

Magas iatrogén kockázatú mozzanatok a szomatizációs zavarok orvosi ellátása során

Rajna Péter

Rosszullétek speciális elme- és ideggógyászati szakrendelő, Budapest

Összefoglalás: A szerző a iatrogén hatások kockázatának szempontjából elemzi a háziorvosi praxisban tömegesen megjelenő szomatizációs zavarok ellátásának folyamatát.

Véleménye szerint a betegeknek a pszichiáterrel történő késői találkozása, ezáltal a mielőbbi hatékony beavatkozás lehetőségének elmaradása több tényezőtől fakad. A páciensek nem rendelkeznek kellő alapismeretekkel az idegi alapműködésekről, az alapellátást végzők pedig a betegség klinikai képéről és alakulásáról. Megtévesztő és elkeserítő lehet a laikusok számára a kórkép nevezéktana. Mivel a szomatizációs zavar jelenleg „kizárásos kórisme”, a hatékony terápiás beavatkozás előtt legtöbbször számos luxusvizsgálat, illetve luxusvizit történik. Hiányoznak az ellátás célzott szakmai irányelvei. Emiatt mind a farmako-, mind a pszichoterápia későn indul, esetleges és többnyire nem optimális.

A szerző az egészségügyi és ezen belül a pszichiátriai kapacitások figyelembevételével javaslatokat fogalmaz meg a szomatizációs zavarban szenvedő betegek ellátásának javítására.

Kulcsszavak: szomatizációs zavar; iatrogénia; somatoform zavarok; stressz; közösségi pszichiátria; pszichoszomatikus medicina

Summary: Author analyses the process of care of somatic symptom disorder in the general medical practice with special concern to iatrogenic harms. In his opinion the latency of the patients' first appointment with a psychiatrist or clinical psychologist is caused by multiple factors. Patients do not have knowledge on the basic activities of central nervous system necessary to recognize the pathomechanism. On the other hand, physicians do not know the real clinical picture and the cutpoints of the illness. For laypersons the official nosological definition(s) can be very deceptive and frustrating. While somatic symptom disorder is recently an exclusional diagnosis, there are plenty of unnecessary expensive medical appointments and investigations prior to the first efficient intervention. There is a lack of aimed guidelines and protocols. Consequently both pharmaco- and psychotherapy start late and not in the optimal (individually tailored) way. Considering the real capacities in general practice and also in psychiatry, author points to the most urgent steps which can improve the medical care of patients living with somatic symptom disorders.

Keywords: somatization; iatrogenic; somatoform disorder; stress; social psychiatry; psychosomatics

Bevezetés: A somatoform zavarok ellátási paradoxonja

A somatoform zavarok csoportjában (Betegségek Nemzetközi Osztályozása, BNO-10, F45) szereplő leggyakoribb klinikai forma az ún. szomatizációs zavar (BNO F4500) (a továbbiakban SZIZ). Az érintett betegek tömegével először „hivatalból” a háziorvos találkozik, bár a mai eklektikus (sajnos inkább) kaotikus rendszerben a páciens nemegyszer a beteg *panaszaira* specializált szakorvossal, vagy valamilyen laboratóriumi vagy műszeres vizsgálatot végző szakemberrel, nem ritkán a gyógyszerésszel osztja meg elsőként észleléseit.

Az elmegyógyász/klinikai pszichológus gyakorlatilag soha nem első szakember.

Az említett kollégák, akik tehát a frontvonalon állnak helyt, vajon rendelkeznek-e a kellő információkkal? Ha igen, vajon (legalább közel) azonos álláspontot képviselnek-e a panaszok okát, az ellátás részleteit, illetve a kimenetel becslését illetően? Ha igen, vajon a következtetések, amelyeket a párhuzamos „konzultációkat” követően a beteg végül (este otthon egyedül) meghoz, kielégítő szakmai alapot adnak-e a számára? (Több évtizedes tapasztalatom alapján: nem, nem és nem.)

Az alábbiakban röviden áttekintem a témakör sarokpontjait, és megpróbálok javaslatokat meg-

fogalmazni a helyzet javítására – a jelenleg közismerten kedvezőtlen személyes, strukturális és anyagi körülmények figyelembevételével.

A SZIZ jelentősége: a tünetegyüttes biológiai, lelki, ellátórendszeri, anyagi és társadalmi hatásai

Ahhoz, hogy tisztán lássuk az érintett betegpopuláció szenvedésének társadalmi vonatkozásait, a jelenlegi körülmények és elméleti szakmai lehetőségek mellett többnyire elégtelennek értékelhető ellátás során elfecsérelt szakmai energiát és költségeket, néhány elérhető mutatót szeretnék közreadni.

Epidemiológiai adatok

A SZIZ tömeges megjelenése nem a felnőttkorban indul. Egy friss metaanalízis szerint az alapellátásban az életminőséget már jelentősen befolyásoló erősségű előfordulásuk (leggyakrabban fejfájás, diszpepszia, hányinger, szédülékenység) gyermek- és ifjúkorban 31%, 3,3%-ban már a pszichoszomatikus betegség szintjén (1). A felnőttkori prevalenciáról szóló legfrissebb tanulmányban 1728 német háziorvos kérdőíves felmérése alapján betegek 21,5%-a jelentkezett SZIZ jellegű panaszokkal. A követéses szakban a tünetek 24,3%-ban maradtak fenn, így rögzült (tartós) SZIZ-t betegek 7,7%-ánál tapasztaltak (2). Az életkor növekedésével a prevalencia enyhén csökkenést mutat (3). Az időskor felé haladva azonban a fentebb említett klinikum leggyakrabban hát- és ízületi fájdalmakkal, légúti és keringési, illetve a szexuális funkciókra vonatkozó panaszokkal egészül ki. Nem meglepő, hogy a páciensek közel felénél pszichiátriai társbetegség is megállapítható (döntően a szorongásos spektrumon belül [4]). Az alapellátásba a SZIZ-ok valamelyikével, vagy kombinációjával jelentkező páciensek hatalmas tömege tehát mind a helyi alap-, mind a területi egészségügyi szakellátás számára rendkívüli terhet jelent.

Személyi és költségkihatások

A tüneti paletta szélessége, valamint a diagnosztikai vakfoltok (ld. alább) miatt releváns hazai adatok nem érhetők el. A külföldi felmérésekben is nagy szórások szerepelnek, akár még azonos centrumban is. 2010-ben (!) SZIZ esetén a pszichiátriai konzílium előtti vizsgálatok költsége 25–2300 angol fontot tett ki (5)!

A háziorvosi praxisban kezelt szorongásos betegek éves összköltsége átlagosan 6500 CAD volt (6). Ráadásul igazolt, hogy a SZIZ-ban szenvedők gyakrabban keresik fel orvosukat, mint a hasonló panaszokkal élő egyéb betegek (7). Nem váratlan, mégis meglepő adat, hogy Indiában a 3 leggyakoribb pszichiátriai szindróma (depresszió, szorongás, SZIZ!) összköltségében a direkt, illetve a közvetett orvosi költségek hányada 18/82% (8)!

A legfontosabb iatrogén elemek a betegkör klinikai ellátása során

1. Hiányos vagy hamis alapismeretek a vegetatív idegrendszer egyensúlyi működéséről

A tényleges vagy potenciális páciensek számára a kellő információk nélkülözése nem az orvosi rendelőben kezdődik. Sajnálatos módon az iskolából kikerülve az emberek döntő többsége nem rendelkezik kellő „biológiai alapkultúrával”. Az önszabályozó (vegetatív) idegi működésekkel kapcsolatban talán még nagyobb a baj.

Csak két kiragadott példa:

(a) *A stressz fogalma és szerepe.* Tapasztalatom szerint kevesen vannak tisztában azzal, hogy a stresszállapot, azaz az átmeneti erős, vagy éppen maximális szimpatikotóniás biológiai vezérlés elengedhetetlen a feladatok magas szintű, eredményes elvégzéséhez (sikeres vizsgálathoz, verseny során a győzelemhez, bármilyen kreativitást igénylő teljesítményhez), végső soron a megküzdéshez, a túléléshez. A stresszhatások tehát elkerülhetetlenek, de alapvetően jó és szükséges jelenségek. Lezajlásuk, megoldásuk után azonban a szervezet átmeneti biológiai deficitállapotba kerül, azaz regenerációra van szüksége. A szo-

rongásos zavar, illetve SZIZ akkor alakulhat ki, ha ez az újratöltődés nem tud bekövetkezni. Például, amikor valaki a megterhelő munkája után nap mint nap a szintén problémás családi térbe érkezik meg. (A helyzetet sokszor az bonyolítja, hogy a páciensben az adott, esetleg régóta fennálló konfliktus nem is tudatos, tehát saját maga számára felismerhetetlen). Ez az önerősítő folyamat fokozatosan felőröli lelki egyensúlyi rendszereit, és a „legérzékenyebb pontjain” (*locus minoris resistentiae*) biológiai működészavar alakul ki. A patogén ágens tehát *NEM a stressz, HANEM a prolongált stresszállapot*.

(b) *Hardver- vagy szoftverhiba?* Az orvosi vizsgálatokkal kapcsolatban kevés ember számára egyértelmű, hogy a műszeres (laboratóriumi és képalkotó) vizsgálatok többsége elsősorban a szervek (a hardver) aktuális állapotáról tájékoztat. (Természetesen számos szervi elváltozás kijavításával az érintett funkció is helyreállhat.) Ezzel szemben a prolongált stressz okozta túlméretezett vagy torzult vegetatív reakcióformák és azok klinikai megélése (vagyis a tünettan) tipikusan funkcionális, azaz szoftverprobléma. Alig van olyan teszt, amely elsődlegesen a működészavart közelíti meg. Tehát jó tudni, hogy a műszeres (és ezeken belül különösen a képalkotó) vizsgálatok messze túlmutatva a SZIZ témakörén, elsősorban a szervi (alaki-szöveti) elváltozások (azaz hardverhibák) kizárását célozzák. Mi, orvosok sem járunk élen az említett különbségek tudatosításában. A funkcionális zavarok ellátása során számos esetben az (esetenként többször is) elvégzett képalkotó vagy egyéb diagnosztikus beavatkozás luxusvizsgálatnak tekinthető – nem beszélve az ezeket megelőző luxusvizitekről!

2. A pszichoszomatikus „karrier” állomásai

Az említett kritikus élethelyzetekben először a közérzet, a lelki tűrőképesség romlását éli át a beteg. Ehhez a vegetatív szabályozás kisebb, nem is szigorúan szervrendszerre lokalizált jelzései társulnak, vagyis a beteg szorongása diffúz testi panaszok formájában jelenik meg. Ez a pszicho(pato)szomatikus fejlődés első, ún. *szo-*

rongásos fázisa. Sok esetben maga a szorongás rejtve marad, mert a páciens introspekciója az előtérben álló – és esetenként kínzó testi (leggyakrabban SZIZ) – jelenségekre összpontosít. Amennyiben a szorongását is megéli, azt – értethetően – következményesnek ítéli meg. (Vagy pedig, mivel az emberi gondolkodás narratív természetű, a közérzet romlására mindig talál valamilyen aktuális magyarázatot, amelyet elfogadva érdemben nem is foglalkozik tovább egyéb eredet lehetőségével.) A nem kezelt esetekben azonban a folyamat szinte törvényszerűen progresszív. Azaz a szervezet vegetatív vészjelzései, a stresszhatásokkal még felismerhető időkapcsolatban, gyakrabban, vagy erősebb formában ismétlődnek (pl. mellkasi szorítás, szívdobogás-érzés, a gyomor-béltraktus jelenségei, bőrijelenségek stb.). Máskor a jelzőtünet elhúzódóbb, vagy késleltetett (pl. alvászavar, szédülékenység, fejfájás stb.). Ennek nemritka érdekes formája, amikor a testi panaszok paradox időpontban, a túlterhelt élethelyzet megszűnése után lépnek fel – ún. „tehermentesülési krízis”. (A páciensek számára ez meglepő, pedig a biológiai „időzítés” nagyon is racionális: a megküzdés időszakában „emberfeletti” teljesítményre vagyunk képesek [túlélési reflex], azonban a szervezet utána „benyújtja a számlát”.)

A már heves, kínzó, egyre inkább fokalizálódó vegetatív kilengéseket nevezzük „*pszichoszomatikus reakciónak*”. (Az egyszerű heveny formák közül talán az ún. „fehérvérny hipertónia” a legismertebb.) A kórfolyamat *pszichoszomatikus reakció szintjén* tehát a beteg különböző külső és belső terhelésekre azonos típusú erős testi válaszokkal reagál. Ezek viszont már kimeríthetik egy-egy belgyógyászati vagy egyéb szervi betegség (klinikai és/vagy „keresztmetszeti-laborlelet szerinti”) kritériumait.

Rendszerint ekkor történnek meg az első orvosi észlelések és vizsgálatok. Már itt megjelenhetnek a legsúlyosabb iatrogénia-források: a páciens komplex klinikuma nemegyszer valóban több szakterületet fed át, amelyek képviselői között az ismert okok miatt a hatékony kommunikációnak kevés az esélye.

Amennyiben a kiváltó körülmények tudatos vagy véletlen rendez(őd)ése nem következik be,

az eseti vegetatív kilengések folytatódnak, a szabályozási zavar rögzül. Sajnálatos, hogy a betegek jelentős része még ebben a szakaszban sem kap „oki”, azaz a pszichés triggerrel kapcsolatos megküzdésre vonatkozó kezelést, és ekkor óhatatlanul belecsúszik a patomechanizmus utolsó fázisába: a *pszichoszomatikus betegség* stádiumába. Az érintett szerv(ek) tartós működészavara ilyenkor már irreverzibilis, degeneratív, vagy egyéb szövődményekhez vezethet, heveny történések eseti kockázatával. A tüneti kép alakulása fokozatosan elveszíti a kapcsolatát a kórnemző pszichés zavarral, így annak esetleges megoldása sem vezet már teljes szervi gyógyuláshoz.

3. Nevezéktan

A szomatoform zavarok a szakirodalomban – elsősorban az alapellátásnak szóló gyakorlati közelítésben – az *orvosilag nem magyarázható, magyaráz(hat)atlan tünetek (medically unexplained symptoms)* elnevezéssel szerepelnek. Ez a meghatározás nem csak nekünk (Miért? A pszichiáter nem orvos?), hanem a páciensnek is már első olvasásra gyanús lehet, a gyakori erős ún. egészség-szorongás” szempontjából pedig egyenesen káros. Sajnálatos módon a hazai szak- és szociálmédia is ezekkel dolgozik. Pl. a méltán népszerű WEBBETEG honlapon a (mondjuk a beleivel kínlódó) laikus olvasó a szomatoform zavaráról ezt olvashatja: „Pszichiátriai betegség: betegségképzet (nem szándékos) BNO-alcsoport – F4500-F4590” (9).

A SZIZ pácienskörben a betegek nap mint nap megküzdnek kínzó tüneteikkel. Sok esetben panaszaikat iskolai, munkahelyi, vagy akár otthoni környezetükben (és sajnos nemegyszer az egészségügyi rendszeren belül is) a környezet negatív, megkülönböztető viszonyulása miatt – rejtegetniük kell. Megérdemelnék betegségük egyértelmű és érthetőbb meghatározását.

4. Diagnózis

Ha beköszöntenek a testi panaszok, és megtörtenik az alapszintű „rutin” kivizsgálás (a pana-

szoktól függően rutin labor, mellkas rtg, EKG, esetleg hasi vagy nyaki ultrahang, koponya CT stb.), amelyek természetesen nem kínálnak fel megfelelő magyarázatot. Betegeim beszámolóí szerint az első vizsgáló és véleményező orvosok nagyobb része széttárta karját, a „lehet, hogy pszichés eredetű” véleménnyel és azzal a (páciens számára szintén nem befogadható) megnyugtatóssal zárta a vizsgálatot, hogy „ha nagy baj lenne, azt a leletek mutatták volna”. Elméletileg ezen a ponton már elindulhatna a célzott és hatékony (pszichiátriai/pszichológiai) szakellátás, de a mindennapok nem ezt mutatják.

5. Farmako- és pszichoterápia

A kórkép-spektrum csak elvétve fellelhető kezelési irányelveiben az alkotók mindenekelőtt a korai felismerés, az elégséges (alap)diagnosztikai kritériumok, a szükséges differenciál-diagnosztikai lépések protokollját igyekeznek megadni. A mind formáikban, mind erősségükben is nagy szórást mutató, esetleg fluktuáló klinikai kép miatt a szerzők hangsúlyozzák az ellátás bonyolultságát. A farmako- és pszichoterápiás beavatkozások önállóan, illetve társítva is hatékonyak (ld. 10–12).

Az irányelvek rögzítésében mi sem jeleskedünk. Az Eü. Közlönyben nyomtatott formában is elérhető a Gyermekpszichiátria (sic!) és addiktológia szakterületén egy 2022. 08. 15-ig érvényes irányelv (13), ennek azonban sem a vonatkozó (VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE 9–21. old.) fejezetében, sem a 65 oldalas anyag további részeiben nem említik meg a SZIZ-t. Ugyanott a legutolsó anyag egy a (felnőtt) pszichiátriai ellátás számára 2006-ban készült „irányelv a szorongásos szindrómák ellátásához”, amely 2013. 12. 31-én érvényét veszítette (2006 Eü. Közlöny 5). A 68 oldalas dokumentumban azonban sajnálatos módon a szomatoform zavarok (SZIZ külön említése nélkül) a differenciáldiagnosztikai listára kerültek (irányelv 3. old. utolsó bekezdés), illetve a későbbiekben is csak a generalizált szorongás fejezet Szomatikus komorbiditás alfejezetében (37. old.) említik meg. Hasonlóan, 2013-as elévüléssel látható az in-

szomniák kezelésének 7 oldalas irányelve, amelyben a tünetek esetleges SZIZ természetéről nem is esik szó (2006, Eü. Közlöny 5).

6. A társszakmák kommunikációja

Talán nem túlzás azt állítani, hogy a SZIZ optimális ellátásában a tünetileg érintett szakterületek (beleértve a labordiagnosztikát is,) „naprakész” kommunikációja nélkülözhetetlen. A testi zavarok hátterében, különösen a középéletkor felett, a laboratóriumi leletek többnyire már nem „vegytisztán” negatívak. A kérdés, amely adott esetben a hatékony kezelést, vagy éppen a iatrogén terápiás útvessztőket megalapozza az, hogy az eltérés milyen összefüggésben állhat a panaszokkal, illetve tünetekkel. Megválaszolásához a pszichiátriai és az érintett „organikus” szakterület valamelyes együttes ismerete szükséges, ráadásul a beteg egyéni adottságainak beszámításával. A személyes „szakmaközi konzílium” érthetően a kivételek közé tartozik, de a részletes, célzott kérdésekkel megalapozott, betege szabott, a SZIZ lehetőségét mérlegelő szakorvosi vélemények legtöbbször elegendőek lehet(né)nek. A nehézségek nem helyi vagy hazai jellegűek, és nem csupán a SZIZ-ra, hanem az egész pszichoszomatikus medicinára érvényesek. A legfrissebb svéd kérdőíves felmérés szerint a sürgősségi ambulanciákon dolgozó 241 válaszadó orvosnak mindössze 7%-a volt tisztában a SZIZ diagnosztikai kritériumaival, és csak 6%-ban rögzítették ezt tényleges kórismeként (14). Nemzetközi kutatócsoport próbálja kialakítani az érintett betegtömegek optimális ellátási feltételeit (v.ö. 15).

7. A pszichiátriai/klinikai pszichológiai szakmai felelősség kényes kérdése

Talán nem minden kollégánk ért egyet azzal a véleményemmel, miszerint a pszichiátriai vonatkozású ismeretek terjesztése és fejlesztése elsősorban nem a társszakmák, hanem a bázisszakma (azaz a pszichiátriai és klinikai pszichológiai „forrás”) illetékeseinek a felelőssége. A feladat nehéz, hiszen a szindrómák határterületi elhelyezkedése vitathatatlan. Az eredményesebb

ellátásból azonban nemcsak a betegek, hanem az összes szakterület profitálna. A hazai tapasztalatok arra utalnak, hogy a pszichoszomatikus betegségek klinikai megjelenési formáival találkozó társszakmák képviselőinek nincsenek pontos ismeretei a szükséges teendőkről, legalábbis a vonatkozó szakmai irányelvekben ezeknek szinté nincs nyoma (16).

8. Az „okos” eszközökről

Végül meg kell említeni a jövőben várhatóan újabb és újabb fejlesztésű, egyre átfogóbb biológiai visszajelzésekre képes okos eszközök adathalmazainak iatrogén kockázatát. Azok a belgyógyászati vagy akár szomnológiai ingadozások, amelyeket az „órájukra” nézve a páciensek percenként regisztrálhatnak, bizonyos betegek kezelésében valóban kiemelkedően fontosak lehetnek. Azonban a SZIZ esetében (főleg alapvető élettani ismeretek hiánya esetén) akár árthatnak is a páciensnek, mert az amúgy is túltengő önfigyelést és következményes egészségsszorongást erősítik (esetleg a „monitor-függőség” szintjéig).

Javaslatok

(1) Paradigmaváltás az alapellátásban

Tekintettel a SZIZ-ban szenvedők hatalmas populációjára, a betegek szűrésének és mielőbbi kezelésbe vételének már a diagnosztikus fázisban nem kizárásos, hanem elsőbbségi jelentőségűvé kellene válnia.

(2) Tömeges előszűrésre alkalmas battéria és a szakmai irányelvek aktualizálása

Az előbbi megvalósulásához olyan interdiszciplináris konszenzusos szakmai anyagok szükségesek, amelyek egyszerű felépítésűek, költséghatékony önkitöltős teszt-elemeket tartalmaznak (az introspekció-egészségsszorongás, a szervi tünetek, valamint az alkati és egyéb pszichés kockázati tényezőket illetően egyaránt). Ezeket beépítve, rövid tömör formában a SZIZ szakmai irányelveit célzottan is le kell fektetni.

A korszerű farmakoterápiás ismeretek mellett a pszichoterápiák azon egyszerű, de hatékony

formáit (testreszabott pszichoedukáció, racionális-emocionális terápiák, krízisintervenció stb). kell a legszélesebb körben terjeszteni, amelyek kevésbé időigényesek és általánosan alkalmazhatók (részletesebben ld. 17).

(3) *A betegpopuláció nagyságának figyelembevételével egészség-orientált költség-hatékony járóbeteg-szakellátás közösségi pszichiátriai módszerekkel*

A valós lehetőségek figyelembevételével a betegek komplex ellátásának (szűrés, diagnózis, terápiás beavatkozás, rehabilitáció, követés) rendszerén belül közösségi pszichiátriai formációkat kell kialakítani, önkéntesek, gyógyult betegek („wounded helpers”) bevonásával, a közösségi médiumok eszköztárát is hasznosítva.

(4) *A legbonyolultabb betegek ellátására tercier központok létrehozása (társszakmák gyors elérése és szorosabb együttműködés lehetősége)*

A legbonyolultabb betegek ellátása, valamint a speciális képzési feladatok megoldása az egyetemi centrumokban, esetleg országos intézményi formában tercier központ(ok) kialakításával történhetne (a területi szakellátás tehermentesítése érdekében).

(5) *A vegetatív szabályozásnak, mint a környezeti adaptáció alapvető biológiai rendszerének alaposabb bemutatása az oktatás keretén belül, különös tekintettel a lehetséges átmeneti vagy tartósabb diszfunkciók egészségi és jóléti kockázatára*

A szomatiform zavarokkal (és ezen belül a SZIZ-ral) kapcsolatos leghatékonyabb **prevenációs** lépéseket az oktatás keretén belül lehet megtenni. A vegetatív idegi szabályozás alaposabb megismertetése, a pszichés védekező mechanizmusok, valamint a megküzdési (coping) stratégiák bemutatása a kockázati személyek számára már gyerekkoruktól kezdve hatékony kapaszkodókat kínálhatna.

Tisztában vagyok azzal, hogy a javaslatok megvalósítása a legnagyobb jószándék és a reményszerinti szakmai konszenzus mellett sem egyszerű. A kollégák a betegellátó rendszer egyes állomásain jelenleg is minden tőlük telhetőt megtesznek a szomatiform panaszokkal érkezőkért. Erős meggyőződésem azonban, hogy a fentiek megfontolásával már a beteggel történő első találkozás során, majd a tartós gondozás, követés időszakában is, többletmunka nélkül, sőt jelentősen csökkenthető időráfordítás mellett, alacsonyabb költségáldozattal, nagyobb mértékű gyógyulási arányt és kedvezőbb kimenetelt lehet(ne) elérni.

Irodalom

1. VESTERLING C, SCHÜTZ-WILKE J, BÄKER N, BOLZ T, ELTS J, KOGLIN U ET AL: Epidemiology of Somatoform Symptoms and Disorders in Childhood and Adolescence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health & Social Care in the Community*, 2023; 6242678, 16 pages, 2023. <https://doi.org/10.1155/2023/6242678>
2. LEHMANN M, POHONTSCH NJ, ZIMMERMANN T, SCHERER M, LÖWE B: Estimated frequency of somatic symptom disorder in general practice: cross-sectional survey with general practitioners. *BMC Psychiatry*, 2022; Sep 29; 22(1):632. doi: 10.1186/s12888-022-04100-0.
3. HILDERINK PH, COLLARD R, ROSMALEN JG, OUDE VOSHAAR RC: Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: a systematic review. *Ageing Res Rev*, 2013; Jan 12 (1):151–156. doi: 10.1016/j.arr.2012.04.004. Epub 2012 Apr 28. PMID: 22575906.
4. ISHIKAWA Y, TAKESHIMA T, MISE J, ISHIKAWA S, MATSUMURA M: Physical symptoms in outpatients with psychiatric disorders consulting the general internal medicine division at a Japanese university hospital. *Int J Gen Med*, 2015; Aug 13;8:261–266. doi: 10.2147/IJGM.S82006. PMID: 26316801; PMCID: PMC4540169.
5. SHAW J, CREED F: The cost of somatization. *J Psychosom Res*, 1991; 35(2–3):307–312. doi: 10.1016/0022-3999(91)90085-3. PMID: 1904497.
6. VASILADIS HM, LAMOUREUX-LAMARCHE C, CHAPDELAINE A, PROVENCHER MD, NORTON PJ, BERBICHE D ET AL: Cost-Effectiveness of Group Transdiagnostic Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders in Primary Care Settings: Economic Evaluation From the Healthcare System Perspective Over a 1-Year Time Horizon. *Can J Psychiatry*, 2024; Jan; 69(1):43–53. doi: 10.1177/07067437231187459. Epub 2023 Jul 18. PMID: 37461378; PMCID: PMC10867409.
7. PORTEGIJS PJ, VAN DER HORST FG, PROOT IM, KRAAN HF, GUNTHER NC, KNOTTNERUS JA: Somatization in frequent attenders of general practice. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1996; Jan; 31(1):29–37. doi: 10.1007/BF00789119. PMID: 8821921.
8. KONDAPURA MB, MANJUNATHA N, NAGARAJ AKM, PRAHARAJ SK, KUMAR CN, MATH SB ET AL: Cost of Illness Analysis of Common Mental Disorders: A Study from an Indian Academic Tertiary Care Hospital. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 2023; 45(5):519–525. doi:10.1177/02537176221108867
9. <https://www.webbeteg.hu/keresok/bno/473/pszichiatricai-betegseg-betegsegkepzet-nem-szandekos>
10. AGARWAL V, SRIVASTAVA C, SITHOLEY P: Clinical Practice Guidelines for the management of Somatoform Disorders in Children and Adolescents. *Indian J Psychiatry*, 2019; Jan; 61(Suppl 2):241–246. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_494_18. PMID: 30745699; PMCID: PMC6345131.

11. AGARWAL V, NISCHAL A, PRAHARAJ SK, MENON V, KAR SK: Clinical Practice Guideline: Psychotherapies for Somatoform Disorders. *Indian J Psychiatry*, 2020; Jan; 62(Suppl 2):S263–S271. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_775_19. Epub 2020 Jan 17. PMID: 32055068; PMCID: PMC7001354.
12. HENNINGSEN P: Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2018; 20(1), 23–31. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/phenningsen>
13. <https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index>
14. ILOSON C, PRAETORIUS BJÖRK M, MÖLLER A, SUNDFELDT K, BERNHARDSSON S: Awareness of somatisation disorder among Swedish physicians at emergency departments: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 2024; Mar 21; 24(1):223. doi: 10.1186/s12888-024-05652-z. PMID: 38515091; PMCID: PMC10958883.
15. JIANG W, ZHANG Y, TURNER JA, YUAN Y: Editorial: Psychosomatic medicine in general hospitals: Cross-Disorder and interdisciplinary collaboration. *Front Psychiatry*, 13 Dec 2022; Sec. Psychological Therapy and Psychosomatics Volume 13 b| <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1099678>
16. RAJNA P: Pszichoszomatikus tünetek és betegségek: a medicina vakfoltja. *Orv Hetil* 2021; 162(7):252–261.
17. RAJNA P: Minden orvos (legyen) elmeorvos (is). Budapest, Medicina, 2017, 367–408.