

Psychospołeczne determinanty chorób. Implikacje medyczne w podstawowej opiece zdrowotnej

Sławomir Czachowski

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

Adres do korespondencji: Sławomir Czachowski, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Grabowa 10, 87-100 Toruń, tel. 48 605 427 566, e-mail: s.czachowski@to.home.pl

■ Abstract

The social determinants of diseases within the primary care setting

The article highlights the social determinants of diseases within the primary care setting. Since the introduction of the new paradigm of the bio-psycho-social model into medicine, the social impact on illness has gained recognition. This article discusses the new approach to patients, as well as the impact that socio-economic status, emotional factors and stress have on health. Furthermore, factors such as the stages of patients' lives and their ethnic and cultural identity (as well as approaches, such as the general theory of systems) are taken into consideration. New problems in primary care, including multimorbidity, patient frailty and medically unexplained symptoms, which have recently come under intense scrutiny, are also presented. Finally, clinical aspects of frail patients and the economic cost of the treatment of patients who suffer from unexplained symptoms are pointed out.

Key words: bio-psycho-social model, disease determinants, primary care

Słowa kluczowe: determinanty choroby, model biopsychospołeczny, podstawowa opieka zdrowotna

■ Wprowadzenie

Teorie powstawania chorób towarzyszą człowiekowi od wieków i są przykładem wpływu odkryć naukowych na świadomość współczesnych lekarzy. W ostatnich 150 latach dominowały doktryny dotyczące drobnoustrojów (odkrycia Roberta Kocha, Ludwika Pasteura), trójkąta epidemiologicznego (właściwa dawka, szczep plus wrota wejścia) czy pola zdrowia kanadyjskiego epidemiologa Marca Lalonde'a [1]. Początkowe poglądy Hipokratesa podkreślały znaczenie równowagi wewnętrznej, a to oznaczało, że dobre samopoczucie to zdrowie, a złe to choroba. Zostały one zdominowane przez filozofię kartezjańską, która wprowadziła koncepcję mechanistycznego obrazu świata i człowieka. Paradygmat kartezjański, uznający dualizm ciała i umysłu, niewątpliwie przyczynił się do znaczącego rozwoju nauk biomedycznych, ale zawęził całościowe widzenie człowieka. Dopiero w XX wieku

uwzględniono nowe koncepcje chorób, które nawiązywały do filozofii neopozytywistycznej. Brały one pod uwagę socjomedyczną koncepcję równowagi pomiędzy trzema wymiarami funkcjonowania człowieka: biologicznym, psychologicznym i społecznym [2]. Te implikacje stały się podstawą przyjęcia biopsychospołecznego (holistycznego) modelu podejścia do pacjentów [3].

■ Cel pracy

Celem pracy była analiza wybranych determinant chorób wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej.

■ Metodologia

Przegląd literatury z zakresu interakcji psychospołecznych czynników warunkujących zgłaszanie się pacjentów do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Biopsychospołeczny model choroby

Odgrywają w nim rolę nie tylko czynniki biologiczne (genetyka, wiek, płeć, przebyte choroby), lecz również psychologiczne (postrzeganie świata, uczucia, emocje, przekonania, osobowość, styl życia) i społeczne (wyszkolenie, dostęp do opieki zdrowotnej, polityka socjalna, wartości kulturowe) [4, 5]. Znaczenie wymienionych determinant w powstawaniu chorób nie jest do końca zbadane. Wpływ nauki na codzienną praktykę lekarską najlepiej prześledzić na przykładzie pracy lekarza rodzinnego w podstawowej opiece zdrowotnej. W tym sektorze zdrowia w Polsce rocznie wykonuje się około 140 mln konsultacji, przy 12% udziale finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia. Trudno ocenić funkcjonowanie opieki podstawowej w aspekcie przyczyn zgłaszania się chorych z powodu uwarunkowań społecznych. Zależy to bowiem od przyjętego modelu kodowania zaburzeń. Obowiązujący w Polsce system ICD-10 (*International Classification of Disease and Health Related Problems – Tenth Revision*) uwzględnia w zdecydowanej większości biomedyczne kategorie dolegliwości. Znane w Europie inne modele rejestrowania chorób, np. DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition*) lub ICPC (*International Classification of Primary Care*) uwzględniają dodatkowo czynniki społeczne. Stykając się z pacjentem w podstawowej opiece zdrowotnej, należy pamiętać, że zdecydowana większość osób prezentuje objawy wynikające raczej z wpływów psychospołecznych niż biologicznych. Świadomość wzajemnych nieliniowych interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych jest w tym przypadku podstawą sposobu myślenia lekarskiego i sukcesu terapeutycznego.

W 1977 roku amerykański psychiatra George Engel opublikował doniesienie o skuteczniejszym leczeniu pacjentów z zawałem serca w aspekcie psychospołecznych determinant, takich jak: obawa o utratę dochodów lub lęk przed pozbawieniem opieki nad rodziną (czynniki społeczne), stres (czynnik psychologiczny). Kontrolne wyniki biochemiczne chorego pozytywnie korelowały z analizą zmiennych psychologicznych i społecznych. Engel sugerował wzajemne interakcje układów endokrynologicznego, nerwowego, krążenia ze środowiskowym wpływem bodźców i stanem umysłu [6]. Pinel podkreślał w swoich obserwacjach wpływ emocji na pojawianie się symptomów chorobowych w zależności od konceptualizacji stresu, postrzegania zagrożenia, rozumienia własnej choroby. Emocje traktował jako ważny marker reakcji między funkcją kognitywną chorego a objawami fizycznymi [7]. Badania wykazały, że analiza i modulowanie zmiennych psychologicznych (np. zmiana koncepcji własnej choroby) i społecznych (np. wsparcie społeczne) w praktyce lekarskiej są istotnymi czynnikami skuteczności leczenia pacjentów, szczególnie z chorobami przewlekłymi. Na przykład skuteczne leczenie cukrzycy wymaga nie tylko dużej wiedzy medycznej, lecz również zmiany nawyków najbliższych członków rodziny i przeformułowania postawy pacjenta [8].

Status społeczno-ekonomiczny

Wpływ pozycji społeczno-ekonomicznej i poziomu osiągniętej edukacji na stan zdrowia był przedmiotem wielu badań i analiz. Wykazuje on tendencje do gorszych wskaźników zdrowotnych, przedwczesnej umieralności i chorobowości w grupach o niskich dochodach, słabszej edukacji i wykonujących prace fizyczne w porównaniu z pozostałymi grupami społecznymi. Podobne obserwacje poczyniono w zakresie choroby niedokrwiennej serca, umieralności niemowląt, umieralności okołoporodowej, zaburzeń psychicznych, nagłych zgonów z powodu samobójstw, nikotynizmu, otyłości, chorób wątroby. Nierówności dotyczą wszystkich grup wiekowych, ale są mniejsze w przypadku kobiet niż mężczyzn [9, 10]. Czynniki, które mogą mieć znaczenie w ocenie przewidywania wystąpienia chorób, mogą być takie zmienne, jak prestiż w środowisku, dochody i profity z pracy, przynależność do grup wpływowych środowisk, warunki mieszkaniowe, świadomość zagrożeń zdrowia. Ciekawe obserwacje przytacza Singh-Manoux, twierdząc na podstawie własnych badań, że gorsze zdrowie zależy nie tylko od obiektywnych wskaźników statusu pacjentów, lecz również od postrzegania siebie na drabinie struktury społecznej [11]. Operario podkreśla również znaczenie takich czynników, jak negatywny nastrój, poczucie stresu, pesymizm, poczucie utraty kontroli nad własnym życiem. Wymienione zmienne korelowały z poczuciem własnego miejsca w społeczeństwie. Wykazywały również dodatnie korelacje statystyczne między możliwościami wpływu na otoczenie a poczuciem cierpienia na określone choroby [12].

Czynniki emocjonalne

Wsparcie emocjonalne jest ważnym elementem determinanty społecznej wpływającej na objawy chorobowe. Mechanizm oddziaływania tego zjawiska Cohen tłumaczy redukcją stresu przez pacjenta w sytuacji, w której posiada on sieć bliskich osób służących mu pomocą. Badania wskaźników biochemicznych u takich chorych wskazują na wymierną poprawę. Sieć wsparcia mogą tworzyć członkowie rodziny, partnerzy, współpracownicy, sąsiedzi. Ważnym elementem oddziaływania jest postać pełniąca rolę powiernika, a nie tylko spełniająca funkcję osoby zaprzyjaźnionej. Wsparcie emocjonalne może wyrażać się w postaci ekspresji gotowości do świadczenia pomocy finansowej w sytuacji utraty pracy, zainteresowania się problemami chorego lub okazywaniem empatii w momencie śmierci osoby bliskiej. Wsparcie instrumentalne może obejmować pomoc finansową, prawną, ale również ułatwienie dojazdu do domu pacjenta. Integracja społeczna wspomaga własną samoocenę, ułatwia zastosowanie strategii walki ze stresem i wpływa na lepsze wyniki leczenia. Takie czynności według Cohena buforują postrzeganie stresu przez pacjenta [13]. Ciekawe wyniki obserwacji przytaczają Robles i Kiecolt-Glaser w badaniach negatywnych wpływów emocji i skomplikowanych interakcji osób żyjących w nieudanych związkach. Zaobserwowano u tych pacjentów gor-

sze parametry funkcjonowania układu krążenia, endokryologicznego i immunologicznego [14].

Podejście systemowe

Teoria systemów opisana przez Ludwiga von Bertalanffy'ego objaśnia miejsce człowieka w społeczeństwie i w biosferze. Koncepcja zarysowana w 1968 roku jest do dziś aktualna, szczególnie w odniesieniu do zdrowia w rodzinie. Opisuje ona niezwykle skomplikowane interakcje człowieka na poziomie tkanek i komórek z procesami we wszechświecie. Teoria neguje proste, linearne zależności między podsystemami. Podkreśla znaczenie modelu wielowymiarowego i wielokierunkowego. W obrębie systemu przyjmuje się, że każde zjawisko z jednej strony jest częścią systemu większego, a z drugiej – zbiorem systemu podrzędnego. Teoria ogólnych systemów podkreśla, że podsystem jest względnie autonomicznym organizmem, który posiada własne niezależne własności całości [15]. Propozycje badawcze Smilksteina, oparte na teorii systemów i własnych koncepcjach, wykazały, że ujęcie rodziny jako systemu, w aspekcie skomplikowanych wzajemnych interakcji, jest pomocne w kryzysach życiowych i w chorobach. Obserwacje autora potwierdzały wymierne korzyści zdrowotne w sytuacji zagrożeń losowych lub nieprzewidywalnych tragedii [16]. Podejście systemowe wobec pacjenta, szczególnie cierpiącego z powodu choroby przewlekłej, nieuleczalnej, oznacza, że nie można chorego wyleczyć bez uwzględnienia kontekstu, w którym egzystuje jako istota ludzka.

Stres i sposoby radzenia sobie z nim

Powiązania stresu oraz stosowanych strategii radzenia sobie z nim ze wskaźnikami przebiegu chorób znane są w literaturze medycznej. Ogińska-Bulik i Juczyński szczegółowo analizowali wpływ mechanizmów i konsekwencji reakcji stresowej na stan zdrowia chorych [17]. Definicje stresu są niejednoznaczne z powodu różnorodnego rodzaju reakcji na bodźce zewnętrzne. Wielu pacjentów przy kontakcie z inną osobą reaguje objawami w postaci szybkiego bicia serca, przyspieszonego oddechu, suchości w jamie ustnej lub podwyższonego ciśnienia krwi. Są to objawy, które charakteryzują reakcję stresową. Wykazano duże różnice w zdolności dostosowania się ludzi do stresu. Kosslyn i Rosenberg definiują to zjawisko jako zdolność adaptacyjną, którą można opisać za pomocą osobniczej wrażliwości i oporności na stres [18]. Zależy ona nie tylko od determinant genetycznych i biochemicznych, lecz również społecznych. Zmienne te podlegają zawiłym interakcjom środowiskowym. Mogą się pojawiać w sytuacji kontaktu z najbliższymi osobami, ze współpracownikami, z sąsiadami lub przypadkowo napotkanymi ludźmi. Znane są konsekwencje medyczne reakcji stresowej w postaci negatywnych skutków w zakresie układu serowo-naczyniowego (podwyższone ciśnienie krwi, szybka akcja serca), jak również w chorobach skóry (neurodermatozy) i w zaburzeniach endokryologicznych (choroby tarczycy i nadnerczy). W podstawowej opiece zdrowotnej lekarz często napotyka sytuacje, w których występuje

przewlekły stres rodzinny. Warto wymienić takie okoliczności, jak przewlekła choroba pacjenta, praca, szkoła, konflikty prawne, zaburzenia psychiczne, uzależnienia, porody, małżeństwa, śmierć, finanse i wiele innych. Brak mechanizmów adaptacyjnych i brak przystosowania się mają wymierne konsekwencje w nasileniu się objawów psychosomatycznych.

Etapy życia pacjenta

Teoria Erika Eriksona z 1959 roku opisuje fazy cyklu życia w ośmiu etapach. Każdy z przedziałów wiekowych ma swoje zadania rozwojowe, które człowiek powinien wykonać. Brak ich realizacji, jak również skłonność do zachowań ryzykownych, mogą oddziaływać na pojawianie się zaburzeń. W okresie dorastania młode osoby mają tendencję do zażywania środków psychoaktywnych, w szczególności alkoholu, do licznych przypadkowych kontaktów seksualnych, do ryzykownej jazdy samochodem. W kolejnych etapach życia konsekwencje nieudanych związków, opuszczenie domu przez dzieci, stres związany z utratą pracy, przejście na emeryturę, śmierć współpartnera, zachorowanie na groźną chorobę, utrata biologicznych funkcji wzroku, libido, słuchu lub pamięci mogą implikować nadmierną reakcję stresową. Od początku życia następują przemiany biologiczne i fizykochemiczne, ale w ostatnim okresie nasilają się zmiany degeneracyjne. Nieakceptowanie procesu starzenia się może generować incydenty depresyjne i próby samobójcze. Interakcje z otoczeniem mogą mieć zarówno pozytywne, jak i negatywne konsekwencje zdrowotne [19]. Najważniejszym elementem praktyki lekarza rodzinnego, prowadzącym do rozwiązania tych problemów, jest wiedza o rozwoju każdego zgłaszającego się pacjenta, przyjęcie określonego sposobu zapobiegania oraz elementarna edukacja na temat zdrowia i choroby. Znajomość cykli rozwoju człowieka jest zasadniczym kluczem w rozpoznawaniu i terapii problemów oraz dolegliwości psychospołecznych, z których powodu często zgłaszają się ludzie samotni, bez wsparcia rodziny i wystarczających środków do egzystencji. Opieka nad ciężko chorymi ludźmi wymaga od lekarza uwzględnienia etapu życia pacjenta, wpływu choroby na jednostkę oraz rodzinę i często staje się elementem akceptacji nieuleczalnego stadium choroby.

Wpływy kulturowe i etnomedycyna

Pacjenci, którzy zgłaszają się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, prezentują własne koncepcje powstawania choroby lub pojawiających się dolegliwości. Są one wynikiem interakcji między takimi zmiennymi, jak poziom i rodzaj oraz poziom wykształcenia, przekonania, wyznawana religia, ideologia czy przejęte z domu rodzinnego wartości i style życia. Ważnym elementem zdobywanej wiedzy medycznej staje się internet oraz portale społecznościowe. Dużą rolę odgrywa język używany przez chorego. Stosowane przykłady, metafory, opisy przeżywanych stanów chorobowych, ekspresja emocji mogą pomóc w precyzyjnym ustaleniu diagno-

zy. Kulturowy model przyjętych norm i religijne zasady mają bezpośrednie implikacje zdrowotne, a w niektórych przypadkach decydują o leczeniu i życiu (np. Świadkowie Jehowy a transfuzja krwi, wegetarianie a żywienie małych dzieci, organizacje rodziców negujących kalendarz szczepień obowiązkowych u niemowląt, grupy pacjentów świadomie odrzucających racjonalne leczenie onkologiczne, poddawanie się rytuałom i ceremoniałom irracjonalnych metod alternatywnej medycyny). Znajomość i wiedza medyczna na temat wartości wyznawanych przez pacjentów, akceptowanie różnorodności zachowań może w znacznym stopniu zapobiec tragicznym skutkom podejmowanych przez pacjentów decyzji medycznych.

Kleinman w badaniach dotyczących wpływu kultury na zdrowie proponuje w sytuacji konfliktowej porównywanie opisów medycznych przez zgłaszających się pacjentów z tymi, które prezentuje lekarz [20].

Pacjenci z wielochorobowością i niewyjaśnionymi objawami medycznymi (MUS)

Szczególną grupę pacjentów prezentują osoby cierpiące z powodu chorób przewlekłych, np. cukrzyca, nadciśnienia tętniczego, astmy, depresji, zwyrodnienia wielostawowych, otyłości. Współwystępowanie co najmniej dwóch jednostek chorobowych określane jest jako wielochorobowość. Pogarsza ona rokowanie z powodu możliwych interakcji lekowych. Europejska Sieć Naukowa Lekarzy Rodziny przeprowadziła wielośrodkowe badania i wprowadziła w 2011 roku nową definicję. Definiuje ona wielochorobowość jako stan, w którym występuje co najmniej jedna choroba ostra lub przewlekła i co najmniej jeden niekorzystny czynnik społeczny [21]. Może nim być samotność, utrata pracy, brak opieki społecznej, zbyt małe dochody, choroba innego członka rodziny, uciążliwi sąsiedzi. Przytoczone determinanty społeczne mogą implikować pojawienie się innych zaburzeń (np. depresji, uzależnień). Wprowadzono również pojęcie „kruchy pacjent” (ang. *frailty patient*). „Krchący pacjent” oznacza osobę, u której stan może nagle się pogorszyć wraz z wystąpieniem dekompensacji zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym. Należy tu wymienić osoby żyjące w ubóstwie, w samotności, z wieloma chorobami przewlekłymi, bez wsparcia społecznego rodziny, sąsiadów czy grup społecznych (religijnych, towarzyskich). Pozornie niegroźny niesprzyjający incydent życiowy (np. przeprowadzka do domu opieki) może skutkować fatalnymi następstwami w postaci incydentów depresji, a nawet samobójstwa. W sytuacji kryzysowej osoby te szybciej ulegają dekompensacji i stają się pacjentami oddziałów szpitalnych wymagającymi dużych nakładów finansowych. Chorych, którzy zgłaszają się z tego powodu do lekarzy rodzinnych, nie obejmuje system ICD-10, a pojęcie wielochorobowości i „kruchości” rzadko wymieniane jest w podręcznikach dla studentów medycyny i lekarzy.

Wśród osób zgłaszających się do podstawowej opieki zdrowotnej blisko 40% porad udzielanych jest tym, u których dostępnymi metodami diagnostycznymi nie można stwierdzić zmian organicznych. Zaburzenia te

można opisać jako somatoformiczne, psychosomatyczne lub niewyjaśnione objawy medyczne (ang. *Medically Unexplained Symptoms* – MUS). Głównymi objawami są bóle mięśni, pleców, zawroty głowy, omdlenia, świąd skóry, zamglone widzenie, mrowienia i cierpięcia kończyn, nadmierne pocenie się i wiele innych. Towarzyszą one takim schorzeniom, jak zespół jelita wrażliwego, fibromialgia, zespół przewlekłego zmęczenia, bóle w klatce piersiowej bez patologii układu krążenia, dolegliwości przewodu pokarmowego (zgaga, palenie) bez uchwytanych odchyżeń w badaniach [22]. W nowej propozycji klasyfikacji ICD-11 tę grupę zdefiniowano jako zespoły zależne od stresu (ang. *Bodily Distress Syndrom* – BDS) [23]. Nie ma skutecznej terapii tych schorzeń, ponieważ nie jest znana przyczyna. Wykazano natomiast wpływ czynników psychologicznych i społecznych na ujawnianie się tych zespołów. Dotyczy to w szczególności osób na emigracji, z brakiem dostępu do satysfakcjonującej opieki zdrowotnej, w trakcie rozwodu, cierpiących na samotność, z niewystarczającymi środkami do życia [24, 25]. Problem ma wymiar ekonomiczny. Lekarze unikają w praktyce pacjentów z MUS, ponieważ generują oni koszty, domagając się licznych badań diagnostycznych i skierowań do specjalistów [26]. Analizy badaczy z London School of Economics wykazały, że roczne koszty leczenia tej grupy pacjentów w Wielkiej Brytanii wynoszą co najmniej 3 mld funtów [27].

Podsumowanie

Psychospołeczne determinanty chorób odgrywają istotne znaczenie kliniczne w przebiegu wielu schorzeń. Jest to wyzwanie dla współczesnego systemu opieki zdrowotnej zarówno w wymiarze medycznym, organizacyjnym, jak i finansowym. Wiedza na temat problemów pojawiających się w każdym z okresów życia ludzkiego oraz świadomość ich wpływu na stan psychiczny i fizyczny człowieka zwiększają szanse skutecznego leczenia i sprawnego funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 1–39.
2. Kulik B.T., *Koncepcja zdrowia w medycynie*, w: Kulik B.T., Pacian A. (red.), *Zdrowie publiczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014: 3–17.
3. EURACT Council of the European Academy of Teachers in General Practice, *The European Definition of General Practical Family Medicine*, J. Heyrman (red.), Leuven 2005.
4. Ahmed M.S., Lemkau P.J., Hershberger J.P., *Psychosocial Influences on Health*, w: Rakel E.R., Rakel P.D. (red.), *Textbook of Family Medicine*, Elsevier Saunders, Philadelphia 2011: 24–32.
5. Sowa A., *Spoleczne uwarunkowania stanu zdrowia w Polsce*, „Zdrow. Publ. Zarz.” 2011; 2: 28–37.

6. Engel G., *The need for medical model: a challenge for biomedicine*. „Science” 1977; 129–136.
7. Pinel P.J., *Biopsychology of Emotion, Stress, and Health*, w: Pinel P.J., *Biopsychology*. Pearson Education, Inc., Boston 2003: 438–460.
8. Locker D., *Social determinants of health and disease*, w: Scambler G. (red.), *Sociology as Applied to medicine*. Elsevier Saunders, Edinburgh 2008: 18–37.
9. Fulcher J., Scott J., *Sociology*. Oxford University Press, 1999: 190–227.
10. Marek M., *Wprowadzenie*, w: *Spoleczne nierownosci w zdrowiu w Polsce*. World Health Organization. Regional Office For Europe, Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce, Warszawa 2012: 13–20.
11. Singh-Manoux A., Marmot M.G., Adler N.E., *Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status?* „Psychosom. Med.” 2005; 67: 855–861.
12. Operario D., Adler N.E., Williams D.R., *Subjective social status: reliability and predictive utility for global health*. „Psychol. Health” 2004; 19: 237–246.
13. Cohen S., *Social relationships and health*. „Am. Psychol.” 2004; 59: 676–684.
14. Robles T.F., Kiecolt-Glaser J.K., *The physiology of marriage: pathways to health*. „Physiol. Behav.” 2003; 79: 409–416.
15. von Bertalanffy L., *General Systems Theory*. George Braziller, New York 1968.
16. Smilkstein G., *The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians*. „J. Fam. Pract.” 1978; 6: 1231–1239.
17. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., *Osobowość, stres a zdrowie*. Centrum Doradztwa i Informacji Difin sp. z o.o., Warszawa 2008.
18. Kosslyn M.S., Rosenberg S. R., *Psychology. The Brain, Person, the World*. Pearson Education, Inc., Boston 2004: 534–569.
19. Erikson E., *Identity and the Life Cycle*. W.W. Norton & Company Inc., New York–London 1994.
20. Kleinman A.M., Eisenberg L., Good B., *Culture, illness and care*. „Ann. Intern. Med.” 1978; 88: 251–258.
21. Le Reste J.Y., Nabbe P., Manceau B., Lygidakis C., Doerr C., Lingner H, Czachowski S., Munoz S., Argyriadou S., Claveria A., Le Floch B., Barais M., Bower P., Van Marwijk H., Van Royen P., Lietard C., *The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of Multimorbidity in Family Medicine and Long-Term Care, following a systematic review of relevant literature*. „J. Am. Med. Dir. Assoc.” 2013; 14(5): 319–325.
22. Mayou R., Sharpe M., Carson A. (red.), *ABC of Psychological Medicine*, BMJ Publishing Group, London 2003.
23. Jenkins R., Kessler M., Riba M., Gunn J., Kauey F., *Public health aspects of integration of mental health into primary care services*, w: Ivbijaro G. (red.), *Companion to Primary Care Mental Health*, WONCA and Radcliffe Publishing, London–New York 2012: 97–115.
24. Sloane P.D., Slatt M.L., Curtis P., *Medycyna rodzinna* (red. A. Steciwko), Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998.
25. Walters K., Buszewicz M., Weich S., King M., *Help-seeking preferences for psychological distress in primary care: effect of current mental state*. „Br. J. Gen. Pract.” 2008; 58(555): 694–698.
26. Czachowski S., Piszczek E., Sowińska A., Hartman T., *Challenges in the management of patients with medically unexplained symptoms in Poland: a qualitative study*. „Fam. Pract.” 2012; 29(2): 228–234.
27. *A report by The Centre for Economic Performance’s Mental Health Policy Group. How mental illness loses out in the NHS*. „Lond. Sch. Econ. Pol. Sci.” 2012: 1–29.