kjønn, kulturelle og sosiale situasjon medisinsk gyldig informasjon på lik linje med biologisk forankrede parametere.

**I artikkelen beskriver vi hvordan en biopsykososial og en fenomenologisk forståelse av symptomene kan endre kommunikasjonen mellom lege og pasient, og omtaler noen metoder for hvordan legen kan møte pasienter med «funksjonelle lidelser.»**

En «funksjonell lidelse» kjennetegnes av manglende samsvar mellom pasientens egen opplevelse av sine symptomer og legens funn ved den somatiske undersøkelsen. Ofte har pasienten en sterk overbevisning om at plagene er rent somatiske eller skyldes en bestemt skade eller påvirkning.

Selve begrepet «funksjonell lidelse» er problematisk, så vidt problematisk at vi foretrekker å sette det i anførselstegn. Begrepet impliserer at pasienten ikke har noen «strukturell» skade eller sykdom, dermed forutsetter selve begrepet et skarpere skille mellom kroppen og pasientens subjektive opplevelsesverden enn det vi mener det er fruktbart å sette.

I anvendelsen av begrepet «funksjonelle lidelser» bidrar selve språkbruken til at mangelen på samsvar mellom legens og pasientens forklaringsmodell blir ytterligere akseptuert – mens legen ser på sykdommen som «funksjonell», er pasienten ofte nokså sikker på at sykdommen innebærer en «strukturell» svikt eller skade. Det sier selv at dette representerer en utfordring for legen, allerede i utgangspunktet foreligger det mangel på samsvar mellom pasientens opplevelse av sin tilstand og legens forståelse av den.

**Liv Haugli\***

*liv.haugli@nrrk.diakonsyk.no*

**Arnstein Finset**

*arnstein.finset@basalmed.uio.no*

Institutt for medisinske atferdsfag

Universitetet i Oslo

Postboks 1111 Blindern

0317 Oslo

\* Nåværende adresse:

Nasjonalt Revmatologisk Rehabiliterings-

og Kompetansesenter

Diakonhjemmets sykehus

Postboks 23 Vinderen

0319 Oslo

Haugli L, Finset A.

### **Doctor-patient communication in «functional disorders».**

*Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1123–5.*

The doctor-patient relationship is often problematic in relation to «functional disorders». A strictly biomedical understanding fails in two ways: first, because it does not incorporate psychosocial factors; second, because it does not take into account the body as a subject and carrier of meaning. A more integrated model would include a general understanding of the aetiology and presentation of symptoms (bio-psychosocial) as well as of symptoms and body as carrier of meaning (phenomenology). This way the patient's subjective experience, gender, social and cultural situation become medically valid information on par with biological parameters.

This article describes how a bio-psychosocial and phenomenological understanding of symptoms can change the communication between physician and patient. We present some approaches that the physician may use when meeting patients with «functional disorders».

☞ Se også side 1092

Hva skal legen gjøre i denne situasjonen? Skal han bare diagnostisere og behandle sykdommen uten å ta hensyn til at pasientens forståelse av plagene er helt annerledes? Eller skal lege og pasient søke å nå frem til en felles forståelse av plagene? Hvordan skal de i så fall gripe det an?

### **Forskning om lege-pasient-kommunikasjon**

I de siste 25 år har vi sett en økende interesse i forskning omkring lege-pasient-forholdet. Det foreligger en omfattende forskningslitteratur som dokumenterer betydningen av dette forholdet og klinisk kommunikasjon for pasienters tilfredshet og etterlevelse, og for forløpet av en rekke både somatiske og psykiske lidelser (1–4).

I Tidsskriftet nr. 11–14/2002 publiseres en artikkelserie om funksjonelle lidelser. Artiklene er redigert av Erlend Hem

Flere studier tyder på at mange pasienter med ubestemte helseplager føler seg dårligere etter møtet med legen (5, 6). De føler at de ikke blir tatt på alvor, og at de ikke får nødvendig hjelp for sine symptomer.

Trekk ved kommunikasjonen mellom lege og pasient har avgjørende betydning for pasientens tilfredshet med behandlingen. Flere studier viser at vennlighet, interesse og åpenhet for psykososiale spørsmål korrelerer positivt med *pasienttilfredshet*, mens økende antall medisinske spørsmål og lege-dominans korrelerer negativt (7, 8).

Studier viser også at samsillet mellom lege og pasient påvirker *behandlingsresultatet*. En kjent studie viste at når legen styrte samtalen, var det negativt korrelert med flere helse mål, mens hvis pasienten hadde styringen, var det positivt korrelert. Mye informasjon fra legen var også positivt korrelert med godt behandlingsresultat (9). Stewart og medarbeidere har i en oversiktsartikkel (10) oppsummert hva som er viktig i lege-pasient-forholdet. De konkluderte med at en kommunikasjonsstil hvor legen er empatisk og støttende, med vektlegging av en felles forståelse av pasientens problem, har sammenheng med mindre engstelse, reduksjon av symptomer og færre diagnostiske prøver og henvisninger. Pasientens engstelse og til og med smerte reduseres hvis vedkommende blir oppmuntret til å stille flere spørsmål og får informasjon om sin tilstand og om måter å mestre sine helseproblemer på (10).

Graugaard & Finset har imidlertid i en eksperimentell studie vist at ikke alle pasienter reagerer like positivt på en såkalt pasientsentrert kommunikasjonsform (11). Mens pasienter med et lavt angstnivå reagerte positivt på en pasientsentrert konsultasjon, ble pasienter med høyt angstnivå mer ansenpt av at legen stilte psykososiale spørsmål og tok opp emosjonelt ladede temaer i samtalen (11).

Flere forfattere har pekt på betydningen av empati. Studier har vist at pasienter som føler seg forstått når de presenterer kronisk smerte, opplever mindre smerter og i mindre grad etterspør forskjellige diagnostiske og terapeutiske intervensjoner (12). Hvorvidt legens kommentarer oppleves som beroligende eller ikke, er avhengig av i hvilken grad legen klarer å se saken fra pasientens perspektiv (13).

### Den biomedisinske modell

Paradoksalt nok kan mangelen på samsvar mellom legens og pasientens oppfatning av tilstanden ved «funksjonelle lidelser» ha sammenheng med at begge parter – hver på sin måte – ofte tar utgangspunkt i en biomedisinsk sykdomsoppfatning, i motsetning til en mer integrert, biopsykososial forståelse.

For pasienten innebærer dette at han hovedsakelig er oppmerksom på de somatiske symptomene. Plagene oppfattes som rent kroppslige. Pasienten ser det ofte slik at en kroppslig plage må ha en kroppslig forklaring, og må skyldes en fysisk påvirkning av kroppen. Han kan ofte synes at sammenhengen mellom en årsak og plagene er nokså selvinnslysende. Pasienter med kroppslige symptomer og plager har som oftest en forståelse av at man avdekker årsaken ved å undersøke kroppen. Ved smerter eller ubehag i kroppen vil behandling innenfor en biomedisinsk forståelse innebære en fysisk intervensjon som kan kompensere for det som er for mye eller for lite eller som kan nøytralisere det som er patologisk.

- Lege-pasient-forholdet ved «funksjonelle lidelser» er en utfordring
- En biomedisinsk sykdomsmodell kommer til kort
- Oppmerksomheten må rettes mot pasientens ressurser og mestringsevne
- Legen har gjerne behov for veiledning

Legen på sin side kan også være innforstått med en biomedisinsk årsaksforklaring. Ett eksempel på en empirisk studie av lege-pasient-kommunikasjon ved psykosomatiske lidelser er undersøkelsen til Salmon & Marchant-Haycox av lege-pasient-forholdet ved subjektive menstruasjonsplager uten bekreftet somatisk sykdom. Forfatterne tok opp 88 konsultasjoner på lydband. På tross av at det ikke forelå noen somatisk patofysiologi hos noen av disse kvinnene, ble det foretatt hysterektomi hos åtte. Forfatterne analyserte disse åtte konsultasjonene i detalj og fant at pasienten påvirket legen i stor grad. Hun påtvang legen en biomedisinsk modell som var fiksert på en anatomisk forklaring på plagene (14).

Legen er imidlertid gjerne mer opptatt av mekanismene bak sykdommen enn det pasienten er. Når legen ikke finner noen objektive tegn på sykdom, vil han ofte forklare symptomene som psykologiske. Innenfor en biomedisinsk tradisjon blir ofte ikke de psykososiale aspektene tilstrekkelig grundig undersøkt (15). Mange pasienter blir derfor henvist til psykiater når det ikke er noen objektive tegn på sykdom. Mange opplever det som provoserende at sykdommen oppfattes som psykologisk betinget, og føler at de ikke blir tatt på alvor. En slik psykiatrisk diagnostikk etter eliminasjonsmetoden innebærer en enten-eller-tenkning som ikke har noen støtte i empirisk forskning (16).

Ved en for snever biomedisinsk tilnærming kan vi altså risikere at «funksjonelle» plager blir oppfattet som rent somatiske, eller at legen stiller en psykiatrisk diagnose uten at det er dokumentert psykologisk sykdom.

Den strengt biomedisinske modellen må etter vår mening suppleres på to forskjellige måter når det gjelder forståelse av årsak og

### Biopsykososial modell og fenomenologi

Den strengt biomedisinske modellen må etter vår mening suppleres på to forskjellige måter når det gjelder forståelse av årsak og

behandling av «funksjonelle lidelser». For det første må man integrere psykososiale faktorer i modellen. For det andre er det fruktbart å se på symptomer og plager som bærere av mening (fenomenologi).

Den fenomenologiske tradisjon utfordrer den strengt biomedisinske, dualistiske forståelse av kroppslige symptomer ved at den retter oppmerksomheten mot den subjektivt erfarende kroppen. Kroppen er ikke et objekt, hevder Merleau-Ponty, den er vårt senter og bærer av mening (17). Bullington beskriver hvordan reaksjoner på ulike utfordringer fra omverdenen blir værende i kroppen som «kroppsminner» (18). Ut fra en slik forståelse kan minner som ikke er språklige, lagres over tid og komme til uttrykk som kroppslige plager og smerter (19–22). Mening kan derfor knyttes direkte til kroppen og dens levde relasjoner, ikke bare til tankeaktiviteter.

Innenfor en fenomenologisk forståelse kan noen symptomer og plager betraktes som meningsbærende, som tegn hvordan kroppen gir uttrykk for en ubalanse i personens livssituasjon (23, 24). Hva ubalansen dreier seg om, er ikke nødvendigvis klart for den som har plagene. Bullington bruker uttrykket «lower level responses» på de kroppslige reaksjonene. Kroppen «vet» hva det dreier seg om, men så lenge personen ikke er seg bevisst at kroppens responsene kan være meningsbærende og får tak i denne meningen, forblir de kun kroppsminner, som f.eks. kommer til uttrykk som smerter (18). Flere allmennpraktikere har vært opptatt av å utvide det medisinske perspektivet på kropp til også å inkludere kroppens subjektivitet og erfaring (21, 22, 25). De vektlegger alle viktigheten av å få frem pasientens historie og å se sammenhengen mellom livshendelser og sykdomsdebut. Pasientens symptomer og historie trenger å bli anerkjent som gyldig kunnskap. Å anerkjenne den kunnskap og erfaring som pasientene sitter inne med, synes å være en forutsetning for å kunne hjelpe mennesker med ubestemte plager (26).

Ved å spørre pasientene om deres antakelser om årsakssammenhenger når det gjelder sykdom, deres forventninger til legen, tidligere erfaringer med helseproblemer og egen vurdering av helseressurser kan legen lære mye om evnen til å mestre sykdommen og få et utvidet begrep om årsak til og behandling av sykdom (27). Den fenomenologiske modellen kan derfor berike vår forståelse av hva det er å ha plager og være syk, fordi pasientens subjektive erfaringer, opplevelser, motiver, kjønn og kulturelle og sosiale situasjon blir medisinsk gyldig informasjon på lik linje med biologisk forankrede parametere. Dette innebærer ikke at en biologisk forståelse skal forkastes, men fenomenologisk basert meningsanalyse kan være et nyttig supplement til naturvitenskapelig tenkemåte, med sikte på å oppnå en mer integrert forståelse av sykdom både som «dis-

ease» (objektivt påvisbar sykdom) og «illness» (subjektiv opplevelse av å være syk).

### Hva bør legen gjøre?

Når legen opplever at det ikke er samsvar mellom hans faglige vurdering av sykdommen og pasientens forståelse av den, befinner han seg i et dilemma. Det er to ulike grøfter legen kan falle i.

På den ene side: Hvis legen legger vekt på at det ikke er objektive funn og at tilstanden har en psykologisk årsak, kan pasient og lege lett komme på kollisjonskurs. Hvis legen i hovedsak retter oppmerksomheten mot negative funn, kan han eller hun stå i fare for å lytte for lite til pasienten, åpne seg for lite for pasientens perspektiv, og for raskt avvise pasientens opplevelse. Da vil pasienten lett oppleve «ikke å bli tatt alvorlig». På den annen side kan legen i for stor grad gå inn på pasientens premisser og i verste fall bidra til å forsterke plagene. Dette kan skje f.eks. ved at legen går med på pasientens forståelse av at sykdommen kun har en organisk årsak og bekrefter pasientens forståelse av sykdommen ved å foreta stadig nye undersøkelser og ved å henvise videre til den ene spesialisten etter den andre. Undersøker vi lenge nok, vet vi at vi vil gjøre patologiske funn – hvorvidt disse funnene forklarer sykdommen, er det imidlertid ikke nødvendigvis holdpunkter for. Somatiske symptomer korrelerer ofte dårlig med patologiske funn. Nyere forståelse av følelser og helse viser at det ikke er noe skille mellom somatiske og psykologiske symptomer. Somatiske uttrykk for psykologiske plager og ubehag er normalt. Følelser er kroppsliggjort (embodied). Forskning i nevrobiologi og psykologi viser nær sammenheng mellom mental og kroppslig representasjon av minner og erfaringer (19).

Når pasientene har kroppslige symptomer, har de ofte problemer med å akseptere at «årsaken» er psykologisk. Det kan derfor være viktig å komme frem til en beskrivelse av og et navn på sykdommen (og dermed implisitt en «årsak») som begge parter er innforstått med, om mulig med pasientens egne ord og metaforer. Hvis legen presenterer sine synspunkter på mulige årsakssammenhenger, bør han avklare hvorvidt dette stemmer overens med pasientens forståelse. Lege og pasient bør etterstrebe en felles forståelse av hva plagene er og hvordan de best kan håndteres, og oppmerksomheten bør dreies fra årsak til løsningsstrategier.

Studier viser at pasienten er opptatt av å få bekreftelse på og forståelse for sine symptomer og problemer og på sin egen forståelse av disse (13). Det kan derfor være viktig å spørre om pasientens forståelse av sin sykdom. Da vil en avklaring av forventninger til konsultasjonen være viktig. Ofte vil det være viktigere å stille de «rette» spørsmålene til pasienten enn å gi de «rette» svarene. «Hva tror du selv dette har sammenheng med?» «Hvilke erfaringer har du fra før med

liknende helseproblemer?» Spørsmål som begynner med *hva* eller *hvordan* er mest egnet til å få frem pasientens refleksjoner om egen mestringsevne. Å stille gode, åpne spørsmål vil kunne hjelpe pasienten til å få frem sin forståelse av sine symptomer og vil også kunne bidra til økt refleksjon omkring sammenhenger mellom tanker, følelser, livssituasjon og kropp. Man bør stille spørsmål som vektlegger mestring av symptomer, heller enn å be pasienten finne årsaken til smertene. Legen bør nærme seg pasientens psykososiale historie i et tempo som er tilpasset pasienten, og med åpne spørsmål som gir pasienten anledning til å svare med det han synes er viktig.

Like viktig som å gjøre en grundig undersøkelse av pasienten, er det å vite når du ikke skal undersøke mer. Patologiske prøvesvar, enten de er uttrykk for sykdom eller ikke, kan utløse nye og avsporende utredningsopplegg. Det gir utgifter for pasient og samfunn, og det kan føre til dårligere mestring og en forsterking av pasientrollen. Det kan føles som en lettelse for legen å sende pasienten til videre utredning hos spesialister. Vår oppfordring er likevel å være tilbakeholdne med det (28).

Leger er opplært i å ta opp sykehistorie og legger selvsagt vekt på sykdom og funksjonshemming. Når legen har hørt nok om sykehistorien, må han flytte oppmerksomheten mot pasientens ressurser og mestringsevne. Det kan være viktig at pasienten lærer hva han kan gjøre for å redusere symptomene, men like viktig er det å anerkjenne det pasienten gjør i dag: «Hva er det du gjør som du tror bidrar til å holde deg frisk/gjør deg bedre?» For at pasienten skal kunne lære noe nytt om mestring av sykdom forutsetter det at lege og pasient er på vei mot en felles forståelse som ikke er truende for pasienten.

En av forutsetningene for å kunne gjøre en god jobb overfor pasienter med «funksjonelle lidelser» er at legen tar vare på *sine* behov som lege. I stedet for å henvise pasienten videre, bør legen henvise seg selv til f.eks. en gruppe med kolleger som kan reflektere sammen om utfordringer i forbindelse med denne type konsultasjoner. Legen må tåle frustrasjoner og ikke overføre sine egne frustrasjoner til pasienten. Mam må ikke falle for fristelsen til å plassere alle i samme bås: «Jeg kjenner igjen den type pasient når de står i døren!» En slik holdning er verken nyttig for legen eller for pasienten. Pasienter med «funksjonelle lidelser» er en spennende gruppe mennesker som kan gi legen nyttig og kanskje uvant kunnskap om sykdom, mestring og helbredelse.

### Litteratur

1. Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152: 1423–33.
2. Ottosson JO. Patient-läkarrelationen. Stockholm: Natur och Kultur, 1999.
3. Kringlen E, Finset A. Den kliniske samtalen. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.

4. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; 40: 903–18.
5. Malterud K. Kvinner «ubestemte» helseplager – medisinske og velferdspolitiske utfordringer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1790–3.
6. Johansson E, Hamberg K, Lindgren G, Westman G. «I've been crying my way» – qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Fam Pract* 1996; 13: 498–503.
7. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 657–75.
8. Finset A. Den psykologiske betydningen av forholdet mellom lege og pasient ved somatisk sykdom. *Tidsskr Nor Psykologforen* 1996; 33: 775–82.
9. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27 (suppl 3): 110–27.
10. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49: 796–804.
11. Graugaard PK, Finset A. Trait anxiety and reactions to patient-centered and doctor-centered styles of communication: an experimental study. *Psychosom Med* 2000; 62: 33–9.
12. Hermoni D, Borkan JM, Pasternak S, Lahad A, Van Ralte R, Biderman A et al. Doctor-patient concordance and patient initiative during episodes of low back pain. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 809–10.
13. Donovan JL, Blake DR. Qualitative study of interpretation of reassurance among patients attending rheumatology clinics: «just a touch of arthritis, doctor?» *BMJ* 2000; 320: 541–4.
14. Salmon P, Marchant-Haycox S. Surgery in the absence of pathology: the relationship of patients' presentation to gynecologists' decisions for hysterectomy. *J Psychosom Res* 2000; 49: 119–24.
15. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg? *Fam Pract* 1998; 15: 1–8.
16. Gamsa A. The role of psychological factors in chronic pain. II. A critical appraisal. *Pain* 1994; 57: 17–29.
17. Merleau-Ponty M. Phenomenology of perception. 10. utg. London: Routledge, 1996.
18. Bullington J. The mysterious life of the body. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1999.
19. Damasio D. Descartes' error – emotion, reason and the human brain. New York: Avon Books, 1994.
20. Kepner JI. Body process – a gestalt approach to working with the body in psychotherapy. New York: Gestalt Institute of Cleveland Press, 1987.
21. Kirkengen AL. Embodiment of sexual boundary violations in childhood. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmenntillegning og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo, 1997.
22. Broom BC. Medicine and story. *Adv Mind Body Med* 2000; 16: 161–77.
23. Haugli L, Steen E. Kroniske muskel/skjelettsmerter og selvforståelse. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2001.
24. Sandsberg S. Kronisk muskelsmeresyndrom. Doktoravhandling. Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, 1999.
25. Rudebeck CE. Review of approaches to define, describe and analyze the contents of consultations. *Scand J Prim Health Care Suppl* 1993; 2: 60–3.
26. Söderberg S, Lundman B, Norberg A. Struggling for dignity. *Qual Health Res* 1999; 9: 575–87.
27. Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge. *Fam Med* 2000; 32: 603–11.
28. Lipsitt DR. The difficult doctor-patient encounter. I: Branch WT. Office practice of medicine. Philadelphia: WB Saunders, 1987: 1348–56.