

**Sławomir Czachowski,
Krzysztof Buczkowski**

Katedra Lekarza Rodzinnego,
Collegium Medicum, w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pacjenci z zespołem MUS w podstawowej opiece zdrowotnej. Wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne

Medically Unexplained Symptoms in primary care. The diagnostic and therapeutic hints

STRESZCZENIE

Pacjenci z niewyjaśnionymi objawami medycznymi stanowią około 45% wszystkich osób zgłaszających się do podstawowej opieki zdrowotnej. Do najczęstszych dolegliwości należą bóle głowy, zawroty głowy, zamglone widzenie, bóle pleców, mrowienia, cierpienia palców stóp i rąk, nadmierne pocenie się, świąd skóry, bóle brzucha, wzdęcia, bezsenność. Wykonywane przez lekarza rodzinnego badania diagnostyczne nie wykazują odchyłań od normy. Pacjenci wobec braku poprawy oczekują skierowania na dalsze testy diagnostyczne i na konsultacje do innych specjalistów. Lekarze podstawowej opieki mają często negatywną ocenę wobec tej grupy pacjentów. Głównym powodem jest duże obciążenie finansowe i brak efektów leczenia. Nie jest znana przyczyna powstawania dolegliwości, a więc nie ma skutecznego sposobu postępowania. Najlepszą strategią medyczną jest cierpliwe słuchanie pacjenta, niezlecenie badań i nieodsyłanie do innych placówek medycznych. W Wielkiej Brytanii wypracowano sześćoetapowy model rozmowy z pacjentem (*talking therapy*). Ma on na celu edukację chorego i przekonanie go, że objawy MUS mają podłoże czynnościowe. Końcowym etapem terapii powinno być opanowanie przez pacjenta podstawowych technik radzenia sobie z zaburzeniami psychosomatycznymi. W sytuacjach klinicznych opornych na psychoterapię należy rozważyć włączenie leków przeciwdepresyjnych, przeciwlękowych, uspokajających lub nasennych. Należy również pamiętać o wykluczeniu chorób somatycznych, jak na przykład chorób tarczycy, niedokrwistości lub zaburzeń elektrolitowych. W wielu krajach europejskich opracowano dla lekarzy podstawowej opieki wytyczne postępowania z pacjentami z MUS. Trwają badania naukowe w Polsce mające na celu opisanie podstawowych zasad przy diagnozowaniu i leczeniu osób z niewyjaśnionymi objawami medycznymi.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, tom 9, nr 1, 38–44

słowa kluczowe: podstawowa opieka zdrowotna, niewyjaśnione objawy medyczne

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Sławomir Czachowski
Katedra Lekarza Rodzinnego,
Collegium Medicum w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
tel.: 605–427–566
e-mail: s.czachowski@to.home.pl

ABSTRACT

Patients who suffer from medically unexplained symptoms (MUS) constitute nearly 45% of all primary care patients. The most common symptoms are headache, dizziness, blurred vision, back pain, tingling and trembling of upper and lower limbs, excessive sweating, itching, abdominal pain, flatulence, sleeplessness and many others. Medical tests and additional technical examinations present no organic changes. In case of lack clinical improvement, patients expect their GPs to use more diagnostic methods and more referrals to other specialists. Many primary care doctors present a negative attitude towards MUS patients. The main reason is limited financial resources as well as lack of effective therapeutic results. Because the reason for MUS is not known, there is no satisfactory therapy. The best strategy the GP can offer to their patients is listening carefully and not referring them for additional test or to other medical institutions. There is established a six stages talking therapy model for MUS patients in the United Kingdom. The aim of this strategy is to educate MUS patients, reassure them, and explain to them that they suffer from functional ailments. An effective mode of coping with psychosomatic symptoms should be the final aim of this model. Pharmaceutical intervention with the use of antidepressants, anti-anxiety drugs, sleeping pills, or relaxants should be considered in resistant cases. It is very important to exclude serious organic diseases such as thyroid gland pathology, iron deficiency or electrolytic imbalance. There are special guidelines for GPs concerning appropriate treatment of MUS patients in many EU countries. There is also a research project underway in Poland, aiming to establish diagnostic and therapeutic guidelines for treating MUS patients.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, vol 9, no 1, 38–44

key words: primary care, medically unexplained symptoms (MUS)

ZABURZENIA PSYCHOSOMATYCZNE W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

Pacjenci zgłaszający się do podstawowej opieki zdrowotnej często prezentują objawy, które dotyczą wielu narządów i są wynikiem nakładających się kilku jednostek chorobowych. Badania wskazują, że 30–40% wizyt w gabinecie lekarza rodzinnego to wizyty związane z objawami, którym nie można jednoznacznie przypisać określonej choroby. Część z nich można określić mianem niewyjaśnionych objawów medycznych (MUS, *medically unexplained symptoms*). W praktyce klinicznej oznacza to, że dodatkowe analizy krwi, moczu, USG, RTG nie wykazują zmian patologicznych i nie tłumaczą przyczyn objawów.

Zakres dolegliwości jest szeroki i obejmuje symptomatologię z zakresu zaburzeń somatycznych i psychologicznych. Do najczęstszych

należą: bóle i zawroty głowy, szумы w uszach, bóle mięśni, bóle pleców, nudności, nadmierne pocenie, wzdęcia, mrowienie palców, apatia, ucisk w klatce piersiowej, osłabienie, zmęczenie, niemożność nabrania oddechu. W literaturze medycznej używa się następujących określeń do ich opisu: zaburzenia psychosomatyczne, objawy związane ze stresem, choroby czynnościowe, somatyzacja [1, 2].

Część objawów można zakwalifikować zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych do „zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną” (F40–F48) [3]. Część skarg pacjentów trudno jednoznacznie ocenić i ostrożniej, by nie popełnić błędu diagnostycznego, przypisać kody z bloku zaburzeń rozdziału XVIII, czyli „objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe

wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych, gdzie indziej nieklasyfikowane” (R00 do R69). Bardziej szczegółowy zapis zaburzeń prezentują dwie części ICD-10: „Badawcze kryteria rozpoznawcze” i „Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne”. W wielu krajach Unii Europejskiej używane są inne niż ICD-10 sposoby kodowania chorób. Są to Kryteria Diagnostyczne według DSM-IV oraz Międzynarodowa Klasyfikacja dla potrzeb Podstawowej Opieki — ICPC (*International Classification Primary Care*) [4]. Uwzględniają one model biopsychospołecznego (holistycznego) podejścia wobec pacjenta i bliższe są codziennej pracy lekarza rodzinnego.

W systemie DSM-IV zaburzenia opisywane pojęciem niewyjaśnionych objawów medycznych (MUS) określane są kodami:

- 300.81 (zaburzenia somatyzacyjne);
- 300.82 (niezróżnicowane zaburzenie pod postacią somatyczną);
- 300.11 (zaburzenia konwersyjne);
- 300.80 (zaburzenia bólowe związane z czynnikami psychicznymi);
- 300.7 (hipochondria);
- 300.82 (zaburzenia pod postacią somatyczną).

Skomplikowana klasyfikacja omawianych zaburzeń oraz negatywne odczucie braku możliwości leczenia spowodowało, że Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) proponuje w miejsce zespołu MUS używać sformułowania „zespół fizycznej reakcji wobec stresu” (*bodily distress syndrome*). Taka nazwa jest obecna w edycji ICD 11-PHC dla potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej. Do chwili wprowadzenia ICD-11 przyjęto określać omawiane objawy jako zespoły MUS [4].

Lekarz rodzinny często spotyka się z chorobami, w których przebiegu występują opisywane wyżej objawy. Do najważniejszych jednostek należą zespół jelita wrażliwego, fibromialgia, zespół przewlekłego zmęcze-

nia, wrażliwość na różnorodne substancje chemiczne. Przyczyna zaburzeń MUS jest złożona i wieloczynnikowa. Brak jest satysfakcjonującej teorii tłumaczącej przyczyny ich powstawania. Z udokumentowanych hipotez wymienia się nieprawidłowości układów: autonomicznego, endokrynnego, immunologicznego, zaburzony odbiór bodźców z proprioreceptorów, nieprawidłowe postrzeganie obrazu własnej choroby oraz inne, mniej poznane teorie [5].

W trakcie konsultacji pacjentów z MUS należy pamiętać, że wiele objawów zaliczanych jako niewyjaśnione lub powstające w wyniku oddziaływania sfery psychicznej na somatyczną to pierwsze sygnały poważnych chorób somatycznych, na przykład chorób tarczycy, niedokrwistości, zaburzeń elektrolitowych, kolagenoz, nowotworów i wielu innych [6].

ZGŁASZALNOŚĆ PACJENTÓW Z MUS DO LEKARZA RODZINNEGO

Liczba pacjentów z MUS wynosi od 0,03% do 19,7% ogólnej populacji. Wśród pacjentów podstawowej opieki odsetek ten wzrasta do zakresu 25–50%. Badania wskazują na dodatkową korelację zespołów MUS z płcią żeńską i z niższym statusem socjoekonomicznym. Dane potwierdzają, że 75% osób z MUS nie otrzymuje odpowiedniego leczenia [7]. Pacjenci z zespołami MUS częściej odwiedzają lekarzy. W Wielkiej Brytanii stanowią oni czwartą najczęstszą grupę pacjentów w opiece podstawowej. W Stanach Zjednoczonych liczbę wizyt pacjentów z MUS oblicza się na 60 milionów rocznie i stanowią one piątą przyczynę wizyt u lekarza (po objawach ze strony układu oddechowego, nerwowego, krążenia i mięśniowo-szkieletowego). Szacowane roczne koszty leczenia pacjentów z powodu objawów somatyzacji ocenia się w Stanach Zjednoczonych na 256 miliardów dolarów. Według *London School of Economics* — 10 miliardów funtów to cena terapii pacjentów z MUS w Wielkiej Brytanii [8].

PRZEBIEG KONSULTACJI PACJENTA Z MUS

Ocenia się, że 2,45% pacjentów z MUS prezentuje formę przewlekłą i jest to grupa wymagająca dużych umiejętności w podtrzymywaniu stałego terapeutycznego kontaktu [9]. Tacy pacjenci zgłaszają nieuzasadnione oczekiwania wobec lekarza, oczekują na przykład częstego kierowania na badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne. Są dużym obciążeniem dla funkcjonowania opieki zdrowotnej [10]. W Polsce nie ma wytycznych w diagnozowaniu i leczeniu osób z MUS. Badania jakościowe prowadzone w roku 2011 w Polsce, oparte na wywiadach i grupach fokusowych, wskazują, że lekarze rodzinni nie oczekują narzucenia standardów i algorytmów, a preferują własne zindywidualizowane podejście wobec pacjenta [11]. Uważają, że głównymi problemami utrudniającymi skuteczne postępowanie są:

- zbyt krótki czas wizyty;
- utrudniony dostęp do specjalistów;
- brak dobrego z nimi porozumienia.

„Diagnostyka tych schorzeń jest dość żmudna, wizyty pacjentów u nas w gabinecie są krótkie i nie jesteśmy w stanie zbyt dużo czasu poświęcać na rozmowę z pacjentem i diagnostykę... nawet jak byśmy wyznaczili 20 minut na każdego pacjenta, to też może być za mało...” (lekarz rodzinny, mężczyzna, 35 lat) [11].

Osoby z MUS są określane jako osoby wrażliwie, wymagające drobiazgowego wywiadu i rozmowy bez pośpiechu. Część osób postrzega chorobę o podłożu psychicznym jako coś gorszego niż o podłożu somatycznym, obawiając się wykluczenia społecznego jako osoby „psychicznej” lub wariata. Pacjenci negują diagnozę i przekonują lekarza, że choroba ma podłoże somatyczne i wymuszają kolejne badania; oskarżają lekarza o niekompetencję. Osoby z MUS preferują skierowanie do psychologa bardziej niż do psychiatry. Lekarze rodzinni używają specjalnie delikatnego języka z użyciem metafor, aby skutecznie przekonać

pacjentów z MUS do diagnozy. Mówią, że choroba ma podłoże nerwicowe, a nie psychiczne, lub używają uogólnionego argumentu, że „wszyscy mamy problemy nerwowe” i kierują na konsultację psychologiczną.

Istotnym elementem konsultacji z punktu widzenia lekarza jest obawa o przeoczenie ważnej choroby, niebezpiecznej z punktu widzenia zagrożenia życia, jak na przykład zawał serca lub nowotwór. Długotrwała znajomość pacjenta ma zarówno zalety, jak i wady. Korzyści to ułatwiona szybsza diagnoza dzięki wiedzy na temat członków rodziny i sytuacji w pracy. Konsultacja działa wtedy jak lekarstwo. Wady wiążą się z możliwością uspienia czujności lekarza, który zlekceważy objawy i postąpi zbyt rutynowo. Sprzyja to zleceniu dodatkowych badań i konsultacji, a jednocześnie postrzeganiu pacjenta z MUS jako kosztownego pod względem ekonomicznym.

Lekarze uważają, że ponoszą nieuzasadnione koszty leczenia pacjentów, którzy są zdrowi z punktu widzenia somatycznego. Ponieważ nie istnieje skuteczne narzędzie diagnostyczne mierzące zespoły MUS, w świadomości lekarzy nie ma możliwości zaprzestania dalszej diagnostyki.

Lęk przed przeoczeniem schorzenia somatycznego wywiera presję na lekarza, aby nie zaniechał poszukiwania groźnej choroby i być zawsze czujnym.

Ujawniają się negatywne reakcje lekarzy w postaci:

- odsunięcia niewygodnego pacjenta poprzez skierowanie go na kolejne wizyty do specjalistów („pacjent krąży, a ja mam święty spokój”);
- zniecierpliwieniu podczas wizyty („znowu przychodzi i marudzi, a tam następni czekają”);
- skracanie wizyty poprzez ostentacyjne zamknięcie karty pacjenta, odesłanie do pielęgniarki na pomiar ciśnienia tętniczego;
- szufladkowaniu pacjenta („jeżeli psychosomatyk przychodzi i nas cały czas męczy, to on w pewnej szufladce siedzi”);

— wyśmianiu, zlekceważeniu, poganianiu pacjenta („co on tu mi zwraca głowę, nie mam czasu na takie dyrdymały, bo mam ważniejszych od niego pacjentów”).

„To, co można zrobić najgorszego, to pacjenta zlekceważyć, powiedzieć, że co on tu mi zwraca głowę, bo mam ważniejszych od niego pacjentów. To chyba byłoby najbardziej upokarzające dla takiego pacjenta” (lekarz rodzinny, mężczyzna, 43 lata) [11].

STRATEGIE POSTĘPOWANIA LEKARZA RODZINNEGO

Głównym postępowaniem prewencyjnym jest cierpliwe słuchanie i tłumaczenie istoty choroby psychosomatycznej, a nie odsyłanie pacjentów na dodatkowe badania i konsultacje [12]. Skoncentrowanie się na każdym pacjencie indywidualnie, używanie metafor ułatwiających komunikację, na przykład sformułowania w postaci „stresy”, „nerwy”, są elementami ułatwiającymi komunikację w relacji lekarz-pacjent. Wyjaśnianie pacjentom istoty zespołu MUS jest indywidualne i zależy od kontekstu wizyty. Ten element ma duże znaczenie dla całego systemu opieki zdrowotnej, ponieważ diagnozowanie pacjentów z MUS poprzez wykluczanie schorzeń wydłuża czas ostatecznego rozpoznania i powoduje wzrost znaczących kosztów leczenia [8]. Skuteczne prowadzenie konsultacji wymaga jednak wytrenowania odpowiednich umiejętności; należy rozpocząć ten trening już w okresie studiów medycznych.

Wyzwaniem dla lekarza rodzinnego jest dobranie takiej strategii prowadzenia komunikacji, aby jak najlepiej rozpoznać oczekiwania chorego i dobrać odpowiednią terapię. Konsultacja powinna opierać się na uzyskaniu drobiazgowej wiedzy na temat historii życia pacjenta, środowiska, osób, z którymi żyje, pracy, którą wykonuje, i otoczenia, w którym funkcjonuje.

Dostępne narzędzia diagnostyczne umożliwiają wstępną ocenę innych, często współistniejących zaburzeń, jak depresja, lęk, zespół

kompulsywno-obsesyjny, uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Podstawą konsultacji jest stworzenie warunków dla efektywnego związku, a nawet przymierza pomiędzy lekarzem i świadomym współpracującym pacjentem. Relacja musi opierać się na zaufaniu, empatii, na braku dwuznaczności, na jednoznacznym przepływie informacji, na zachowaniach niewerbalnych (na przykład podawanie ręki na powitanie i pożegnanie). Należy podkreślić, że pacjenci psychosomatyczni mniej chętnie opowiadają o psychologicznych lub społecznych czynnikach stresujących, w porównaniu do osób bez tych zaburzeń.

Metodą referencyjną leczenia tych osób powinna być zaplanowana 15-minutowa konsultacja, aby spotkania stały się elementem ciągłej opieki medycznej. Celem nie musi być całkowite wyleczenie, ale skupienie się na zwiększeniu tolerancji objawów MUS przez pacjenta, poprawienie jego funkcjonowania interpersonalnego z otoczeniem i zwiększenie poczucia samokontroli. Celem terapeutycznym konsultacji, z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej, powinno być zmniejszenie liczby wizyt pacjentów z MUS w gabinetach lekarskich. Przy wyborze strategii postępowania należy wybierać takie, które są adekwatne do wartości i zasad prezentowanych przez pacjenta, a nie do zgłaszanego problemu.

Należy unikać analiz złożonych relacji z członkami najbliższej rodziny lub szukania przyczyn powstawania objawów psychosomatycznych. Zapobiega to zjawiskom samooskarżania się, obwiniania siebie i krewnych za prezentowane objawy. Należy postrzegać pacjenta jak osobę z wieloma problemami i z możliwymi wieloma rozwiązaniami. Rozmowa powinna koncentrować się na znalezieniu rozwiązania na chwilę obecną lub na najbliższą przyszłość bez nadmiernego analizowania przeszłości. W czasie konsultacji dobrze jest namówić pacjentów na unikanie negatywnych emocji: krytycyzmu i wrogości. Korzystne jest zmniejszenie nadmiernego angażowania emocjonalnego w codzienne problemy.

Tabela 1

Strategia postępowania lekarza rodzinnego wobec pacjentów z MUS w trakcie 6-etapowego procesu konsultacyjnego

Etapy prowadzenia konsultacji pacjentów z MUS

Poziom	Zakres konsultacji	Cele konsultacji
1	Wstępna rozmowa angażująca emocje pacjenta	Uzyskanie danych o wartościach pacjenta, o barierach w komunikacji, próba „zaszczepienia” nadziei
2	Rozmowa wzbudzająca refleksyjność chorego	Uzyskanie wglądu w historię życia i ewolucję objawów psychosomatycznych
3	Przeformułowanie poglądów pacjenta	Ukazanie pacjentowi związku między objawami a czynnikami stresowymi obecnymi w otoczeniu
4	Rozmowa motywująca do zmian percepcji własnej choroby	Podjęcie przez pacjenta decyzji o zmianie nawyków oraz sposobów myślenia i zachowania
5	Koncentracja na poszukiwaniu rozwiązania problemu	Ustalenie sposobów rozwiązywania problemów w akceptowanym przez pacjenta procesie zmiany zachowań
6	Rozważenie farmakoterapii lub konsultacji z psychologiem lub psychiatrą	Dobór leków z grupy SSRI (<i>selective serotonin reuptake inhibitor</i>) lub trójpierścieniowych antydepresantów lub skierowanie na terapię behawioralno-poznawczą. Rozważenie konsultacji psychiatrycznej

Aktualne badania wskazują, że szkolenie lekarzy rodzinnych w zakresie terapii behawioralno-poznawczej lub terapii rozwiązywania problemów nie daje przewagi w redukcji objawów wśród pacjentów z MUS. Wykazano natomiast istotny statystycznie wpływ kilkunastominutowej rozmowy lekarza rodzinnego (*talking therapy*) na zmniejszenie dolegliwości psychosomatycznych [13].

Poniżej przedstawiono, opracowany w Wielkiej Brytanii, 6-etapowy model postępowania, polegający na zmianie postrzegania własnej choroby przez pacjentów z MUS (tab. 1). Może on być przykładem umiejętności praktycznych dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, jak postępować z pacjentami psychosomatycznymi.

Należy pamiętać, że 55–60% pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej nie stosuje się do zaleceń lekarskich. Podobna sytuacja ma miejsce w trakcie proponowanych sześciu etapów konsultacji chorego z MUS. Znacz-

na część pacjentów nie kończy wszystkich poziomów konsultacyjnych. Istnieje dużo różnorodnych czynników wpływających na przebieg spotkania lekarz-pacjent. Należą do nich czynniki interpersonalne (brak wsparcia społecznego najbliższych), intrapersonalne (niekorzystne cechy osobowościowe, błędne przekonania pacjenta i lekarza), strukturalne (ograniczony dostęp do lekarza) lub związane z chorobą (nasilenie objawów, zaawansowanie objawów psychosomatycznych) [14].

Brak w Polsce wytycznych dotyczących postępowania z pacjentami z niewyjaśnionymi objawami medycznymi utrudnia racjonalny wybór strategii terapeutycznej i w konsekwencji nadmierną liczbę skierowań do poradni specjalistycznych. Trwają w Polsce badania naukowe mające na celu wypracowanie wytycznych leczenia tej grupy chorych, podobnie jak ma to miejsce w innych krajach Unii, na przykład w Wielkiej Brytanii, Holandii, Niemczech [15].

PIŚMIENNICTWO

1. Siwiak-Kobayashi M. Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (somatoformiczne). W: Psychiatria. Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.). t. 2, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
2. Salmon P. Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: The need for a curriculum of medical explanation. *Patient Education and Counseling* 2007; 67: 246–254.
3. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków-Warszawa 2000.
4. Kryteria Diagnostyczne według DSM-IV-TR. Wciórka J. (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2000.
5. Creed F., Henningsen P., Fink P. *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress*. Cambridge University Press 2011.
6. Rymaszewska J., Dudek D. Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych. *Via Medica*, Gdańsk 2009.
7. Rasmussen N., Agarter D. Bodily distress syndrome in primary care mental health. W: *Companion to Primary Care Mental Health*, Ibjijaro G. (red.). WONCA and Radcliffe Publishing. London 2012.
8. A report by The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group. How mental illness loses out in the NHS. LSE. The London School of Economics and Political Science, 2012.
9. Nimnuan C., Hotopf M., Wessely S. Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialties. *Journal of Psychosomatic Research* 2001; 51: 361–367.
10. Stephenson D.T., Price J.R. Medically unexplained symptoms in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal* 2006; 595–600.
11. Czachowski S., Piszczek E., Sowińska A., Hartman T.C. Challenges in the management of patients with medically unexplained symptoms in Poland: a qualitative study. *Family Practice* 2012; 29: 228–234.
12. Gask L., Usherwood T. ABC of psychological medicine. The consultation. *BMJ* 2002; 324: 1567–1569.
13. Czachowski S., Seed P., Schofield P., Ashworth M. Measuring Psychological Change during Cognitive Behavioural Therapy in Primary Care: A Polish Study Using “PSYCHLOPS” (Psychological Outcome Profiles). *PLoS ONE* 2011; e27378: 1–6.
14. Hartman T.O., Rijswijk E., Dulmen S., Weel-Baumgarten E., Lucassen P., Weel C. How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms. A qualitative study of video-recorded consultations. *Patient Education and Counseling* 2013; 90: 354–360.
15. Hartman T.O., Blankenstein N., Molenaar B. i wsp. NHG Guideline on Medically Unexplained Symptoms (MUS). *Huisarts & Wetenschap* 2013; 56: 2–18.