

Vojislav Ivetić¹

Medicinsko nepojasnjena stanja

Medically Unexplained Symptoms

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: medicinsko nepojasnjena stanja, zdravnik družinske medicine, somatoformna motnja, težavni bolnik

Skoraj 20 % bolnikov, ki obiskujejo ambulantno družinske medicine, toži za telesnimi simptomi, za katere se po številnih preiskavah ne najde konkretnega organskega vzroka. Diagnostični napotki pri obravnavi takšnih bolnikov vključujejo številne simptome, pogosto v različnih organskih sistemih, nejasno simptomatologijo, kronični potek težav ter številne diagnostično/laboratorijske preiskave. Analizirani so članki, dostopni v bazi podatkov »MEDLINE«, od januarja do maja 2005. Uporabljeni so MeSH-izrazi *medically unexplained symptom*, *somatization*, *somatoform disorders*, *family medicine*. Kot iskalni pogoj sem določil le prispevke v angleškem jeziku. Bolnike z medicinsko nepojasnjeno stanji opažamo v naslednjih skupinah bolnikov: težavni bolniki, pogosti obiskovalci ambulant, bolniki s funkcionalnimi motnjami (njihovi simptomi se razlagajo s funkcionalno motnjo, brez same bolezni), anksiozni in/ali depresivni bolniki, bolniki s somatizacijskimi motnjami in bolniki s somatoformno motnjo. Najbolj pogosti simptomi, ki lahko indicirajo sum na medicinsko nepojasnjeno stanje, so: utrujenost, vrtoglavica, glavobol, dispneja, omedlevica, slabost, bruhanje, dispepsija, nespečnost, bolečina v prsih, občutek nepravilnega bitja srca, prebavne težave (zaprtost, driske), kronična bolečina itd. Zdravniki družinske medicine se pogosto počutimo odgovorni in kronično frustrirani zaradi nezadovoljstva bolnikov z našo obravnavo. Sami zdravniki menijo, da trenutno niso niti teoretično niti praktično ustrezno izobraženi in usposobljeni za obravnavo bolnikov z medicinsko nepojasnjeno stanji. Obstajajo resne objektivne težave, s katerimi se zdravniki srečujemo v odnosu do teh bolnikov in v obravnavi bolnikov z medicinsko nepojasnjeno stanji. Ne glede na številne poskuse ustreznega zdravljenja in različnih tehnik pristopa zaenkrat še ne obstajajo točne smernice in napotki glede obravnave takšnih bolnikov. Takšni bolniki dejansko predstavljajo izziv za nove raziskave in nove pristope k zdravljenju, s ciljem zmanjševanja stroškov diagnostike in zdravljenja, nepotrebnih napotitev na sekundarni nivo ter frekvence obiskov takšnih bolnikov in posledične razbremenitve zdravnika na primarnem nivoju.

ABSTRACT

KEYWORDS: *medically unexplained symptoms*, *family medicine*, *somatoform disorders*, *difficult patient*

Almost 20 % of patients who consult their family physicians, present with physically unexplained symptoms. Diagnostic clues include multiple unexplained symptoms, usually in different organic systems, unclear symptoms, high health care utilization patterns and normal results from physical examination and diagnostic tests. Articles were found through a MEDLINE search. The search was performed utilizing the MeSH terms »*medically unexplained symptom*«, »*somatization*«, »*somatoform disorders*«, »*family medicine*«. Only papers in English were selected. Patients with medically unexplained symptoms are found in the following groups of patients: problematic patients, frequent visitors of family physician's office, patients with functional problems, anxious and/or depressive patients, patients with somatisation and somato-

¹ Vojislav Ivetić, dr. med., ZP Spodnji Duplek, ZD dr. A. Drolca Maribor, Cesta k Dravi 8, 2241 Spodnji Duplek.

form disorders. Common symptoms that induce suspicion of medically unexplained symptoms are: fatigue, dizziness, headache, dyspnea, syncope, vomiting, dyspepsia, insomnia, chest pain, arrhythmia, gastrointestinal problems (constipation, diarrhea), chronic pain ... Family physicians are often feeling frustrated and responsible for patients' discontent with their treatment in cases of medically unexplained symptoms. It is generally believed that family physicians are not sufficiently theoretically and practically educated to treat patients with medically unexplained symptoms. The process of treating these patients is challenging, complex and poorly understood. In spite various strategies to treat such patients have been tried, effective management guidelines are still lacking. Difficulties in treating these patients represent a challenge for searching and developing new methods that would reduce expenses of diagnosis and treatment and lower the frequency of these patients' visits to the family physician and their unnecessary direction to the specialists.

UVOD

Sporazumevanje z bolnikom je temeljna večina pri delu zdravnika družinske medicine. Bolnikovo zadovoljstvo z zdravstveno oskrbo in njegova voljnost za sodelovanje pri zdravljenju sta neposredno odvisna od uspešnega sporazumevanja. Tradicionalni klinični pristop je usmerjen v bolezen pri oboleli osebi, bolniku prijazen način pa postavlja bolnika v osrednje mesto posveta. Posvet med bolnikom in zdravnikom pomeni glavno obliko dela v osnovnem zdravstvu in predstavlja temelj reševanja praktično vseh zdravstvenih težav bolnikov (1).

Modeli sporazumevanja usmerjeni k bolniku govorijo o naslednjih stopnjah posveta (2):

1. odkrivanje vzrokov bolnikovega obiska,
2. razjasnitev bolnikovih težav,
3. imenovanje bolnikovih težav,
4. razlaga bolniku in doseganje soglasja,
5. načrt za vodenje zdravljenja.

Med zdravnikom in bolnikom v času posveta poteka ena vrsta pogajanja. Bolnik ima lahko težave na telesnem, duševnem, materialnem, socialnem ali družbenem področju. Ne glede na to, kje ima težave, zdravniku najraje najprej predstavi svojo telesno težavo (2).

Bolnikom je dostop do svojega družinskega zdravnika lažji (oglasijo se le na podlagi lastne presoje) kot pa dostop do kliničnega specialista v bolnišnici (napoteni po strokovni obravnavi družinskega zdravnika). Ravno zaradi tega so težave in občutja bolnikov pri zdravniku družinske medicine še zelo nejasne in meglene, pri kliničnem specialistu v bolnišnici pa že veliko bolj medicinsko usmerjene (3).

Ugotovljeno je, da na vseh nivojih zdravstvenega sistema srečujemo bolnike, ki tožijo za t. i. »medicinsko nepojasnenimi stanji« (MNS). Posebno zdravniki družinske medicine zelo pogosto obravnavamo prav takšne bolnike. Ne glede na pomanjkanje učinkovitih rešitev in usklajenih smernic zdravniki družinske medicine obravnavo MNS smatramo za zelo pomemben del svojega dela (4). MNS obsegajo cel spekter motenj, od blagih prehodnih simptomov do kroničnih motenj s težkimi posledicami, in prav zaradi tega predstavljajo klinični problem, ki zahteva resen pristop.

V tem preglednem članku bom poskusil razložiti pojem »medicinsko nepojasnjenih stanj«, njihovo razdelitev, prevalenco, dosežanje težave pri obravnavi in zdravljenju ter vsebino do sedaj najbolj pogostih raziskav. Prav tako bom skušal oceniti možnosti pristopa k zdravljenju in raziskovanju omenjenega problema pri nas.

METODE

Analiziral sem članke, dostopne v bazi podatkov »MEDLINE«, od januarja do maja 2005. Uporabljal sem MeSH-izraze *medically unexplained symptom*, *somatization*, *somatiform disorders*, *family medicine*. Kot iskalni pogoj sem določil le prispevke v angleškem jeziku.

DEFINICIJA

Trenutno še ne obstaja jasna definicija termina »medicinsko nepojasnjena stanja«. Sam termin MNS je opisne narave in ne upošteva vzroka nastanka MNS. Mogoče je za uporabo v praksi še najbolj uporabna definicija, ki

pravi, da so bolniki z MNS bolniki, ki tožijo za telesnimi simptomi, za katere se po številnih preiskavah ne najde konkretnega organskega vzroka, pri katerih so številne diagnostično/laboratorijske preiskave in pregledi kliničnih specialistov negativni, in pri katerih ne moremo priti do jasno definirane diagnoze (1–20). Vendar sama izključitev telesnega vzroka ni dovolj za izboljšanje bolnikovih težav. Razi-skave kažejo, da tudi po ustrezni klinični obravnavi in razlagi pomembnosti normalnih izvidov s strani zdravnika bolniki še vedno občutijo težave ali pa se z enakimi težavami vračajo po nekaj mesecih (5).

VZROKI MNS

Problem nastanka somatizacije oz. somatoformne motnje obravnavajo štiri različne teorije (6).

1. Nevrobiološka teorija pravi, da do somatizacije prihaja zaradi okvarjenega ali pomanjkljivega nevrobiološkega predelovanja senzornih in čustvenih informacij, npr. pomankljiva centralna inhibicija prihajajoče senzorne informacije.

2. Psihodinamska teorija govori o skritem čustvenem konfliktu. Takšnemu bolniku somatizacija daje možnost zadovoljevanja latentnih potreb za vzgojo in podporo s strani drugih in s strani zdravstvenega sistema.

3. Vedenjska teorija gleda na somatizacijo kot vedenjski problem, pogojen z okoljem, v katerem bolnik živi. Sistem »vzdrževanja bolezni« se oblikuje na pričakovanem in zaželenem odgovoru družinskih članov, prijateljev, medicinskih in socialnih delavcev. V določenih primerih gre tudi za rentni interes. Npr. osamljena starejša ženska, ki s svojimi zdravstvenimi težavami vzbuja pozornost otrok, da jo pridejo obiskat.

4. Sociokulturalna teorija meni, da se ljudje v svoji kulturi učijo pravil obnašanja in da določene kulture stigmatizirajo odprto izražanje čustev. V takšnih primerih bolniki svoja čustva izražajo skozi fizične simptome.

Verjetno je najbližje resnici, da mehanizem nastanka somatizacije predstavlja kombinacijo vseh štirih teorij. Študije ugotavljajo, da zdravniki med »težavne bolnike« ne uvrščajo bolnikov, ki so klinično problematični, ampak predvsem tiste, ki so nasilni, zahtevni, agresivni, grobi, ter tiste, ki imajo sekundarni interes in ki tožijo za MNS (7).

Glede na prej omenjeno je razvidno, da je skupina bolnikov z MNS zelo široka. Kate-ri pa so potem simptomi, za katere menimo, da najpogosteje usmerijo zdravnika, da začne razmišljati v smeri MNS? Ameriški avtorji navajajo povezavo med številom simptomov in verjetnostjo suma na MNS (8). Najbolj pogosti simptomi, ki lahko indicirajo sum na MNS, so: utrujenost, vrtoglavica, glavobol, dispneja, omedlevica, slabost, bruhanje, dispneja, nespečnost, bolečina v prsih, občutek nepravilnega bitja srca, prebavne težave (zaprtost, driske), kronična bolečina v trebuhu, kronična bolečina v hrbtenici, kronična difuzna bolečina (rama, noge, roke, sklepi), dismenoreja, bolečine/težave pri spolnem odnosu ... (8). Pri vsem naštetem je seveda obvezna izključitev organskega vzroka pred začetkom zdravljenja ali ob neuspehu poskusa zdravljenja MNS na osnovi postavljene diagnoze iz navedenega sklopa somatoformnih motenj.

PREVALENCA

Sodobne študije pravijo, da skoraj 20 % bolnikov oz. vsaki peti obiskovalec ambulate zdravnika družinske medicine toži za MNS (9). Prevalenca za najbolj pogoste simptome je naslednja:

1. 25 % bolnikov na primarnem nivoju toži za dolgotrajno slabostjo (10);
2. 2,1 do 5,7 % novih bolnikov na primarnem nivoju ima simptome nejasne kostno-mišične bolečine (11);
3. 14,2 % ženskih obiskovalcev ambulate zdravnika družinske medicine je obravnavanih zaradi glavobola (12);
4. 2,2 % obravnav s strani zdravnikov družinske medicine je zaradi nejasnih bolečin v trebuhu (13);
5. 2,6 % bolnikov na primarnem nivoju toži za vrtoglavicami kot osnovnim razlogom svojega obiska (14).

Predvidevajo, da je število bolnikov s takšnimi simptomi v populaciji še večje, s tem da se vsi s težavami ne oglašijo na pregled pri svojem zdravniku (13).

RAZDELITEV MNS

Za eno od omenjenih podskupin Mednarodna klasifikacija bolezni MKB-10 pod diagnozo

F45 že uvaja pojem »somatoformne motnje« (15). Glavna značilnost te motnje je pogosto pojavljanje telesnih simptomov, skupaj z vztrajnimi zahtevami po zdravniških preiskavah, navzlic več negativnim izvidom in zagotavljanju zdravnikov, da simptomi nimajo nobene telesne osnove. Če kakšne telesne motnje le obstajajo, ne pojasnijo narave in obsega simptomov oz. stiske in zaskrbljenosti bolnika (15). Nadaljnja klasifikacija somatoformne motnje deli v:

- a) somatizacijsko motnjo (številni, ponavljajoči in pogosto spreminjajoči se telesni simptomi, ki trajajo vsaj dve leti),
- b) nediferencirano somatoformno motnjo (številne, raznolike in dolgotrajne pritožbe, vendar klinična slika somatizacijske motnje ni popolna),
- c) hipohondrično motnjo (trajna preokupacija z možnostjo, da ima prizadeti eno ali več resnih in progresivnih telesnih motenj),
- č) somatoformno avtonomno disfunkcijo (simptomi, ki izvirajo iz telesne motnje, kakega sistema ali organa, ki ga v glavnem ali v celoti nadzoruje avtonomno živčevje),
- d) trajno somatoformno bolečinsko motnjo (trajno huda in zaskrbljujoča bolečina, ki je ni možno razložiti s kakšnim fiziološkim procesom ali telesno motnjo, ki nastopa v povezavi s čustvenim konfliktom ali psihosocialnimi problemi) ter
- e) neopredeljeno somatoformno motnjo (15).

SKUPINE BOLNIKOV, KJER SE NAJPOGOSTEJE POJAVLJAJO MNS

Bolnike z MNS opazamo v naslednjih skupinah bolnikov: težavni bolniki (7, 16), pogosti obiskovalci ambulant (16), bolniki s funkcionalnimi motnjami (njihovi simptomi se razlagajo s funkcionalno motnjo, brez same bolezni), anksiozni in/ali depresivni bolniki (17), bolniki s somatizacijskimi motnjami in bolniki s somatoformno motnjo (18). Gre za različne, hkrati pa podobne entitete, ki vse spadajo v skupino MNS.

Kot težavnega bolnika redkokdaj opredelimo bolnika, ki je klinično problematičen. Težavnega bolnika opredelimo glede na težave v odnosu med nami in njim, po navadi pogo-

jeno s problemom sporazumevanja. Takšni bolniki v nas vzbudijo negativna čustva že pri samem dejstvu, da so predmet ponovne obravnave (7).

Pogosto obiskovanje zdravnika je eden izmed specifičnih znakov v družinski medicini, ki ga druge stroke skoraj ne poznajo. Klinični specialisti omejujejo obiske s čakalnimi vrstami in pošiljanjem bolnikov nazaj v osnovno zdravstveno dejavnost. Raziskave na področju družinske medicine so pokazale, da se pogosti obiskovalci delijo na dve veliki skupini (19). V prvi so pogosti obiskovalci zaradi medicinsko utemeljenih razlogov oz. bolniki, ki so kronično bolni in potrebujejo redno zdravniško spremljanje zaradi same narave bolezni (npr. kronično srčno popuščanje, sladkorna bolezen itd.). Drugo skupino sestavljajo pogosti obiskovalci zaradi nam nepoznanih vzrokov oz. medicinsko nepojasnjenih simptomov (MNS). Teorija sporazumevanja pravi, da se bo takšen bolnik ponovno vračal k svojemu družinskemu zdravniku, dokler se ne bomo lotili njegovega pravega problema oz. dejanskega vzroka njegovih težav. Npr. bolnica, ki ima težave v partnersstvu, bo prihajala v ambulantno zaradi glavobolov, bolečin v želodcu, občutka slabosti itd.

TEŽAVE PRI OBRAVNAVI BOLNIKOV Z MNS

Obstajajo resne objektivne težave, s katerimi se zdravniki družinske medicine srečujemo v odnosu do teh bolnikov in pri obravnavi bolnikov z MNS (20). Takšni bolniki pogosto pritiskajo na svojega zdravnika, ker želijo številne napotitve h kliničnim specialistom in številne diagnostično/laboratorijske preiskave (21). Z druge strani je novejša angleška študija ugotovila, da večji del bolnikov v raziskavi sploh ni zahteval telesne obravnave, ampak da so se zdravniki večinoma sami odločili za njih (22).

Dosedanje raziskave v tujini so bile usmerjene v večini primerov v analizo dela in mnenja zdravnikov glede obravnave bolnikov z MNS. V zadnjih nekaj letih so bile narejene tudi kvalitativne študije, ki so analizirale avdioposnetke pogovora med zdravnikom in bolnikom v času pregleda. Analizirali so, kako zdravniki doživljajo »težavnega bolnika« (7), bolnikovo razumevanje zdravnikove razlage

MNS (kvalitativne študije) (20), vedenje zdravnik družinske medicine do vzroka in načina obravnave MNS (kvalitativne študije) (4) ter mnenje zdravnikov in bolnikov glede kvalitete obravnave MNS (kvantitativna študija) (13).

Zdravniki družinske medicine se pogosto počutimo odgovorni in kronično frustrirani zaradi nezadovoljstva bolnikov z našo obravnavo (7).

Celo sama diagnoza MNS je problematična in nezanesljiva, ker ne obstajajo točni diagnostični kriteriji. Ameriški avtorji navajajo diagnostične značilnosti, ki sugerirajo diagnozo MNS (23):

- številni simptomi, pogosto v različnih organskih sistemih,
- nejasna simptomatologija ali pa simptomi, ki presegajo objektivni izid preiskav,
- kronični potek težav,
- prisotnost psihiatrične motnje,
- zgodovina številnih diagnostično/laboratorijskih preiskav,
- upiranje predhodnim zdravnikom.

Neposredna usmerjenost pri zdravljenju na psihične težave oz. takojšnja izključitev telesnih vzrokov lahko pripelje do nezadovoljstva bolnikov z obravnavo, nezaupanja v sistem zdravstva, še večje zaskrbljenosti bolnikov in do ponavljajočih se kroničnih težav, pogoste odsotnosti iz službe, kar vse skupaj dviguje stroške zdravljenja takšnih bolnikov (20). Pri številnih bolnikih se zapravi preveč časa z napotitvami na številne preiskave in poskuse zdravljenja zaradi neustrezne diagnoze, kar ponovno dviguje stroške obravnave (24). Sami zdravniki menijo, da trenutno niso niti teoretično niti praktično ustrezno izobraženi in usposobljeni za obravnavo bolnikov z MNS (4).

RAZPRAVA

Bolniki z MNS so pogost vzrok obravnave v ambulantah zdravnikov družinske medicine in sodobni problem zdravstvenega sistema, predvsem pa eden izmed specifičnih znakov v družinski medicini. V Sloveniji do sedaj ni bilo večjih raziskav glede MNS na primarnem, pa tudi ne na drugih nivojih zdravstvenega varstva. Sama tema odpira zelo široke možnosti raziskovanja.

Obstajajo študije, ki govorijo o tem, da so kognitivno vedenjske tehnike ustrezen način

zdravljenja MNS v ambulantni zdravnik družinske medicine (25), vendar se postavlja vprašanje usposobljenosti kolegov in potrebe po dodatnem usposabljanju. Novejša angleška raziskava ugotavlja številne iztočnice o psihični naravi težav, ki so jih bolniki sporočali svojim zdravnikom, na katere pa zdravniki na splošno niso reagirali (26). Tudi pristop normalizacije oz. prepričevanja bolnikov, da njihovi simptomi niso posledica telesne bolezni, se ni pokazal kot učinkovit (5). Ameriški avtorji priporočajo več časa za pogovor, naročanje na redne ambulantne obiske, farmakološko zdravljenje (antidepresivi), psihoedukacijo in psihoterapijo pri ustreznih kliničnih specialistih ter spremembe življenjskega sloga (27). Kot najbolj pogoste težave pri zdravljenju takšnih bolnikov navajajo: postavljanje nerealnih ciljev, prisotnost komorbidnosti oz. dejanske telesne bolezni, pritiske bolnikov za dodatno diagnostiko, pritiske bolnikov glede predpisovanja anksiolitikov, prepogoste obiske ambulate, prepogoste obiske dežurnih služb (27). Novejše študije ugotavljajo, da je veliko bolnikov z MNS takih, ki imajo spregledano diagnozo depresije in/ali anksioznosti, to so predvsem žensk srednjih let, ki imajo le zmerne, vendar dolgotrajne težave (28).

Ne glede na številne poskuse ustreznega zdravljenja in različne tehnike pristopa zaenkrat še ne obstajajo točne smernice in napotki glede obravnave takšnih bolnikov. Bodoče raziskave bodo verjetno usmerjene v kombinacijo vseh do sedaj opisanih metod zdravljenja.

Takšni bolniki dejansko predstavljajo izziv za nove raziskave in nove pristope k zdravljenju, s ciljem zmanjševanja stroškov diagnostike in zdravljenja, nepotrebnih napotitev na sekundarni nivo ter frekvence obiskov takšnih bolnikov in posledične razbremenitve zdravnika na primarnem nivoju.

SKLEP

Področje MNS je relativno novo in je predmet številnih sodobnih raziskav s področja družinske medicine. Ob nejasnih simptomih, za katere ne moremo najti konkretnega organskega vzroka, je smiselno pomisliti tudi na MNS. Novejše študije govorijo o tem, da zelo pogosto spregledamo simptome depresije in/ali anksioznosti, in s tem posledično podaljšamo čas zdravljenja in zmanjšamo učinkovi-

tost zdravljenja. Pri simptomih, ki bolnika ne ogrožajo življenjsko, lahko uporabljamo metodo odprtega čakanja, kognitivno vedenjske tehnike ali pa farmakološko zdravljenje (antidepresivi).

ZAHVALA

Za spodbudo in nasvete pri pisanju se zahvaljujem doc. dr. Janku Kersniku in prof. dr. Igorju Švabu.

LITERATURA

1. Kersnik J. Sodelovanje med bolnikom in zdravnikom. In: Švab I, ed. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12 učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995: 33–40.
2. Vodopivec-Jamšek V. Posvet. In: Švab I, Rotar-Pavlič D: Družinska Medicina – Ljubljana ZZDM-SZD 2002; 610–17.
3. Kersnik J. Bolnik in zdravnik pred posvetom. In: Švab I, ed. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12 učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995: 7–16.
4. Reid S, Whooley D, Crayford T, et al. Medically unexplained symptoms – GPs' attitudes towards their cause and management. *Fam Pract.* 2001; 18: 519–23.
5. Dowrick CF, Ring A, Humphris GM, et al. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract.* 2004; 54 (500) 165–70.
6. Kaplan CB. Somatization. In: Feldman MD, Christensen JF: *Behavioral Medicine in Primary Care – A Practical Guide* – Appleton&Lange 1997; p. 204–11.
7. Steinmetz D, Tabenkin H. The «difficult patient» as perceived by family physicians. *Fam Pract.* 2001; 18: 495–500.
8. Righter EL, Sansone RA. Managing somatic preoccupation. *Am Fam Physician.* 1999 Jun; 59 (11): 3113–20.
9. Peveler R, Kilkeny L, Kinmonth AL. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res.* 1997; 42 (3): 245–52.
10. Bates DW, Schmitt W, Buchwald D, et al. Prevalence of fatigue and chronic fatigue sindrom in a primary care practice. *Arch Intern Med.* 1993; 153: 2759–65.
11. Wolfe F. Fibromyalgia. the clinical syndrome. *Rheum Dis Clin North Am.* 1989; 15: 1–18.
12. Stewart WF, Shechter A, Liberman J. Physician consultation for headache pain and history of panic: results from a population-based study. *Am J Med.* 1992; 92: 35–40.
13. Hartz AJ, Noyes R, Bentler SE, et al. Unexplained symptoms in primary care: perspective of doctors and patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22 (3): 144–52.
14. Sloane PD. Dizzines in primary care: rezultats from the national ambulatory medical care survey. *J Fam Pract.* 1989; 29: 33–8.
15. MKB-10 (urednica Daša Moravec Berger) – 10 revizija – Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995: p. 348–50.
16. Švab I. Težavni bolnik in njegov zdravnik. In: Švab I, Rotar-Pavlič D: Družinska Medicina – Ljubljana ZZDM-SZD 2002; p. 619–23.
17. Kersnik J. Generalizirana anksiozna motnja in zdravnik družinske medicine. In: 4. spominsko srečanje dr. Janija Kokalja: Poškodbe v osnovnem zdravstvu, Kranjska Gora 15.–17.04.2004; p. 147–50.
18. Howe A. Medically unexplained symptoms. In: EURACT 13th International Course, Kranjska Gora, Slovenia.
19. Švab I. Zaletel-Kragelj L. Frequent attenders in general practice: a study from Slovenia. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 38–43.
20. Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perception of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ* 1999; 318: 372–6.
21. Wileman L, May C, Chew-Graham AC. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Fam Pract.* 2002; 19: 178–82.
22. Ring A, Dowrick CF, Humphris MG, et al. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *BMJ.* 2004; 328 (7447): 1057. Epub 2004 Mar 31.
23. Servan-Schreiber D, Randall Kolb N, Tabas G. Somatizing patient: part I. practical diagnosis. *Am Fam Physician.* 2000 Mar; 61 (5): 1282–5.
24. Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms. *BMJ* 2005; 330: 4–5.
25. Blankenstein AH. Medically unexplained physical symptoms; cognitive-behavioural techniques for general practitioners. In: WONCA Europe Regional Conference: Quality in Practice, Amsterdam 01.–04.07.2004; 67–8.
26. Salmon P, Dowrick CF, Ring A, et al. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract.* 2004; 54 (500) 171–7.
27. Servan-Schreiber D, Randall Kolb N, Tabas G. Somatizing patient: part II. practical diagnosis. *Am Fam Physician.* 2000 Mar; 61 (5): 1423–8, 1431–2.
28. Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS, et al. Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms. *Psychosom Med.* 2005 Jan–Feb; 67 (1): 123–9.