

Sygdomsopfattelse

- et sundhedspsykologisk perspektiv

Lisbeth Frostholt, cand. psych.

I det følgende vil jeg præsentere en kognitionspsykologisk model af sygdomsopfattelse. Med udgangspunkt i en undersøgelse, jeg foretog hos 38 praktiserende læger og 1785 patienter i Århus Amt år 2002-2002¹, undersøges, om denne model er anvendelig i almen praksis, og om patienter med funktionelle fysiske symptomer (FSS) i deres sygdomsopfattelse adskiller sig fra andre patientgrupper i almen praksis

Indledning

Sygdomsopfattelse ved en række kroniske sygdomme er undersøgt ved hjælp af et spørgeskema, der hedder 'The Illness Perception Questionnaire' (IPQ) (Weinman et al. 1996). Spørgeskemaet er baseret på en sundhedspsykologisk teori, der kaldes 'The Common-sense Model of Illness'. Man har fundet, at sygdomsopfattelse målt med dette spørgeskema har indflydelse på en række faktorer i et sygdomsforløb ved kronisk sygdom.

I det følgende vil common-sense sygdomsmodellen først blive præsenteret. Herefter følger eksempler fra tidligere forskning ved kroniske funktionelle lidelser. Dernæst vil jeg præsentere resultater fra en undersøgelse hos praktiserende læger i Århus Amt og afslutningsvis diskutere anvendeligheden af sygdomsopfattelse i almen praksis og ved FSS.

Sygdomsopfattelse – en kognitiv model

Den teori om sygdomsopfattelse, jeg vil præsentere, tager udgangspunkt i det kognitionspsykologiske paradigme. Kognition er en samlebetegnelse for antagelser, værdier og normer, som blandt andet har stor indflydelse på, hvordan man løser problemer. Sygdomsopfattelse kan defineres som den opfattelse (kognition), en person udvikler for at forstå og løse et helbredsproblem. Teorien omhandler den enkelte persons oplevelse af konkrete symptomer, som dannes ud fra akkumuleret social og kulturel viden. Sygdomsopfattelse er dermed en syntese af en række faktorer herunder kontakter med familie, venner og sundhedspersonale og tidligere erfaringer med sygdom.

The common-sense model of illness

'The Common-sense Model of Illness' er central for megen af den sundhedspsykologiske forskning om sygdomsopfattelse (Figur 1) (Leventhal, Brissette, and Leventhal 2003). Common-sense eller almindelig sund fornuft, fordi modellen i sit udgangspunkt er ganske simpel: Individet danner ud fra sin sunde fornuft antagelser om symptomer for at løse sine helbredsproblemer.

Modellen er baseret dels på kvalitative interviews, dels på spørgeskemaundersøgelser af personer med forskellige sygdomme og helbredsproblemer i 1970'erne. Oprindeligt havde ophavsmanden til modellen Howard Leventhal en antagelse om, at det først og fremmest var frygt, der motiverede en person til at løse helbredsproblemer.

Men det viste sig, at frygt primært forklarede de umiddelbare reaktioner på et helbredsproblem. Ved at inddrage ikke kun emotionelle reaktioner som frygt men også kognitive opfattelser af helbredsproblemet kunne man bedre forklare, hvordan en person løste sine helbredsproblemer også over tid (Leventhal, Brissette, and Leventhal 2003).

Ifølge modellen danner en person samtidigt kognitive og emotionelle opfattelser af symptomer, som er udløst af indefra kommende stimuli som for eksempel muskelsmerter. Udefra kommende stimuli som eksempelvis at læse om symptomer på fibromyalgi kan medføre at fokus vendes mod kroppen og dermed indirekte udløse symptomer. Når symptomerne bliver bevidste, kan man f.eks. tænke "det her er ikke noget særligt", eller "symptomet gør mig

uroelig". Sygdomsopfattelse styrer, hvordan man løser helbredsproblemer ved eksempelvis at søge egen læge eller information på Internettet. Man vurderer fortløbende, om problemløsningen har været succesfuld, man justerer sin sygdomsopfattelse i overensstemmelse hermed og igangsætter hvis nødvendigt ny problemløsning.

Komponenter i 'Common-sense' modellen

Både kvalitative og kvantitative studier har vist, at den kognitive opfattelse af symptomer kan organiseres omkring en række generiske komponenter som sygdomsidentitet (symptomerne og benævnelsen for helbredsproblemet), årsagsangivelse, tidsperspektiv, kontrol og konsekvenser (Meyer, Leventhal, and Gutmann 1985; Leventhal, Brissette, and Leventhal 2003; Lau, Bernard, and Hartman 1989).

Et eksempel kunne være: "Min næse løber, og jeg har hovedpine, fordi jeg er forkølet (sygdomsidentitet). Nogle travle arbejdsdage har nok primært forårsaget det (årsagsangivelse), og det går nok over i løbet af en uges tid (tidsperspektiv)". Eller "mine lændesmerter (sygdomsidentitet) skyldes muligvis begyndende knogleskørhed (årsagsangivelse), og er tegn på en langvarig og kronisk tilstand (tidsperspektiv), der vil medføre store omvæltninger i mit liv (konsekvenser)". Man bruger ikke nødvendigvis alle komponenter, når man skal forstå et helbredsproblem, og man anvender ofte de samme komponenter i forbindelse med forskellige sygdomsepisoder (Lau, Bernard, and Hartman 1989). Hver gang man oplever symptomer, kan man eksempelvis have en tendens til at udvikle antagelser om, at symptomerne kan være tegn på noget langvarigt og alvorligt, som man selv har ringe indflydelse på.

De emotionelle opfattelser i modellen har oftest været defineret som oplevelsen af frygt, men kan også indbefatte for eksempel tristhed, håbløshed og hjælpeløshed (Frostholm 2005). Selv om emotioner og kognitioner er adskilt i modellen, er de relaterede. Emotionelle opfattelser såsom frygt eller håbløshed vil ofte være nært forbundne med forventninger om, at helbredsproblemet vil få negative konsekvenser (Frostholm 2005; Moss-Morris et al. 2002). Derudover er der forbindelse mellem de forskellige led i modellen (Figur 1) således at for eksempel opfattelser af, at helbredsproblemet er alvorligt og vil have store konsekvenser, kan vanskeliggøre hensigtsmæssig problemløsning.

Sygdomsopfattelse ved funktionelle fysiske symptomer (FFS)

Funktionelle fysiske symptomer (FFS) kan beskrives som symptomer, der ikke kan forklares ud fra konventionelt definerede sygdomme eller kliniske fund. FFS dækker i denne sammenhæng et bredt spektrum fra personer, der oplever mange symptomer og gener i dagligdagen uden at søge læge herfor, til personer, der ofte søger egen læge med FFS. Derudover er der patienter, der har en lang 'karriere' med henvisning til undersøgelser og endda i nogle tilfælde kirurgiske indgreb, der ikke er medicinsk velbegrundede (Salmon and Marchant-Haycox 2000). Man kan undersøge FFS i de forskellige kontekster, hvori symptomerne udfoldes såsom i familien, på arbejdspladsen, i patientforeninger eller som i nærværende sammenhæng sundhedssystemet (se i øvrigt Fink, denne udgave).

En del studier har peget på, at patienter med FFS ikke anerkender, at psykologiske faktorer kan have bidraget til at udløse lidelsen (Moss-Morris and Wrapson 2003). En sammenligning mellem internetchat på patientforeningers hjemmesider fandt, at CFS (Kronisk træthed) patienter havde en mere rigid forståelse af deres sygdom end patientgrupper med veldefinerede somatiske lidelser, og at de ofte ignorerede indlæg om, at psykologiske faktorer kunne spille en rolle (Davison and Pennebaker 1997). Den generelle tolkning af disse fund har været, at fornægtelsen af psykologiske årsagsfaktorer er medvirkende til disse patienters funktionsnedsættelse. Men flere nyere studier tyder på, at mange patienter med FFS faktisk anerkender betydningen af livsstils- og psykologiske årsagsfaktorer (Rief et al. 2004; Deale, Chalder, and Wessely 1998; Peters et al. 1998), men en psykologisk årsagsforståelse er ikke nødvendigvis forbundet med bedre problemløsning. Et af de første spørgsmål, som skal besvares, når man skal finde en forklaring på symptomer, er, om symptomerne kommer indefra en selv eller er forårsaget af ydre faktorer. De fleste, der oplever et nyt helbredsproblem, vil i første omgang søge normaliserende forklaringer, der er relateret til sociale eller eksterne faktorer som eksempelvis stress, dårligt indeklima eller almindelig vintertræthed. Hvis man ofte attribuerer almindeligt forekommende symptomer til noget indeni en selv, uanset om det er til biologiske, genetiske eller psykologiske årsager, kan det være et udtryk for en 'patologisering' af symptomerne, som kan være forbundet med flere gener (Sensky 1997).

Patientgrupper med FFS er generelt karakteriserede ved mere negativ sygdomsopfattelse end andre patientgrupper (Moss-Morris and Wrapson 2003; Frostholtm 2005). Derfor er der hypoteser om, at netop sygdomsopfattelse spiller en fremtræ-

dende rolle ved udviklingen af FSS. En stor del af de eksisterende undersøgelser har inkluderet patienter med kronisk træthedssyndrom (CFS), som ofte har et langt sygdomsforløb med mange undersøgelser bag sig. Denne patientgruppe er kendetegnet ved at associere flere symptomer med deres sygdom og ved oplevelsen af, at sygdommen har alvorligere konsekvenser og er mere langvarig sammenlignet med patienter med kroniske lidelser som leddegigt og diabetes (Weinman et al. 1996; Moss-Morris and Chalder 2003). Derudover har CSF patienter ofte uhensigtsmæssig problemløsning som undgåelse af fysisk aktivitet, der kan vedligeholde sygdommen (Moss-Morris and Wrapson 2003).

Idé

Formålet med mit studie var at undersøge, om man kunne anvende spørgeskemaet 'The Illness Perception Questionnaire' (IPQ) i en almen praksis population, hvor mange ikke har en diagnosticeret sygdom, men derimod oplever ikke kendte symptomer. Derudover ville jeg undersøge, om der var forskelle i sygdomsopfattelse imellem patienter, der søgte læge med medicinsk veldefinerede sygdomme og patienter, der søgte læge med funktionelle fysiske symptomer (FFS). Endelig ville jeg undersøge, om sygdomsopfattelse var associeret med patientens tilfredshed med konsultationen, selv vurderet helbred og forbrug af sundhedsydelser.

Metode

Undersøgelsen 'Funktionelle lidelser i almen praksis' fandt sted i Århus Amt år 2000-2002. På daværende tidspunkt havde amtet 431 praktiserende læger fordelt på 271 praksis. I alt 38 af disse læger indvilligede i at deltage i et efteruddannelsesprogram og en efterfølgende randomiseret kontrolleret undersøgelse om diagnostik og behandling af patienter med funktionelle somatiske symptomer og somatisering (Fink, Rosendal, and Toft 2002; Toft 2005). Efteruddannelsesprogrammet lagde blandt andet vægt på at inddrage patienternes sygdomsopfattelse i konsultationen.

Konsekutive patienter mellem 18 og 65 år, der konsulterede lægen med et nyt eller tilbagevendende helbredsproblem, blev af sekretæren bedt om at deltage i en undersøgelse, der havde til formål at forbedre lægens forståelse og behandling af deres patienter. Kun skandinaver blev inkluderet. Patienter, der søgte læge i for-

bindelse med kontrol, helbredsattester eller lignende, blev ekskluderet fra undersøgelsen. I alt 1785 patienter blev inkluderet i en 3-ugers periode i foråret 2000.

Patienterne besvarede en række spørgsmål i venteværelset. Blandt andet blev de deltagende patienter inden konsultationen bedt om at udfylde et spørgeskema om deres sygdomsopfattelse. Spørgeskemaet indeholdt udsagn som: "Jeg tror, at mit helbredsproblem skyldes nedtrykthed, tomhed, ensomhed eller angst" (psykologisk årsagsforståelse); "Jeg tror, at mit helbredsproblem er tegn på en langvarig sygdom" (tidsperspektiv); "Jeg tror, at mit helbredsproblem vil kunne få store følger for mit liv (konsekvenser)". Patienterne skulle vælge, om de var enige eller uenige i udsagnet, eller at spørgsmålet ikke kunne besvares. Spørgsmålene omhandlede det specifikke helbredsproblem, de søgte læge for. Dette kunne eksempelvis være: underlivsirritation, muskel/ribbenssmerter, øm klump foran øret, tristhed eller angst. Dette spørgeskema var en revideret og forkortet udgave af IPQ'en. Den reviderede version var udviklet på baggrund af en række mindre pilotstudier hos praktiserende læger og en tværfaglig paneldiskussion med forskere indenfor området (Frostholt 2005).

For at kategorisere patienternes helbredsproblemer bad jeg dem svare på, om de ville beskrive deres helbredsproblem som legemlig sygdom alene, psykisk besvær eller både legemligt og fysisk besvær. Derudover diagnosticerede lægen efter konsultationen helbredsproblemet som veldefineret fysisk lidelse, sandsynligvis veldefineret fysisk lidelse, medicinsk uforklarlige symptomer (funktionelle fysiske symptomer) eller psykisk lidelse.

Efter konsultationen besvarede patienterne syv spørgsmål vedrørende deres tilfredshed med konsultationen (Frostholt et al. 2005b). Endelig indhentede jeg registeroplysninger om de deltagende patienters forbrug af primære sundhedsydelser (egen læge, speciallæger og fysioterapi etc.) henholdsvis tre år før og to år efter inklusion i undersøgelsen.

Resultater

Jeg ønskede i første omgang at undersøge, om spørgeskemaet var anvendeligt ved lidelser, der ikke var kroniske eller diagnosticerede. I pilotfasen foretog jeg en række tilpasninger af IPQ'en (Frostholt 2005). Jeg bad patienterne besvare spørgsmålene med afsæt i det vigtigste problem, de søgte læge for, idet patienter ofte konsulterer egen læge med mere end ét problem. En af de vigtigste ændringer var, at vi ikke brugte ordet 'sygdom' men derimod 'helbredsproblem', da patienterne

ofte ikke opfattede deres symptomer som egentlig sygdom. Dette var muligvis én af årsagerne til, at nogle af patienterne havde svært ved at relatere sig til spørgsmålene i pilotundersøgelsen. Derfor ændrede vi formuleringen af spørgsmålene fra for eksempel "min sygdom påvirker den måde, andre opfatter mig på" til "jeg tror, at mit helbredsproblem vil kunne påvirke den måde, andre opfatter mig på". Derudover forkortede vi spørgeskemaet betydeligt på grund af omfanget af undersøgelsen i øvrigt. På trods af disse rettelser og tilpasninger, havde 10-15 % af patienterne ikke besvaret nok spørgsmål til, at deres besvarelse kunne anvendes. Manglende besvarelse varierede på de forskellige komponenter. Alder var meget stærkt forbundet med manglende besvarelse. 94 % af deltagerne mellem 18-25 år havde besvaret spørgsmålene, mod kun 73 % af deltagerne imellem 55-65 år. Derudover var der flere manglende besvarelser hos de kvindelige deltagere. Når man tog højde for køn og alder, var lægens diagnose ikke associeret med besvarelse.

43% af de patienter, som præsenterede FFS ifølge lægen, angav en både legemlig og psykisk forståelse af deres helbredsproblem, hvorimod de, der præsenterede fysisk lidelse ifølge lægen, kun havde en både legemlig og psykisk forståelse i 23% af tilfældene.(Frostholt 2005) En psykologisk årsagsforståelse var associeret med mindre tilfredshed med konsultationen, større forbrug af sundhedsydelser og dårligere selvoplevet helbred (Frostholt 2005).

De samme negative opfattelser var associeret med større forbrug af sundhedsydelser både tre år tilbage og to år frem i tid (Frostholt et al. 2005a). Patienter med FFS havde overordnet mere negative sygdomsopfattelser end patienter med fysisk lidelse. De angav en stærkere sygdomsidentitet, et længerevarende tidsperspektiv, mere negative konsekvenser og emotionelle opfattelser af helbredsproblemet(Frostholt 2005). Disse negative opfattelser var associeret med mindre tilfredshed med konsultationen, dårligere selvoplevet helbred og større forbrug af sundhedsydelser. Disse sammenhænge fandt vi også for de patienter med fysisk lidelse, der havde negative sygdomsopfattelser.

Diskussion

Det er i det ovenstående givet en introduktion til sygdomsopfattelse med udgangspunkt i 'Common-sense sygdomsmodellen' og spørgeskemaet 'The Illness Perception Questionnaire' (IPQ), som er udviklet til veldefinerede lidelser på baggrund af denne model. Ifølge 'common-sense modellen' skaber individet sin egen teori om symptomerne, som et styreredskab for problemløsning. Den reviderede

IPQ, som vi anvendte i vores undersøgelse i almen praksis, blev godt modtaget af patienterne. Dog var der problemer med mangelfulde besvarelser. Dette gjaldt især for henholdsvis ældre og kvindelige deltagere. Undersøgelsen bekræftede vores hypotese om, at patienter, der ifølge lægen præsenterer med FFS, er kendetegnet ved mere negativ sygdomsopfattelse end patienter med fysisk lidelse. Negativ sygdomsopfattelse havde indflydelse ikke kun på patientens beslutning om at søge læge, men også patientens tilfredshed med selve konsultationen, lavt selvurderet helbred og sandsynligvis også lægens tilbøjelighed til at viderehenvise patienten. Men ikke kun patienter med FFS havde negative sygdomsopfattelse. De patienter med fysisk lidelse, der havde negativ sygdomsopfattelse, angav også mindre patient tilfredshed, dårligere selvurderet helbred og et større forbrug af sundhedsydelser.

Så vidt vides, har ingen tidligere undersøgelser anvendt et spørgeskema baseret på 'common-sense modellen' i almen praksis. Resultaterne tyder på, at modellen er brugbar også ved helbredsproblemer, der er nye, og som ikke er diagnosticerede. Dog kan man pege på en række problemer med spørgeskemaet. I de tilfælde, hvor en patient kommer med flere helbredsproblemer, kan det være svært for patienten at udfylde spørgeskemaet og resultaterne vil være mindre valide. Netop ved nyligt opståede helbredsproblemer er sygdomsopfattelser mindre kognitivt elaborede. Især for patienter, der præsenterer symptomer uden entydig ætiologi som for eksempel FFS, kan spørgsmålene være vanskelige at besvare. Ældre patienter kan være mindre vant til at udfylde spørgeskemaer og have større forventninger om, at ikke de men lægen skal give svaret på spørgsmål om årsager og konsekvenser af deres symptomer. Kvalitative undersøgelser vil kunne belyse disse problemstillinger og muligvis medvirke til at gøre spørgeskemaet mere brugbart.

Resultaterne stiller spørgsmålstegn ved, i hvor høj grad sygdomsopfattelse er situationsafhængig eller udtryk for mere varige dispositioner, blandt andet fordi jeg fandt sammenhænge imellem sygdomsopfattelse og forbrug af sundhedsydelser over en fem års periode. Longitudinelle studier kan medvirke til en øget forståelse af, hvordan personer udvikler negative opfattelser af deres helbred, og hvilke faktorer i og udenfor sundhedssystemet, der kan fastholde eller ændre herpå. Der er brug for mere viden om, hvordan sygdomsopfattelse påvirkes af og påvirker sociale og økonomiske faktorer. Der har i de senere år været studier, der undersøger pårørendes sygdomsopfattelse, men flere og gerne kvalitative studier kunne bidrage til vores forståelse af sociale forhold.

Resultaterne bekræfter, at patienter med FFS er karakteriseret ved negative opfattelser af deres helbredsproblem, hvilket understøttes af tidligere forskning.

Dette er imidlertid ikke et eksklusivt kriterium for denne patientgruppe. Også patienter med biomedicinsk veldefineret lidelse klarer sig dårligere i et sygdomsforløb, hvis de har negativ sygdomsopfattelse. Ifølge en traditionel biomedicinsk behandling vil man ofte først i de tilfælde, hvor symptomerne ikke kan indpasses i en biomedicinsk ramme vende sig mod psykologiske forklaringsmodeller (Dew et al. 2005; Fink, Rosendal, and Toft 2002). Denne tilgang er især, men ikke udelukkende, problematisk for patienter med FFS, fordi den kan medføre en række unødvendige undersøgelser og behandlinger med potentielle fysiske såvel som psykiske bivirkninger (Fink 1992) (Starfield 2000; Nijher et al. 2001). Derfor bør biomedicinen kombineres med tilgange, der inddrager selvoplevet helbred i konsultationsprocessen (Fink, Rosendal, and Toft 2002). 'Common-sense modellen' kan give konkrete forslag til, hvordan man inddrager patientens egen opfattelse i hele behandlingsforløbet. Fremtidige interventionsstudier vil kunne give svar på, i hvor høj grad man kan forbedre og forkorte sygdomsforløb ved at inddrage sygdomsopfattelse i behandlingen.

Referencer

1. Davison, K. P. and J. W. Pennebaker 1997 Illness representations in online support groups. I: *Perceptions of health and illness*. Edited by K. J. Petrie and J. Weinman. Harwood academic publishers.
2. Deale, A., T. Chalder, and S. Wessely 1998 Illness beliefs and treatment outcome in chronic fatigue syndrome. I: *J Psychosom Res* 45, no. 1 Spec No, 77-83.
3. Dew, K. et al. 2005 "This glorious twilight zone of uncertainty": mental health consultations in general practice in New Zealand". I: *Soc Sci Med* 61, no. 6, 1189-1200.
4. Fink, P. 1992 Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. I: *Journal of Psychosomatic Research*. 36, 439-447.
5. Fink, P., M. Rosendal, and T. Toft 2002 Assessment and Treatment of Functional Disorders in General Practice: The Extended Reattribution and Management Model - An Advanced Educational Program for Nonpsychiatric Doctors. I: *Psychosomatics* 43, no. 2, 93-131.
6. Frostholm, L. 2005 *Illness perceptions in primary care patients, Research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatics*, Aarhus University Hospital and Faculty of Health Sciences, University of Aarhus.
7. Frostholm, L. et al. 2005a The patients' illness perceptions and the use of primary health care. I: *Psychosom Med* 67, no. 6, 997-1005.
8. Frostholm, L. et al. 2005b The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills. I: *Psychosom Med* 67, no. 6, 897-905.

9. Lau, R. R., T. M. Bernard, and K. A. Hartman 1989 Further explorations of common-sense representations of common illnesses I: *Health Psychol* 8, no. 2, 195-219.
10. Leventhal, H., I. Brissette, and E. A. Leventhal 2003 The common-sense model of self-regulation of health and illness. I: *The self-regulation of health and illness behavior*. Edited by L. D. Cameron and H. Leventhal. London: Routledge.
11. Meyer, D., H. Leventhal, and M. Gutmann 1985 Common-sense models of illness: the example of hypertension I: *Health Psychol* 4, no. 2, 115-135.
12. Moss-Morris, R. and T. Chalder 2003 Illness perceptions and levels of disability in patients with chronic fatigue syndrome and rheumatoid arthritis. I: *J Psychosom Res* 55, no. 4, 305-308.
13. Moss-Morris, R. et al. 2002 The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). I: *Psychology and Health* 17, no. 1, 1-16.
14. Moss-Morris, R. and W. Wrapson 2003 Representational beliefs about functional somatic symptoms. I: *The self-regulation of health and illness behavior*. Edited by L. D. Cameron and H. Leventhal. London: Routledge.
15. Nijher, G. et al. 2001 Chest pain in people with normal coronary anatomy. I: *BMJ* 323, no. 7325, 1319-1320.
16. Peters, S. et al. 1998 Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. I: *Soc Sci.Med* 46, no. 4-5, 559-565.
17. Rief, W. et al. 2004 Causal illness attributions in somatoform disorders: associations with comorbidity and illness behaviour. I: *J Psychosom Res* 57, no. 4, 367-371.
18. Salmon, P. and S. Marchant-Haycox 2000 Surgery in the absence of pathology the relationship of patients' presentation to gynecologists' decisions for hysterectomy. I: *J Psychosom Res* 49, no. 2, 119-124.
19. Sensky, T. 1997 Causal attributions in physical illness. I: *J Psychosom Res* 43, no. 6, 565-573.
20. Starfield, B. 2000 Is US health really the best in the world? I: *JAMA* 284, no. 4, 483-485.
21. Toft, T. 2005 *Managing patients with functional somatic symptoms in general practice*. PhD, Faculty of Health Sciences, University of Aarhus, Denmark.
22. Weinman, J. et al. 1996 The Illness Perception Questionnaire: A New Method for Assessing the Cognitive Representation of Illness. I: *Psychology and Health* 11, 431-445.

Note

1. Denne undersøgelse er en del af FIP-studiet (Functional Illness in Primary Care), som er et fælles tværfagligt projekt med deltagelse af: Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital; Forskningsenheden for Almen Medicin, Aarhus Universitet; Afdeling for Etnografi og Socialantropologi, Aarhus Universitet og Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.