



# Funktionel lidelse: Samtaleforløb i praksis

Mange af os sætter stor pris på at lave samtaleforløb i almen praksis. Patienter med funktionel lidelse kan have stor gavn af det. Men hvordan gør vi? Hvilket indhold skal vi prioritere? Artiklen her kommer med et godt bud, der tager udgangspunkt i den kognitive metode.

Af / Andreas Schröder,  
Line Kirkeby Petersen og  
Marianne Rosendal



## Case / Peter

35-årige Peter\* er en meget engageret og energisk mand, der bor med sin kone og deres to døtre på 2 og 4 år. Peter brænder for sit job som socialpædagog med udsatte unge og har store ambitioner om at gøre en forskel på arbejdspladsen. Han er desuden engageret i frivilligt arbejde i den lokale spejderklub. Familien bor i et hus, der er under renovering, og for at spare penge forsøger Peter at reparere og renovere så meget som muligt selv. Hans døtre er ofte syge af forkølelser og andre virusinfektioner, hvilket gør det svært for Peter at passe alle sine gøremål. De sidste måneder har Peter været tiltagende generet af smerter i højre side af ansigt, nakke og skulder uden sikker udløsende årsag. Han har været til gentagne undersøgelser hos egen læge, otolog, røntgen, tandlæge samt til mange forskellige behandlinger hos akupunktør, fysioterapeut og kiropraktor. Der har hverken været parakliniske eller objektive fund, og Peter har heller ikke oplevet varig effekt af de mange forskellige behandlingsforsøg.

*\* Peters case gengiver et reelt patientforløb, men navn og en række detaljer er ændret på en måde, så patienten ikke kan genkendes.*

## En indre ild, en masse at se til og smerter uden årsag – Peters vej ind i sygdommen

Som beskrevet i sidste måneds afsnit i denne artikelserie (1) er det overordne-

de mål med et kognitivt baseret samtaleforløb for funktionel lidelse, at patienten bliver ekspert i egen sygdom, dvs. forstår sine symptomer og lærer, hvordan de kan dæmpes. I Peters til-



**Kontakt** / [Andreas.Schroeder@aarhus.rm.dk](mailto:Andreas.Schroeder@aarhus.rm.dk)

**Biografi** / Andreas Schröder er psykiater, ph.d., tidl. overlæge ved Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital og tidl. klinisk lektor ved Aarhus Universitet. Siden 2021 arbejder han primært med samtalerapi ved Afdeling for Psykiatri og Eksistens, Center for Familieudvikling, København og Aarhus. Line Kirkeby Petersen er almenmedicin, overlæge ved Center for Funktionelle Lidelser, Vejle Sygehus. Marianne Rosendal er speciallæge i almen medicin og tidligere praktiserende læge i Vejle. Aktuelt seniorforsker ved Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus. Forfatterne er hhv. medlem (AS), næstformand (LKP) og forperson (MR) for Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser ([www.dasefu.dk](http://www.dasefu.dk)).

fælde havde både læge og patient forsøgt at finde en biomedicinsk eller "mekanisk" årsag til hans smerter, og lægen havde også været opmærksom på, om Peter led af en psykisk sygdom. Men alle undersøgelser var normale, og på trods af forskellige behandlinger såsom akupunktur eller manuel terapi hos kiropraktor oplevede Peter ingen varig forbedring. Smerterne forblev de samme.

Hvad er lægens muligheder i denne situation? Skal Peter bare acceptere, at han har ondt? Han "fejler" jo ikke noget "rigtigt"? Eller skal han henvises til yderligere undersøgelser? Der kunne være overset noget! Måske lægen skal sige til ham, at han nok er stresset og skal tage det med ro?

Formentlig ville ingen af disse interventioner hjælpe Peter på vej mod en bedring. Han kan ikke acceptere, at han "bare" har ondt, sådan uden nogen grund, uden at nogen – eller han selv – kan gøre noget. Han er også træt af de mange frugtesløse undersøgelser, og sandsynligheden for, at de vil frembringe ny viden, er yderst beskednen. Endelig oplever han sig på ingen måde stresset. "Ja, der er meget at se til, men dette er der intet nyt i", som han siger. Og travlhed giver vel ikke ansigts-smerter?

Lægen aftaler en statuskonsultation (2), hvor hun sammen med Peter gennemgår alle symptomer og undersøgelser for derefter at medgive Peter et ugeskema (3). Ugeskemaet anvendes som en "undersøgelse" af Peters levede liv (frem for hans krops målbare tilstand) og dennes sammenhæng med hans smertesymptomer. Dette bliver en øjenåbner for Peter: Til hans store overraskelse viser ugeskemaet stor variation i smerterne og en høj smertescore især på de dage, hvor hans kalen-

der er hårdt presset af rigtig mange gøremål.

Da Peter erkender, hvor meget smerterne varierer ugen igennem, og at de i nogen grad hænger sammen med det, han foretager sig, bliver han nysgerrig på at undersøge sammenhængen yderligere. Lægen vælger derfor at tilbyde Peter et samtaleforløb: "Peter, jeg kan både se på dit ugeskema og høre på det, du fortæller mig, at du er belastet af mange smerter og gener fra din krop. Jeg vil gerne hjælpe dig. Hvad tænker du om, at vi sammen finder ud af, hvordan du kan få det bedre?"

### **At aftale rammerne omkring et samtaleforløb**

Rammerne er centrale for et vellykket samtaleforløb. Dels sætter overenskomsten nogle rammer for, hvor mange samtaler i form af længerevarende konsultationer man kan honoreres for, dels er det vigtigt, at lægen selv kan overskue de samtaleforløb, han/hun tilbyder, og ikke bliver presset af dem. Man kan fx starte med at aftale tre samtaler med 14 dages mellemrum og sikre sig, at patienten er villig til at ar-

» Hvis der ikke kan skabes udvikling, eller hvis dialogen går i hårdknude, anbefales lægen at opsøge supervision eller på anden vis udforske mulige barrierer for samarbejdet.

bejde videre imellem samtalerne ved at afprøve nye måder at tænke og handle på. Er de første samtaler til gavn for patienten, dvs. medfører bedre forståelse og/eller begyndende symptomlindring, udvides aftalen til et fuldt samtaleforløb (boks 1). Hvis der ikke kan skabes udvikling, eller



**Boks 1** / Et typisk samtaleforløb for funktionel lidelse i almen praksis  
[7 samtaler a 30 min]

- Patientundervisning: Et landkort over funktionelle symptomer
- Caseformulering: Konceptualisering af patientens sygdom
- Symptomregistrering: Et kompas til at finde vej på landkortet
- Den kognitive diamant: Analyse af typiske problemsituationer og omstrukturering af sygdomsfremmende tanker
- Adfærdseksperimenter: At gøre sig nye kropslige erfaringer
- Tilbagefaldsforebyggelse: At konsolidere ny viden og nye erfaringer

hvis dialogen går i hårdknude, anbefales lægen at opsøge supervision eller på anden vis udforske mulige barrierer for samarbejdet (se de sidste afsnit i denne artikel), før der aftales yderligere samtaler.

**Patientundervisning**

At få basal viden om funktionel lidelse, som det er beskrevet i seneste artikel i denne serie (1), er en stor, og ofte helt afgørende, hjælp for patienten. Denne viden kan fungere som et landkort, hvor det er muligt at finde orientering midt i indre kaos og forvirring. Også mange læger oplever, at en bedre forståelse af funktionel lidelse ikke kun øger empatien med den syge, men også styrker lægens egen mestringsfølelse. Det uforståelige bliver forståeligt. Mistro, skepsis og irritation kan erstattes med nysgerrighed, optimisme eller endda begejstring. Hjernen er et fantastisk komplekst organ, og samspillet mellem krop og psyke når vi nok aldrig helt til bunds i. Hvis lægen lykkes med en ærlig undren og en oprigtig interesse, er første skridt taget til at kunne hjælpe patienten: *"Hvordan i alverden kan du være plaget af alle disse symptomer, når alle undersøgelser er normale?"*

*Vi bliver da nødt til at forstå det! Har du hørt om manden, der havde forfærdelige smerter efter at have fået et søm igen-nem sin støvle, men uden at foden havde taget skade? (4), (Foto 1)"*

**Caseformulering: konceptualisering af patientens sygdom**

I løbet af de første samtaler i et kognitivt baseret samtaleforløb skabes en caseformulering. Caseformuleringen er en konceptualisering af patientens sygdom med biografiske detaljer, og den kan antage forskellige former. Nogle foretrækker i fællesskab at skabe et narrativ, dvs. en indsigtfuld gengivelse af sygdomsforløbet med inddragelse af væsentlige årsagelementer, mens andre har gavn af en systematisk tilgang, hvor læge og patient støtter sig til en række værktøjer. Uanset hvordan caseformuleringen tilvejebringes, vil den typisk omfatte nogle centrale elementer (tabel 1). Især værktøjet "Årsagssammenhæng" (5) er velegnet til at anvende vores generelle viden om funktionelle lidelsers ætiologi til en bedre forståelse af patientens sygdom og til at komme i dialog om vedligeholdende faktorer i patientens liv, som er tilgængelige for intervention.

Foto 1 /  
Eksempel på, hvordan hjernen kan generere smerte [Fisher et al, BMJ 1995; 310: 70].  
Foto: BMJ



Tabel 1/ Værktøjer, som er nyttige til at tilvejebringe en caseformulering.

Navn	Nr. i værktøjskassen/ udgivelsesmåned	Indhold/formål
Symptomoverblik (6)	1/april 2021	At skabe et fælles overblik over patientens symptomer
Ugeskema (3)	3/juni-juli 2021	At sammenholde symptomdagbog og "almindelig dagbog" for at få øje på lindrende eller forværrende faktorer eller opdage mulige mønstre (hverdag vs. weekend, ændringer i løbet af døgnet, etc.)
Livslinjen (7)	4/august 2021	At sammenstille patientens symptomer og lægelige undersøgelser med dennes livsforløb for at få øje på mulige udløsende begivenheder, livshistoriske mønstre eller andre sammenhænge
Årsagssammenhæng (5)	2/maj 2021	At opsætte hypoteser om mulige årsagssammenhænge, herunder disponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer

### Symptomregistrering: Et kompas til at finde vej på landkortet

En grundig symptomregistrering, som sammenholdes med det levede liv, kan vise typiske mønstre i symptomniveau. Samtaleteknikken er den sokratiske dialog (1), hvor lægen sammen med patienten er nysgerrig på mulige sammenhænge og nye erkendelser.

Der anvendes simple, korte spørgsmål, som hjælper patienten til at tænke sig om, og det er væsentligt, at det er patienten, som taler mest. Når patienten opdager, at symptomernes sværhedsgrad er knyttet til ydre omstændigheder ("Hvem er jeg sammen med? Sker det på arbejdet eller derhjemme?") eller indre forventninger ("Jeg får det skidt bare ved at tænke på det!"), får han eller hun en første, spirende forståelse af, at symptomerne netop ikke kommer "ud af det blå". Oftest øger dette motivationen til at eksperimentere med faktorer, som kan ændre symptomoplevelsen.

Men selvom den nye opdagelse kan være befriende, kan den også vække svære følelser. Mange patienter oplever det skamfuldt at få øje på, at deres egen adfærd bidrager til at vedligeholde eller endda forværre symptomerne.

Lægen må derfor træde varsomt og afholde sig fra at være bedreviddende eller belærende, men i stedet anerkende patientens følelsesmæssige reaktioner ved samtalen: "Du har jo ikke haft vinden om denne sammenhæng før, så det er da meget forståeligt, at du ikke tidligere har gjort noget ved det!"

### Den kognitive diamant: Analyse af typiske problemsituationer og omstrukturering af sygdomsfremmede tanker

Symptomregistreringen er velegnet til at opdage mønstre og mulige sammenhænge med situationer, adfærd eller omstændigheder, som medfører symptomer. Men for at opbygge mestring (og ikke bare udvikle undgåelse ift. symptomforværrende situationer) er det nødvendigt at gennemgå specifikke situationer fra patientens liv og at finde frem til konkrete alternative tanker og handlemuligheder. Dette kan gøres ved hjælp af den kognitive diamant: Lægen og patienten udvælger i fællesskab et eksempel fra de seneste uger, hvor symptomerne var særligt slemme, og som patienten kan huske tydeligt (figur 1).

Det er væsentligt at se på alle



## Foto 2 /

Den kognitive diamant er et centralt redskab i et kognitiv-baseret samtaleforløb. Den kan også anvendes uden skema, men det er væsentligt at komme omkring alle elementer (se figur 1 på næste side)

Foto: Colourbox



## Boks 2 / Hjælpespørgsmål til omstrukturering af sygdomsfremmende tanker

- Hvordan ved du det?
- Hvad kunne du ellers tænke?
- Hvad er mest realistisk?
- Hvordan ville det være, hvis?
- Hvad ville du tænke, hvis det var en anden?
- Hvad ville være mere hjælpsomt at tænke?
- Hvad er det værste, der kan ske?
- Hvad kunne du ellers have gjort?
- Hvad betyder det på kort og langt sigt, hvis du fortsætter på den måde?
- Hvilke fordele og ulemper er der ved den adfærd?
- Hvad ville du have tænkt, hvis en anden handlede på den måde?

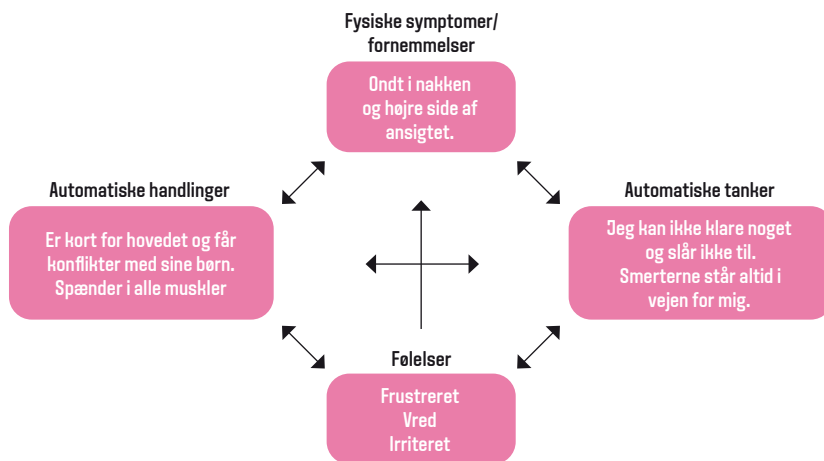
aspekter af den situation, som medfører symptomforværring: de ydre omstændigheder (larm, travlhed, fjendtlig atmosfære, arbejdspress etc.), patientens adfærd (kost, hvile, bevægelse, typer af arbejde/aktivitet), patientens tanker ("Jeg orker det ikke mere!"/"Det

kommer til at gå galt!"/"Chefen er altid efter mig!") og de emotioner, som aktiveres i situationen. Når alle aspekter er noteret, sikrer lægen sig, at situationen er velbeskrevet og stemmer overens med patientens oplevelse. Nu begynder den egentlige intervention:

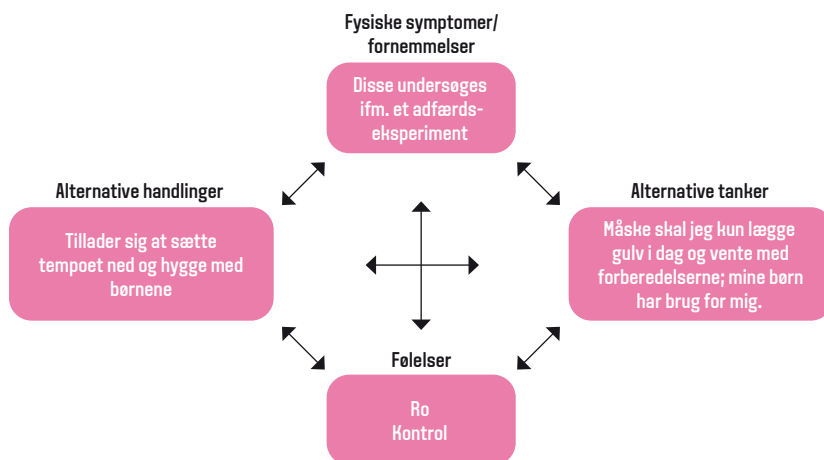
Situation: lørdag eftermiddag, hvor Peter er hjemme og skal lægge gulv, forberede arbejdsopgaver til næste uge og samtidig være far.

Figur 1 / Den kognitive diamant

### Automatiske tanker og handlinger



### Alternative tanker og handlinger



en nænsom omstrukturering af patientens indre forestillingsverden (boks 2).

Formålet med den kognitive omstrukturering er at hjælpe patienten til en mere fleksibel tænkning og til at erkende, hvordan han måske har en tendens til at frygte det værste, give op på

forhånd eller bebrejde sig selv/andre, at han igen har det dårligt. Der formuleres nye, alternative tanker, og deres effekt på patientens adfærd, følelsesliv og oplevelse af kroppen undersøges. Alternative tanker, adfærd og følelser noteres i en ny kognitiv diamant (figur



1 nederst). Denne nye diamant danner udgangspunkt for et eller flere adfærdseksperimenter for at afprøve den reelle effekt af ændret tænkning og adfærd på patientens symptomer og følelsesliv.

### **Adfærdseksperimenter: at gøre sig nye kropslige erfaringer**

Et adfærdseksperiment er patientens unikke mulighed for at afprøve og indlære nye tænke- og handlemåder imellem konsultationerne. Et eksempel kunne være STOP-øvelsen (8), som Peter begynder at bruge med stort udbytte. Han opdager, at han har brug for langt flere korte pauser i løbet af arbejdsdagen, end han har været vant til. At gøre disse korte pauser til en god vane hjælper ham i et næste skridt til at prioritere anderledes i konkrete situationer: Han lærer at sige nej, være mindre perfektionistisk og ambitiøs og være mere omsorgsfuld over for sig selv. Når smerterne begynder, laver han korte udstrækningsøvelser og vender samtidig sine tanker væk fra det svære og frem til et rart minde. Når han føler, at han slet ikke kan se ud over alle de opgaver, han har, planlægger han en lystbetonet aktivitet, som han glæder sig til at lave efter arbejdet

samme dag, og forbyder sig selv at arbejde mere denne aften. Samtidig vælger han mindst én opgave, som han stryger fra sin to-do-liste som noget, der sagtens kan undværes. Han erfarer, at han herved er i stand til at bremse sine kropslige symptomer.

Peters forløb i praksis ender med, at han efter syv samtaler har fået en god forståelse for, hvad der udløser smerter. Han kan i langt højere grad regulere sit aktivitetsniveau og engagement og derved i nogen grad dæmpe sine kropslige symptomer. Peter oplever væsentlig symptomlindring, og han bliver i stand til fortsat at passe sit fuldtidsarbejde, samtidig med at han nyder sit liv langt mere end tidligere.

### **Tilbagefaldsforebyggelse**

Sidste samtale aftales i god tid, og her indgår en dialog om, hvordan tilbagefald kan forebygges. Som det fremgår af værktøjet Årsagssammenhæng (5), vil patienten ofte have forskellige risikofaktorer, som behandlingen ikke har kunnet ændre, og de giver en øget risiko for, at længerevarende symptomer eller en funktionel lidelse kan opstå igen. Derfor er det vigtigt at være opmærksom på de første signaler på fornyet sygdom og på, hvordan patienten



#### **Boks 4 / Tilbagefaldsforebyggelse**

- Hvad er de første advarselstegn på, at symptomerne er ved at vende tilbage eller blive værre (tænk eventuelt på, hvordan jeg begynder at undgå ...)
- Hvilke værktøjer har jeg fået i forløbet, som jeg kan bruge, hvis det sker?
- Hvad vil være mit første skridt til at komme tilbage på sporet?
- Hvad kan forhindre mig i at bruge min handleplan?
- Hvor vil jeg opbevare min handleplan?
- Hvem kan støtte mig, og hvem skal hende min handleplan?

kan hjælpe sig selv til at forebygge forværring og i stedet finde tilbage i ”det gode spor”, som samtaleforløbet har bibragt ham/hende kendskab til. De elementer, som kan indgå i en sådan handleplan, er vist i boks 4.

### **Mulige barrierer og udfordringer i et kognitivt-baseret samtaleforløb**

#### ***At opbygge et tillidsfuldt samarbejde***

I et kognitivt-baseret samtaleforløb er lægen en aktiv medspiller og indtager en coachende, støttende og samarbejdende rolle. Det kræver et bevidst skifte fra at være den, der skal fikse patientens problem til at være den, der i stedet guider processen. I det følgende beskrives nogle af de hyppigste barrierer, som den praktiserende læge kan møde i samtaleforløbet, og der peges på løsninger, som er mulige i almen praksis.

#### ***Når patienten ikke tåler udfordring***

Nogle patienter oplever enhver udfordring af deres sygdomsadfærd som manglende forståelse for deres situation eller tolker det endda som tegn på lægens manglende faglighed: *”Lægen forstår slet ikke, at det forværrer min sygdom, når jeg begynder at træne. Det er farligt for mig at få (flere) symptomer!”* Dette kan medføre dårligt samarbejde, idet lægen frustreres, mens patienten udfordres på en måde, han eller hun ikke kan honorere. Her er det vigtigt, at lægen i stedet for at presse sin egen forståelse igennem vender tilbage til udgangspunktet: en oprigtig interesse til at forstå patientens tænkning. Lægen kan fx sige: *”Jeg kan høre, at du synes, det er en rigtig dårlig idé at begynde at gå daglige ture. Vil du fortælle lidt om, hvorfor du tænker sådan?”* Denne tilgang vil oftest kunne genop-

rette samarbejdet, og lægen vil samtidig få en dybere indsigt i patientens indre liv og en forståelse for, hvilke erfaringer, forestillinger og sygdomsfremmende tanker der er styrende for patientens adfærd.

#### ***Når læge og patient er uenig om årsagerne***

I starten af et samtaleforløb er det snarere reglen end undtagelsen, at læge og patient har forskellige tilgange til patientens sygdom. Nogle gange forekommer det vanskeligt at opnå en fælles forståelse af de mulige årsager (caseformulering) som beskrevet ovenfor.

» **I starten af et samtaleforløb er det snarere reglen end undtagelsen, at læge og patient har forskellige tilgange til patientens sygdom.**

Her anbefales en pragmatisk tilgang, hvor lægen sammen med patienten ser fremad frem for at komme i konflikt omkring caseformuleringen. Selv hvis patienten på ingen måde (an)erkender fx tidligere belastninger som medudløsende for den funktionelle sygdom, er der stadigvæk mulighed for at undersøge, om symptomoplevelsen kan ændres igennem arbejde med tænkning og adfærd. *Det er dog en grundlæggende forudsætning for et godt samtaleforløb i behandlingen af funktionel lidelse, at læge og patient er enige om, at krop og psyke spiller sammen, og at patienten har en nysgerrighed til at udforske disse sammenhænge hos sig selv i et tillidsfuldt samarbejde med lægen.*

#### ***Når patienten ”ved bedre”***

Indimellem forekommer det, at roller-





ne byttes rundt, og lægen møder en patient, som vil belære ham eller hende om den nyeste forskning inden for fx seronegativ neuroborreliose, myalgisk encephalomyelitis (ME) eller stofskiftelidelser. Der synes ingen grænser at være for misinformation, når man fx googler "ME" eller læser om det på Facebook. Patienten kan, med baggrund i sådanne (mis-)informationer, insistere på, at hans/hendes sygdom

sine personlige grænser. Lægen kan venligt gøre det klart, at det er patientens valg, om han/hun vil lytte til lægen og tage imod behandlingsforslag, eller om tilliden er så begrænset, at det er bedre at afslutte samarbejdet. Det er ikke hjælpsomt at lade sig trænge i defensen, og et lægeskift, eller en second opinion, er bedre, end at lægen lader sig irritere og begynder at tale nedsættende til eller om patienten.

» Den kliniske erfaring tilsiger, at der bag kravene om en bestemt fortolkning ofte gemmer sig lidelse, angst og stor usikkerhed.

er "100 % fysisk", og enhver brug af begrebet funktionel lidelse eller forslag om samtalebehandling kan blive tolket som tegn på lægens manglende faglighed (9). Selvom udviklingen med den misinformerede patient langtfra er specifik for funktionel lidelse, kan den her være overvældende (10).

Den kliniske erfaring tilsiger, at der bag kravene om en bestemt fortolkning ofte gemmer sig lidelse, angst og stor usikkerhed. Nogle patienter har gjort sig meget svære erfaringer i mødet med sundhedspersoner og sagsbehandlere. At lytte fordomsfrit til deres erfaringer kan hjælpe lægen til at bevare empati med den syge uden at gå på kompromis med egen faglighed. Efter at have lyttet og forstået patientens perspektiv er det langt nemmere at rette op på misinformation igennem en empatisk og respektfuld dialog.

Hvis læge og patient *slæt ikke* kan enes om en fælles tilgang til patientens symptomer, er lægen dog i sin gode ret til at stå ved sin faglighed og

### Supervision og kollegial sparring er vigtig

Samtaleforløb med patienter med funktionel lidelse opleves af mange praktiserende læger ekstra udfordrende, hvilket bl.a. skyldes vores mindre gode faglige forståelse af de enormt komplekse psyke-soma-processer ved funktionel lidelse og deres indlejring og vekselvirkning med sociale relationer og det omgivende samfund. Sat lidt på spidsen kan man sige, at funktionelle lidelser i særlig grad vidner om hjernens evne til at skabe de kropslige forandringer og den sygdomsadfærd, som den finder nødvendig for at sikre individets fysiske og psykiske overlevelse. Dette kan medføre voldsomme dynamikker i og omkring den syge, som kan bringe selv den mest erfarne terapeut på gatis. Det kan derfor ikke understreges tydeligt nok, at læger, som tilbyder samtaleterapi, anbefales at opsøge regelmæssig supervision.

### Konklusion

Et kognitivt-baseret samtaleforløb kan blive et vendepunkt for patienten med funktionel lidelse. Hovedparten af patienter i almen praksis har let til moderat funktionel sygdom, og mange vil hellere hjælpes af lægen end gå hos en psykolog. Disse patienter har oftest stor gavn af en struktureret, "coach-

de” og værktøjsbaseret tilgang, som den beskrives i herværende artikel.

Men også patienter, som har modtaget specialiseret behandling hos en psykolog eller i et regionalt center for funktionel lidelse, vil have behov for videre støttende behandling i primærsektoren. Et grundlæggende kendskab til de her beskrevne værktøjer og samtaleteknikker kan hjælpe lægen til at yde denne støtte. Den særligt interesserede kollega anbefales at finde yderligere redskaber i standardlitteraturen for kognitiv terapi (11) eller at besøge et af PLO's efteruddannelseskurser i emnet.

#### Referencer

1. Schröder A. Funktionel Lidelse: Psykologisk behandling med fokus på kognitiv terapi. Månedsskrift for almen praksis 2022: 44-53.
2. Rosendal M. Funktionel lidelse: når sygdommen er blevet kronisk. Månedsskrift for almen praksis 2022 in press.
3. Toscano L, Rosendal M. Værktøjskassen til funktionel lidelse 3: Ugeskema. Månedsskrift for almen praksis 2021: 429-433.
4. Rosendal M. Hvordan kan vi forstå funktionel lidelse? Centralnervesystemets rolle. Månedsskrift for almen praksis 2021: 420-428.
5. Toscano L, Rosendal M. Værktøjskassen til funktionel lidelse 2: Årsagssammenhæng. Månedsskrift for almen praksis 2021: 362-365.
6. Toscano L, Rosendal M. Værktøjskassen til funktionel lidelse 1: Symptomoverblik 285-289. Månedsskrift for almen praksis 2021: 362-365.
7. Toscano L, Rosendal M. Værktøjskassen til funktionel lidelse 4: Livslinjen. Månedsskrift for almen praksis 2021: 548-553.
8. Toscano L, Rosendal M. Værktøjskassen til funktionel lidelse 8: STOP-øvelsen. Månedsskrift for almen praksis 2021: 866-870.
9. Schröder A. Primær træthed – hjemløs, forsømt og krigerisk. Ugeskrift for læger 2019; 181: 2023.
10. Søndergaard B. Sygdomsaktivister truer forskere til tavshed. Kristeligt Dagblad 13. 1.2020: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/sygdomsaktivister-truer-forskere-til-tavshed>
11. Arendt M og Rosenberg NK. Kognitiv adfærdsterapi på tværs – transdiagnostiske problemer og metoder. Hans Reitzels Forlag, 2021.

## HOVEDBUDSKABER

1. Et kognitiv-baseret samtaleforløb for funktionel lidelse i almen praksis strækker sig typisk over 3-4 måneder og omfatter 7 samtaler a 30 minutter.
2. Lægen kan med fordel anvende 4-5 redskaber fra "værktøjskassen", som han/hun har gjort sig fortrolig med.
3. Empatisk udfordring og nænsom omstrukturering af sygdomsfremmende tanker er nødvendige for at opnå varige ændringer af sygdomsadfærden.
4. Samtaleforløbet kan tilbydes som alternativ til behandling hos psykolog, men kan også anvendes i ventetiden ved viderehenvielse til fx specialafdeling.

