

# Funktionella somatiska symtom kräver biopsykosocial kompetens

ORGANISERADE TEAM GER BÄTTRE VÅRDRESULTAT – EN VÄNDPUNKT KAN VARA ATT PATIENT OCH LÄKARE KAN ENAS OM EN FÖRKLARINGSMODELL

**Carl Sjöström,**  
överläkare,  
rehabiliterings-  
medicinska kliniken,  
Sandvikens sjukhus,  
Region Gävleborg  
● carl.sjostrom@  
regiongavleborg.se

Många läkare känner igen sig i situationen där en allvarlig sjukdom som orsak till patientens symtom har uteslutits, men man ändå har svårt att uppfylla patientens förväntningar på förklaring eller bättring. Omkring hälften av alla primärvårdsbesök och upp till vart tredje besök på en medicinmottagning eller neurologmottagning handlar om något funktionellt symtom [1]. Patienter med diffusa, svärfångade symtom som inte passar in i gängse diagnosmallar och vårdprogram är dock vanliga inom alla medicinska specialiteter.

Tillstånden har benämnts på olika sätt genom historien [2]; de mest använda benämningarna nuförtiden är »funktionella tillstånd« eller »funktionella somatiska symtom«.

Tillstånden betraktas generellt som kraftigt underdiagnostiserade [3], men en ny diagnostisk terminologi är under utveckling i syfte att göra diagnoserna mer lättanvända för läkare inom somatiska verksamheter (Tabell 1). Lidandet och funktionsnedsättningen hos patienterna är stort, och medicinsk profession, ledning och beställare ställs oupphörligen inför stora utmaningar, dels på grund av svårigheterna att organisera vården för patienten på rätt sätt, dels för att den ständigt aktuella frågan om huruvida det är psykiskt eller somatiskt tenderar att få slagsida åt endera hållet. Vården är i regel ineffektiv och kostnaderna höga [4].

Evidens och goda exempel finns på såväl vårdmodeller och utbildning för sjukvårdspersonal som utredning och behandling med t ex KBT-insatser [5-7]. Sjukvården i Sverige ligger dock långt efter kunskapsläget i forskningen.

Funktionella symtom kan spänna från vanligt förekommande och lindriga symtom (t ex svärfångade magbesvär hos en primärvårdspatient) till allvarliga funktionsnedsättningar med stort lidande (t ex funktionell parapares eller mångårigt multisymtomatiskt

medicinskt oförklarat tillstånd). Vid Forskningsklinikken för funktionella lidelser i Aarhus, Danmark, har man föreslagit en kategorisering av tillstånden som innefattar hela sjukvårdspanoramats (Tabell 2).

## Iatrogena faktorer bidrar

Patienter söker till en början för ett symtom, inte för en sjukdom. Symtomens allvarlighetsgrad kan kräva somatisk utredning, som utfaller med normala fynd. Kvar står patienten med oförändrade, plågsamma symtom men utan konstaterad sjukdom. Steget att fortsätta utredning, remittera vidare eller påbörja behandling utan säkert underlag är lätt att förstå utifrån vår vilja att lindra. Det är vanligt att eventuella objektiva fynd i utredningen till en början tillskrivs stort värde, även om deras koppling till symtom och funktionsnedsättning i många fall är osäker.

Många gånger bedrivs utredning och behandling enbart med biomedicinska metoder trots att man tidigt anar att »det är något annat med i bilden«, och detta leder till en rad av misslyckade behandlingsinsatser med stigande frustration hos alla inblandade som följd. Komplikationer till utredning, invasiva ingrepp och medicinering är vanliga [8].

Patienter med ospecifika symtom hamnar så småningom inom många olika specialiteter där symtomen ofta diagnostiseras som funktionellt syndrom [3]. Diskrepansen mellan patientens beskrivning av

## HUVUDBUDSKAP

- Patienter med funktionella somatiska symtom är vanliga inom många specialiteter och uppfattas ofta som svåra att hjälpa.
- Evidensbaserade metoder för utredning och behandling finns, men är dåligt implementerade i svensk sjukvård.
- En sjukdomsmodell som tar hänsyn till både biologiska, psykiska och sociala förhållanden behövs för att förstå och behandla tillstånden.
- Tidig diagnos gynnar prognosen.
- En lyckad konsultation där patient och läkare kan enas om en förklaringsmodell för symtomen kan utgöra en vändpunkt i ärenden som kört fast.
- Konsultationspsykiatriskt arbete behövs i högre utsträckning, och vårdinsatserna blir mer effektiva om de utförs av organiserade team.

»Många gånger bedrivs utredning och behandling enbart med biomedicinska metoder trots att man tidigt anar att 'det är något annat med i bilden', och detta leder till en rad av misslyckade behandlingsinsatser ...«

**TABELL 1. Förklaring av begrepp med kommentarer [2, 26].**

Begrepp	Förklaring	Kommentar
● Somatisering	»Förkroppsligande« – tendens att uppleva och kommunicera kroppsligt lidande snarare än att reflektera över psykologiska faktorer vid påfrestning och belastning [27]	Avskaffat som diagnostiskt begrepp (tidigare t ex somatiseringsyndrom, somatofornt smärtsyndrom) i och med DSM-5 (2013) och ICD-11 (2018)
● Kroppssyndrom	Betonar upptagenheten av symtomen och den beteendeförändring som sker med de somatiska symtomen som utgångspunkt. Huruvida symtomen går att koppla till en biomedicinsk sjukdom eller inte är inte relevant för diagnosen	Ersätter somatiseringsdiagnoserna i DSM-5
● »Bodily distress disorder«	Förekomst av kroppsliga symtom som ägnas överdriven uppmärksamhet, leder till problem och sökande av sjukvård	Föreslås ersätta somatiseringsdiagnoserna i ICD-11; svensk översättning är ännu inte känd
● Funktionellt syndrom	Utan påvisbar organisk skada	Samlingsnamn för tillstånd där psykobiologiska samband anses starka
● Konversionssyndrom	Neurologiska symtom utan påvisbar neurologisk sjukdom eller skada	Synonymt med »funktionell neurologisk symtomstörning« (FNS). Diagnostisk term i DSM-5 och ICD-10

**TABELL 2. Differentialdiagnostik vid funktionella tillstånd, efter Fink et al [28]. Observera att »bodily distress disorder« är föreslagen som ny diagnosterm i ICD-11 (2018) (svensk översättning är ännu inte känd).**

Kategori	Mekanism	Typisk klinisk bild	Exempel på handläggning
● I. Symtomdiagnoser	– Skapa trygghet – »Vara duktig« – Aldrig haft symtomet förut – undrar	– Lindriga och övergående symtom – Ingen påverkan på funktion – Exempel: knöl, normalt nevus	– Undvik sjukroll – Normalisera – Viktigt inlärningstillfälle: »Man kan ha symtom utan att vara sjuk« – Ingen utredning eller behandling
● II. Normal stressreaktion	– Normala kroppsliga reaktioner på stress, sorg, kris – t ex autonom aktivering, somatosensorisk förstärkning	– Påverkan på funktion, – men överskrider inte vad man kan förvänta sig	– Introduktion i biopsykosocial modell – Uppmuntra stöd från socialt nätverk – Oftast inte utredning eller behandling
● III. Anpassningsstörning	– Tidigare sårbarhet (eventuellt depression eller ångesttillstånd) förstärker normal reaktion på psykisk belastning	– Markant påverkan på funktion, – mer än man kan förvänta sig – Olika kroppsliga, kognitiva eller mentala symtom (sömn, smärta, nedstämdhet)	– Psykosociala insatser i syfte att arbeta med bemästring – Undantagsvis medicinsk behandling, oftare psykiatriskt fokus (t ex SSRI)
● IV. »Bodily distress disorder« (se Tabell 1)	– Omedveten–medveten symtompresentation – Sjukroll kan förstärka symtompresentation	– Multipla funktionella somatiska symtom som kvarstår över tid och påverkar funktion påtagligt – Maximal symtomstyrka – Inkonsistenta symtom – Emotionell kommunikation	– Kräver ofta riktad psykosocial behandling och/eller fysioterapeutiska insatser – Ibland medicinsk behandling
● V. Sjukdomsångest (hypokondri)	– Somatosensorisk förstärkning – Misstolkning av kroppsliga sensationer som tecken på sjukdom	– Fixering vid tanken på att ha eller riskera att drabbas av en allvarlig sjukdom – Hög ångestnivå kring den egna hälsan – Övermått av hälsorelaterat beteende (söker ofta) eller maladaptivt undvikande beteende (söker aldrig)	– Förklaring av mekanismer som somatosensorisk förstärkning kan leda till lindring, men i en del fall krävs specifik behandling (KBT) av det ångesttillstånd som utgör grunden
● VI. Dissociativa tillstånd (konversionssyndrom/funktionell neurologisk symtomstörning)	– Dissociation (ofrivillig, omedveten symtomproduktion)	– Ett eller flera symtom på förändringar i viljestyrda motoriska eller sensoriska funktioner – Symtomen är oförenliga med erkända neurologiska eller medicinska tillstånd	– Förklaring av tillståndet, brytande av sjukvårdens onda cirklar, och ett gott bemötande kan tillsammans med kortare fysio- eller arbetsterapeutiska insatser ibland vara tillräckliga som behandlingsinsatser – Ibland krävs specifik psykiatrisk behandling
● VII. Patomimi (factitia, Münchhausens syndrom)	– Medveten, självorsakad symtomproduktion eller påhittad sjukdomshistoria – Syftet är att uppnå en sjukroll (intrapsykiskt behov)	– Nya symtom när »det gamla« gått över eller »avslöjats« – Många vårdgivare inblandade	– Vid »Münchhausen by proxy«-syndromet utförs handlingarna mot en annan person (vanligen nära anhörig) och är ofta straffbara
● VIII. Simulering	– Medveten, självorsakad symtomproduktion eller påhittad sjukdomshistoria – Syftet är att uppnå externa fördelar (ekonomiska fördelar, recept på narkotiska läkemedel, undgående av straff eller annan önskad myndighetsutövning)	– Motivet för beteendet är ofta tydligt (att uppnå någon fördel), och individen gör en kostnad–nyttakalkyl – Vanligt i medikolegala sammanhang	– Den sociala aspekten bör överväga – oftast så lite sjukvård som möjligt – Hjälp patienten att hitta bättre strategier för att uttrycka sitt hjälpbehov

symtomen eller funktionsnedsättningen och de objektiva fynd som kan finnas vid utredning kan leda till svårigheter i läkare-patientrelationen (patienten misstänks överdriva eller hitta på, vilket späder på patientens uppfattning av att vara misstrodd eller inte tagen på allvar).

Bemötandet blir en ond cirkel, eftersom sjukdomsförstärkande beteenden tenderar att öka när patienter känner sig ifrågasatta eller misstrodda.

## En biopsykosocial sjukdomsmodell

Den traditionellt framgångsrika biomedicinska sjukdomsmodellen, där en anatomisk-fysiologisk patologisk process (biomedicinsk sjukdom; disease) leder fram till ett typiskt symptom (subjektiv ohälsa; illness), är otillräcklig när det gäller de funktionella tillstånden, som i regel har mycket komplexa orsakssamband. I stället behövs en biopsykosocial sjukdomsmodell [9, 10] som tar hänsyn till såväl individens biologiska förutsättningar och psykiska status som hens tolkning av de somatiska symtomen, sociala förhållanden och sjukvårdens roll för symtompresentationen.

Funktionella tillstånd utvecklas i regel över tid, och kan ses som en pågående process av predisponerande, utlösande och vidmakthållande faktorer med olika grader av biologiska, psykologiska och sociala orsaksmekanismer. Att erbjuda kontinuitet i sjukvårdskontakten, trygghetsskapande förklaringsmodeller, kortare fysio- eller arbetsterapeutiska insatser och avslutande av långdragna somatiska utredningsprocesser kan ibland visa sig bli genombrott i ärenden som med en ensidigt biomedicinsk sjukdomsmodell helt kört fast.

Risken för att missa odiagnostiserade, potentiellt allvarliga somatiska tillstånd tas ofta upp som en farhåga från den medicinska professionen och är något som ofta försvårar omfokusering eller avslutande av ensidigt somatiskt inriktade insatser. Naturligtvis kan det inträffa att även patienter med funktionella tillstånd har oupptäckta sjukdomstillstånd. Studier har dock visat att andelen missade allvarliga sjukdomstillstånd bland dessa patienter är mycket liten [11-13].

## Exempel på inblandade mekanismer

**Somatosensorisk förstärkning** [14] innebär att en individs fokus på svaga eller sällan förekommande kroppsliga förnimmelser och hens tolkning av dem som onormala, patologiska och tydande på sjukdom i sin tur leder till att upplevelsen förstärks. Fenomenet har betraktats som centralt vid sjukdomsångest [15], men är verksamt vid många andra tillstånd, såväl funktionella som icke-funktionella - t ex långvarig smärta.

**Dissociation** är ett psykologiskt normalfenomen, besläktat med frysreaktion vid akut stresshantering [16]. Dissociation upplevs som en ofrivillig påverkan på medvetenhet eller uppmärksamhet och beteende, med bristande kontinuitet i den subjektiva upplevelsen (fragmentering av identitet, depersonalisation, derealisation), alternativt en oförmåga att ha tillgång till information (amnesi) eller att kontrollera funktioner man normalt kan kontrollera (t ex motoriska

funktioner). Man är på god väg att skapa förståelse för vilka neuronala nätverk som är inblandade [17]. Övergripande tros det röra sig om en påverkan på kortikal modulering av affekter och arousal samt påverkad aktivering av limbiska delar. Dissociation är en central mekanism i funktionella neurologiska symtom, som i ICD också klassificeras som dissociativt syndrom.

**Egen sjukdomsidentitet eller sjukdomsuppfattning**, dvs patientens uppfattning om symtomens orsak och konsekvenser, har visat sig vara av stor betydelse för vilken påverkan symtomet får på funktionen och på dess prognos [18]. Sjukdomsuppfattningen påverkar i stor utsträckning patientens egen bemärstringsstrategi, men även omgivningens reaktioner.

**Det finns många fler mekanismer** än dessa, och det rör sig sällan om enbart en mekanism som ligger bakom funktionella symtom, särskilt sett över tid.

## Konsultationen som prevention och behandling

För att kunna bryta ett förlopp där patienten känner sig misstrodd, söker sig till andra vårdgivare eller ihärdigt önskar utredningar eller behandlingar som inte bedöms lämpliga behöver man ett arbetssätt som med respekt för patientens symtomupplevelse kan flytta fokus för åtgärder åt ett håll som är mera verksamt.

TERM-modellen (extended reattribution and management model) [7] är framarbetad vid Forskningsklinikken för funktionella lidelser i Aarhus. Modellen utgår från patientens egen uppfattning om symtomens natur och syftar till att patienten ska bli genuint hörd och förstådd. Somatiska undersökningsfynd sammanfattas, och eventuella samband med symtom förklaras. När detta har uppnåtts kan fokus riktas mot verksamma beteendeförändringar, som i regel innefattar en breddning av åtgärder från de strikt somatiska till att även innefatta psykosociala aspekter.

Utbildning i konsultationsteknik utifrån TERM-modellen ges regelbundet för blivande allmänläkare i Danmark. Att enas om en förklaring som patienten uppfattar som medicinskt trovärdig i stället för att uppleva att besvären enbart förklaras med psykologiska samband förefaller vara en framgångsrik del av behandlingen av patienter med funktionella tillstånd [19].

## Att arbeta i samverkan

Många gånger krävs behandling i team, där den biomedicinska kompetensen (läkare och fysioterapeut) är lika avgörande som den beteendemedicinska och psykosociala (arbetsterapeut, kurator, psykolog och psykiatrisjuksköterska). Bemötandekompetens och pedagogisk förmåga ställs på sin spets när det handlar om att hjälpa patienten vidare och att enas om en förklaringsmodell som kan ligga till grund för lyckade behandlingsinsatser.

Konsultationspsykiatriska insatser kan vara avgörande för att tydliggöra inblandade mekanismer, diagnostisera eventuell psykisk sjuklighet och klargöra den viktiga differentaldiagnostiken mot simulering och patomimi [20].

Teamarbete kring patienter med funktionella tillstånd kan se ut på många olika sätt och bedrivs såväl

i primärvård som i akut- och specialistsjukvård. Intresse för tillstånden, men också träning, behövs för att uppnå denna kompetens (se artikeln av Lars Wahlström i detta tema).

## Primärvården – prevention och tidig upptäckt

Inom primärvården finns förutsättning att tidigt upptäcka och förebygga eskalering av sjukdomsbilden. Här behövs sannolikt ökat fokus på patientgruppen och uppbyggnad av team, liknande de beteendemedicinskt inriktade multimodala team för patienter med långvarig smärta som i perioder fungerat inom primärvården [21, 22].

## Akutsjukhus – bryta onda cirklar

Med tanke på hur vanliga patienter med funktionella tillstånd är inom akutsjukvården och hur väl man vet att tidig diagnos förbättrar prognosen [23] är det anmärkningsvärt hur lite riktade insatser för dessa patienter som finns inom akutsjukvården.

Några exempel på lyckade arbetssätt finns inom svensk akut neurologi. Vid neurologkliniken i Örebro har man t ex sedan mer än 10 år ett team som fångar upp patienter med funktionella neurologiska symptom inom akutsjukvården. Och med utgångspunkt från Psykiatriska konsultenheten vid Huddinge sjukhus finns ett vårdprogram för patienter med nydebuterade funktionella neurologiska tillstånd. Vid några neurologkliniker i landet pågår uppbyggnad av team kring patienter med funktionella neurologiska symptom. Nationell samordning, kompetenscentrum och forskning saknas dock.

## Rehabiliteringens roll

Patienter med de mest komplicerade tillstånden kan behöva långa och specialiserade rehabiliteringsin-

satser. De patienter som företrädesvis lider av smärta ryms ofta inom den specialiserade multimodala smärtrehabiliteringen, som finns uppbyggd vid många rehabiliteringskliniker i landet. De långvariga funktionella neurologiska tillstånden tas i vissa fall också om hand inom rehabiliteringsmedicin, men resurserna för detta är ofta bristfälliga och uppdraget otydligt.

## Krafttag behövs

Genom att tidigt identifiera patienter med funktionella tillstånd och genomgående tillämpa ett biopsychosocialt synsätt skulle vi kunna förbättra prognosen betydligt. Det råder, och kommer sannolikt att fortsätta råda, olika uppfattningar om i vilken utsträckning somliga tillstånd bäst beskrivs som funktionella. Den nya diagnosterminologin som växer fram kommer dock förhoppningsvis leda till att fler somatiker kan ställa rätt diagnoser.

I takt med att diagnoserna blir mer accepterade av patienterna växer också patientmaterial och patientforum fram. Goda exempel på detta är den svenska webbplatsen om funktionella neurologiska symptom [24] (från brittisk förlaga) och webbplatsen för forskningskliniken i Aarhus [25].

Det finns goda behandlingsmodeller och evidens för arbetssätt, men för att detta ska få genomslag i svensk sjukvård krävs krafttag från beställare och profession. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Carl Sjöström har erhållit föreläsningsarvode från läkemedelsföretaget UCB Pharma vid två tillfällen.

Citera som: *Läkartidningen. 2018;115:E7UE*

## REFERENSER

- Fink P, Rosendal M, Toft T, et al. Prevalence. I: Fink P, Rosendal M (editors). Functional disorders and medically unexplained symptoms. Aarhus: Aarhus University Press; 2015. p. 29-33.
- Lundin A, Sjöström C. Kroppssyndrom och relaterade syndrom. I: Herlofson J, Ekselius L, Lundin A, et al (redaktörer). Psykiatri. Lund: Studentlitteratur; 2016. p. 411-41.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet*. 2007;369(9565):946-55.
- Bermingham SL, Cohen A, Hague J, et al. The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008-2009. *Ment Health Fam Med*. 2010;7(2):71-84.
- Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(7):781-97.
- van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(11):CD011142.
- Fink P, Rosendal M, Schröder A. Primary assessment and treatment (TERM model). I: Fink P, Rosendal M (editors). Functional disorders and medically unexplained symptoms. Aarhus: Aarhus University Press; 2015. p. 107-39.
- Fink P. Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients. *J Psychosom Res*. 1992;36(5):439-47.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
- Murray AM, Toussaint A, Althaus A, et al. The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: A systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *J Psychosom Res*. 2016;80:1-10.
- Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H, et al. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *BMJ*. 1998;316(7131):582-6.
- Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med*. 1989;86(3):262-6.
- Wilson A, Hickie I, Lloyd A, et al. Longitudinal study of outcome of chronic fatigue syndrome. *BMJ*. 1994;308(6931):756-9.
- Seto H, Nakao M. Relationships between catastrophic thought, bodily sensations and physical symptoms. *Biopsychosoc Med*. 2017;11:28.
- Barsky AJ, Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *Br J Psychiatry*. 1990;157:404-9.
- Spiegel D, Cardeña E. Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *J Abnorm Psychol*. 1991;100(3):366-78.
- Brand BL, Lanius R, Vermetten E, et al. Where are we going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5. *J Trauma Dissociation*. 2012;13(1):9-31.
- Sharpe M, Stone J, Hibberd C, et al. Neurology out-patients with symptoms unexplained by disease: illness beliefs and financial benefits predict 1-year outcome. *Psychol Med*. 2010;40(4):689-98.
- Stone J, Carson A, Hallett M. Explanation as treatment for functional neurologic disorders. I: Hallett M, Stone J, Carson A (editors). Functional neurologic disorders. Handbook of Clinical Neurology Series No 139. Amsterdam: Elsevier; 2016. p. 543-55.
- Grover S, Kate N. Somatic symptoms in consultation-liaison psychiatry. *Int Rev Psychiatry*. 2013;25(1):52-64.
- Croicu C, Chwastiak L, Katon W. Approach to the patient with multiple somatic symptoms. *Med Clin North Am*. 2014;98(5):1079-95.
- Nationellt uppdrag: smärta. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2016.
- Gelauß J, Stone J, Edwards M, et al. The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014;85(2):220-6.
- Funktionella och dissociativa neurologiska symptom – en patientguide [citerat 30 dec 2017]. <http://www.funktionellasymptom.se>, <http://www.neurosymbols.org>
- Funktionelle lidelser [citerat den 30 dec 2017]. <http://www.funktionellelidelser.dk>
- American Psychiatric Association. MINI-D 5. Diagnostiska kriterier enligt DSM-5. Stockholm: Pilgrim press; 2014.
- Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145(11):1358-68.
- Fink P, Rosendal M, Toft T. Classification and characteristics. I: Fink P, Rosendal M (editors). Functional disorders and medically unexplained symptoms. Aarhus: Aarhus University Press; 2015. p. 43-67.

## SUMMARY

### **Functional somatic symptoms – a large patient group in need of biopsychosocial competencies**

Functional somatic symptoms are symptoms that cannot be attributed to any known, well-defined physical disease, but may be very disabling for the patient.

Functional symptoms may arise from almost any part of the body and they are common in practically all areas of medicine. Arranging the care for these patients poses a substantial challenge for many professionals, with a great degree of distress for the patients and costs for the health care system. A biopsychosocial approach is needed to understand the complex mechanisms involved. There are several evidence-based treatment methods for these disorders, but in Sweden, they have not yet been put into practice on a larger scale. The TERM model, as well as other models, has been developed for practitioners to help the patient to change focus, and engage in treatment options better suited for their condition. Consultation-liaison psychiatry is considered an important part of the health care provided for these patients.