

INFLUENȚA RELĂȚIEI TERAPEUTICE ÎN ACCEPTAREA DIAGNOSTICĂ LA PACIENȚII CU AFECȚIUNE PSIHOSOMATICĂ

INFLUENCE OF THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN DIAGNOSTIC ACCEPTANCE IN PATIENT WITH PSYCHOSOMATIC DISEASE

Curis Cecilia, Moroianu Lavinia Alexandra

Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea "Dunărea de Jos" Galați

Autor corespondent: *Curis Cecilia, cecilia_curis@yahoo.com*

Abstract:

General considerations: The therapeutic relationship fulfills a fundamental role in diagnostic acceptance.

Methods: The study has been realized in the period 2008-2016, on the sample of 200 patients. This theory was confirmed by a mixed and prospective study, in line with the data in the medical literature.

Results: Results were (globally) consistent with the results of similar studies. New aspects have also been highlighted regarding the diagnostic acceptance in relation to the therapeutic relationship in patient with psychosomatic disorders. The work hypothesis was confirmed by the results.

Conclusions (on a single study test – no. 5): The therapeutic relationship quantified by the patient's satisfaction index is in a relationship directly proportional to the degree of psychosomatic impairment.

Key-words: psychosomatic disorders, patient satisfaction index, diagnostic acceptance, biopsychosocial, patient centered therapy.

Introducere

Psihosomatica abordează ființa umană într-o accepțiune diferită, acceptând coexistența somaticului și psihicului, privite ca fiind inseparabile și complementare, în conformitate cu modelul bio-psiho-social. În acest context, medicina psihosomatică/psihosomatica, poate fi definită ca un domeniu interdisciplinar, care aduce în discuție implicarea factorilor emoționali în etiologia afecțiunilor somatice. Caracteristic pentru această categorie de afecțiuni este faptul că ele au un caracter invalidant pentru pacient, similar afecțiunilor organice (somatice). [21, 23]

În anul 2016, statisticile raportau o prevalență a afecțiunilor psihosomatice de 25%-50% în medicina primară, și de 30%-70% în diverse specialități medicale. [25, 26, 37]

Scopul articolului de față este de a sublinia importanța diagnosticării și mai ales a acceptării diagnosticului de afecțiune psihosomatică de către pacient. Articolul are ca punct de plecare un studiu realizat în perioada 2008-2016 [2, 7] și concretizat în teza de doctorat „Afecțiunile psihosomatice în medicina internă. Acceptarea diagnostică și terapeutică” [18]

În acest context, este posibil să extindem noțiunea de „povară” în cazul afecțiunilor psihosomatice fiind vorba despre „suma anilor pierduți și a celor trăiți sub handicapul afecțiunii

calculate în funcție de severitatea dizabilității asociate bolii respective.” [3]

Există trei modele de percepții și comportamente aparținând pacienților cu MUS care utilizează cu frecvență crescută serviciile medicale – adresabilitate crescută: [1, 5, 6]

1. primul model cuprinde pacienți cu un grad crescut de coping, cu un nivel scăzut de anxietate de sănătate și care nu se concentrează excesiv pe simptomatologia lor, dar doresc să primească explicații pentru simptomatologie;
2. un al doilea model, concentrează pacienții cu insight psihologic redus cu privire la boală, cu centrare marcată asupra simptomatologiei vagi și cu revendicare a dreptului de scutire de obligațiile sociale normale;
3. cea de a treia categorie de pacienți prezintă anxietate de sănătate crescută, și sunt revendicativi atunci când percep rezistență la așteptările și solicitările lor.

Fără un diagnostic stabilit cu certitudine, pacientului îi lipsește legitimitatea de a fi recunoscut social ca o persoană bolnavă. Acesta este impactul major al întâlnirii pacientului cu afecțiunea psihosomatică și motivul confruntării cu o dilemă morală. Apar sentimente de rușine, vinovăție, lipsă de speranță și revoltă. Boala deculpabilizează pacientul, prin urmare

stabilirea unui diagnostic este imperios necesară. Înverșunarea de a continua periplul prin cabinetele medicale ale diverselor specialități este determinat de necesitatea de a le demonstra celor din jur că nu este un simulant și în același timp de a găsi o explicație simptomatologiei cu care se confruntă, înlăturând neliniștea provocată de gândul că aceste simptome sunt expresia unei afecțiuni grave, potențial amenințătoare de viață. În acest context, consultația medicală devine o „confruntare” asemănătoare celei de la „curtea de justiție”, iar relația terapeutică „un duet al escaladei antagonismului” între medic și pacient. [36]

Este recunoscut în unanimitate de către lumea medicală, faptul că relația terapeutică îndeplinește un rol important în acceptarea diagnosticului la pacienții cu afecțiune psihosomatică. În esență, relația terapeutică reprezintă doar o interacțiune socială. Aspectul care o deosebește de toate celelalte tipuri de interacțiune socială este tocmai stabilirea unor coduri psihoterapeutice diferite de codurile sociale convenționale. În acest context, anumite tabuuri sunt anulate, dar sunt instituite alte interdicții. Relația terapeutică, în accepțiunea clasică, a suferit mutații importante în ultimul deceniu. Astfel, medicina a preluat modelul introdus de Carl Rogers în psihoterapie și anume, abordarea umanistă – terapia centrată pe client/ pacient în context biopsihosocial. Acest tip de abordare utilizează o serie de concepte terapeutice care au ca nucleu intervenția terapeutică centrată pe evenimentele și dificultățile actuale ale pacientului pentru a-i reda deplina funcționalitate. [31, 32, 34, 35]

În acest context, rolul asumat de către medic în cazul afecțiunilor psihosomatiche, categorie particulară a afecțiunilor cronice, este acela de a învăța pacientul, nu doar cum să participe la vindecarea sa, ci și cum să accepte diagnosticul și să gestioneze simptomatologia. [29, 30, 33]

Relația terapeutică are componente emoționale și de informare; De Blasi și colaboratorii le-au denumit îngrijiri emoționale și cognitive. Îngrijirea emoțională include înțelegere reciprocă, empatie, respect, autenticitate, acceptare și căldură. Îngrijirea cognitivă se referă la culegerea informațiilor, schimbul de informații, educația pacientului și gestionarea așteptării. Acest concept, intercon-

diționează dubla legătură, emoțională și cognitivă, medic – pacient, fiind astfel în măsură să amelioreze calitatea relației interpersonale. [18]

Direcția de abordare terapeutică este una individualizată, în care relația terapeutică va avea un rol din ce în ce mai important. Relația terapeutică influențează gândirea, așteptările și încrederea pacientului, dovedind astfel că diada medic - pacient este esențială pentru un răspuns terapeutic pozitiv (reducerea simptomelor, sau încetinirea progresiei bolii, evitarea apariției complicațiilor). [18]

Acceptarea diagnosticului la pacienții cu afecțiuni cronice este legată în mare măsură de empatia manifestată de medic în relația terapeutică, de abilitățile de comunicare ale medicului și de capacitatea acestuia de a securiza pacientul. Mai mult decât atât, aceste aspecte dobândesc dimensiuni determinante la pacienții cu afecțiuni psihosomatiche. [4, 10, 15, 16]

O relație terapeutică întrunind criteriile unei reale alianțe medic-pacient va conduce către luarea în comun a deciziilor, cu asumarea propriilor responsabilități ce decurg în mod firesc din această relație. Desigur, pacienții au dreptul de a nu accepta diagnosticul și de a nu respecta indicațiile terapeutice. Acest lucru nu înseamnă însă că ei renunță la rolul de pacient și la dreptul lor de a primi asistență medicală (uzând în multe situații de beneficiile secundare ale statutului lor incert din punct de vedere medical, pe care îl permanentizează). [18]

Dar securizarea bolnavului prin confirmarea existenței bolii somatice înseamnă urmarea unui algoritm terapeutic precis stabilit, care include și administrarea unor medicamente. Ajungem astfel în situația riscantă de a provoca iatrogenie fără a avea rezultatul așteptat de bolnav, dacă nu reușim să stabilim cadrul de referință diagnostic (și terapeutic), în consens cu sistemul de credințe și valori al pacientului, astfel încât să realizăm tranziția de la cogniții la comportamente, adică de la a simți/suferi la a acționa corespunzător. [22, 27, 28] În mod particular, în cazul afecțiunilor psihosomatiche și al MUS, pacientului nu i se „distribuie” rolul bine definit de bolnav, negându-se realitatea/veridicitatea simptomatologiei sale. Pornind de la aceasta premisă, a inexistenței bolii, pacientul firește este considerat “sănătos”. Conform logicii elementare dacă nu există o boala care să

poată fi definită printr-un diagnostic anume și nu există un bolnav, nu poate exista un tratament. Și atunci se naște în mod justificat întrebarea din partea pacientului: dacă simptomatologia reclamată nu este expresia unei afecțiuni cum poate fi stabilit un diagnostic și apoi indicată o terapie? De fapt diagnosticul există, el fiind stabilit frecvent prin excludere, iar terapia este una specifică și anume, psihoterapia.[8,10]

Material și metodă

Studiul efectuat pe un număr de 200 de pacienți (100 de pacienți diagnosticați cu afecțiune psihosomatică și 100 de pacienți fără afecțiune psihosomatică aflați în stare de sănătate aparentă / cu afecțiuni cronice care se încadrau în criteriile de eligibilitate ale studiului conform DSM 5 - lot martor), se înscrie în categoria studiilor prospective, mixte, cu un ram calitativ semi-structurat (alcătuit din 6 teste) implicând interviuri și observații, și un ram cantitativ.

Modalitatea concretă de realizare a studiului a fost reprezentată de completarea de către cele două loturi de pacienți, a câte trei chestionare utilizate ca instrumente clinimetrice de lucru: *Factorii determinanți ai satisfacției pacientului în relația cu doctorul* [12], *Chestionarul pentru evaluarea practicii generale* [13] și *Scala atitudinii față de boală* [14], urmată de sistematizarea și prelucrarea statistică a datelor prin analiza calitativă - aplicația software GRETl (soft de analiză statistică) coroborată cu analiza cantitativă - prelucrare dezvoltată de autoarea studiului [18] atât în programul Microsoft Excel (au fost prelucrate în program informațiile din chestionare utilizând funcțiile disponibile în program) cât și în GRETl.[2,17]

Categorie (profil)

- afectat psihosomatic;
 - neafectat psihosomatic
- Subprofil la profilul afectat psihosomatic:
- demoralizat-îngrijorat;
 - demoralizat-dezamăgit;
 - demoralizat-disperat;

Rezultate și discuții

Am ales pentru exemplificare în acest articol, testul numărul 5 scurt din ramul calitativ

al studiului care analizează **abordarea centrată pe pacient din perspectiva bio-psiho-socială.**

În vederea analizării modului în care este percepută abordarea pacientului au fost analizate rezultatele obținute prin prelucrarea statistică a itemului F6 „*Medicul este interesat de mine ca individ și nu doar de boala mea*”. [12]

Analiza acestui item la profilurile stabilite și în baza opțiunilor selectate la pacienții aflați în studiu, a relevat următoarele valori ale mediei scoringurilor: la pacienții aparținând primului profil, valoarea mediei scoringului este (3,58) cu opțiunile «*incert; de acord*», la profilul demoralizat-dezamăgit, valoarea este (3,29), «*incert; de acord*», în timp ce la profilul demoralizat-disperat, am constatat o valoare a mediei scoringului (2), cu opțiunile «*dezacord; dezacord*».

Analiza acestui item cu referire la medicina centrată pe pacient, raportată la media scoringurilor și la opțiunile pe fiecare profil și categorie stabilită a arătat următoarele: la profilul demoralizat - îngrijorat, media scoringului prezintă valoarea (3,69) cu opțiunile «*incert; de acord*», categoria afectat psihosomatic, respectiv, neafectat. La profilul demoralizat-dezamăgit, media scoringului (3,29) cu opțiunile «*incert; de acord*», la categoria afectat psihosomatic, respectiv, neafectat. La profilul demoralizat-disperat (2,00) cu opțiunile «*dezacord; dezacord*», la categoriile afectat psihosomatic, respectiv, neafectat.

Tabel centralizator nr.1 - Rezultatele diseminate cu diferențe între limite pentru itemul F6: *Medicul este interesat de mine ca individ și nu doar de boala mea*

Întrebări conform chestionar	Profil demoralizat - îngrijorat - GPAQ 11 (4); F18(4,5)	Profil demoralizat - dezamăgit - GPAQ 11 (4); F18 (3)	Profil demoralizat - disperat - GPAQ 11 (4); F18 (2)
Respondent	Media scoringului*	Media scoringului*	Media scoringului*
Item F6	3,5833	3,29	2,00

Sursa: Elaborat de autor [18]

Interpretare: din analiza calitativă a acestui item am concluzionat faptul că atunci când pacientul se află pe un nivel superior de afectare în contextul diagnosticului de afecțiune psiho-

somatică, apare necesitatea practicării medicinei individualizate, personalizate, chiar la pacienții care au o relație terapeutică bună și acceptă diagnosticul. Pacienții profilului demoralizat-disperat prezintă opțiunea «dezacord», ceea ce confirmă constatările expuse anterior, fapt care în practica medicală curentă poate conduce către ceea ce se numește „duetul de escaladare al antagonismului” în care apare alterarea relației terapeutice până la dizolvarea acesteia.

Am constatat o scădere a nivelului de satisfacție în ceea ce privește credința pacientului că este tratat conform criteriilor medicinei centrată pe pacient, și în consecință a nivelului de satisfacție cu privire la acest aspect, de la primele două profiluri, categoria afectat psihosomatic, la care opțiunile sunt identice, către cea de-a treia categorie la care indicele de satisfacție este mult scăzut, «dezacord».

Acceptarea diagnostică

Pentru a analiza nivelul de acceptare a indicațiilor primite de la personalul medical a fost analizat itemul F13 [12]: „Consider sfaturile (indicațiile) medicului meu potrivite stării mele medicale”. Analiza calitativă a acestui item, coroborată cu analiza itemilor cheie, menționați anterior, la profilurile și cu opțiunile stabilite a condus la următoarele constatări: (3,91) «incert; de acord» la profilul demoralizat – îngrijorat. La profilul demoralizat-dezamăgit, media scoringului este de (3,43), cu opțiunile «incert; de acord», în timp ce la profilul demoralizat-disperat, media scoringului este de (4,00), cu opțiunile «de acord; de acord».

Întrebări conform chestionar	Profil demoralizat - îngrijorat – GPAQ 11 (4); F18(4,5)	Profil demoralizat - dezamăgit - GPAQ 11 (4); F18 (3)	Profil demoralizat -disperat - GPAQ 11 (4); F18 (2)
Respondent	Media scoringului*	Media scoringului*	Media scoringului*
Item F13	3,9167	3,43	4,00

Tabel centralizator nr.2 - Rezultatele diseminate cu diferențe între limite la itemul F13: Consider sfaturile (indicațiile) medicului meu potrivite stării mele medicale [12] [18]

Interpretare: pacienții cu afectare psihosomatică aparținând primelor două

profiluri, se situează în zona de incertitudine, în timp ce pacienții cu afectare severă psihosomatică acceptă indicațiile de terapie.

Prin analiza itemilor care descriu o serie de sindroame caracteristice afecțiunilor psihosomatice (conform Criteriilor de diagnostic pentru afecțiunile psihosomatice - DCPR), am desprins o serie de aspecte pe care le expun în continuare.

Relația terapeutică cu referire la indicele de satisfacție

Ecuatia, relația terapeutică – indicele de satisfacție a pacientului a fost analizată plecând de la răspunsurile obținute la itemul *itemul F20* „Mai presus de toate, sunt mulțumit de relația (colaborarea) cu medicul meu.”[12]

Analiza datelor prelucrate statistic la cele patru profiluri relevă: la profilul general, media scoringului (4,34). Opțiunea la categoria afectat «de acord», opțiunea la categoria neafectat «total de acord». Opțiunea pe maxim, neafectat «total de acord», opțiunea pe minim, afectat «dezacord».

Analiza datelor prelucrate statistic la profilul demoralizat-îngrijorat, media scoringului (3,67), opțiunile la acest profil, la categoria afectat «incert», la categoria neafectat «de acord». Opțiunea pe maxim, neafectat «total de acord», opțiunea pe minim afectat «dezacord».

La profilul demoralizat-dezamăgit: media scoringului (3,00). Opțiunile la categoria afectat «incert», categoria neafectat «incert». Opțiunea pe maxim, categoria neafectat «de acord», opțiunea pe minim, afectat «dezacord».

La profilul demoralizat-disperat, media scoringului (3,00). Opțiunile sunt doar la categoria de pacienți afectați «incert; incert». Opțiunea pe maxim «incert» opțiunea pe minim afectat «incert».

Întrebări conform chestionar	Profil demoralizat - îngrijorat – GPAQ 11 (4); F18 (4,5)	Profil demoralizat - dezamăgit - GPAQ 11 (4); F18 (3)	Profil demoralizat-disperat - GPAQ 11 (4); F18 (2)
Respondent	Media scoringului*	Media scoringului*	Media scoringului*
Item nr 3	3,6667	3,00	3,00

Tabel centralizator nr.3 - Rezultatele diseminate cu diferențe între limite la itemul F20: Mai presus de toate, sunt mulțumit de relația (colaborarea) cu medicul meu Sursa: Elaborat de autor [18]

Interpretare: la pacienții cu afecțiuni psihosomatice aparținând lotului studiat, care au o relație terapeutică caracterizată prin opțiunea «satisfăcător» (item reper 11* [13]), acceptă indicațiile de terapie în mod diferit pe cele trei profiluri analizate (item reper F18* [12]), analiza itemului considerat cheie de control pentru chestionarul [13] a evidențiat următoarele, luând în considerație respondenții participanți la studiu: media scoringului scade odată cu gradul afectării. Referitor la opțiunile acestor pacienți pe cele două categorii afectat/neaffectat, am constatat că acestea se înscriu în registrul «dezacord/ incert/ dezacord», în timp ce la categoria neaffectat, constatăm opțiunile «total de acord / de acord», la primul profil, pentru ca odată cu creșterea gradului de afectare psihosomatică să constatăm o modificare a opțiunilor, ajungându-se la «incert/ dezacord» la profilul demoralizat-dezamăgit (în concordanță cu opțiunile itemului reper F18[12]). Constatăm că la profilul demoralizat-disperat regăsim o singură variantă în ceea ce privește opțiunile, (existând de altfel doar categoria afectat), și anume, «incert».

Am constatat că atât la itemul 11 [13], cu opțiunile «satisfăcător», cât și la itemul F20 [12], cu opțiunile «incert», la toate cele trei profiluri, la categoria afectat psihosomatic, există opțiuni identice, cu indice de satisfacție scăzut (dezacord) sau situat în zona de incertitudine.

Concluzionând:

Incertitudinea este o caracteristică a pacientului cu afecțiune psihosomatică, regăsindu-se atât în acceptarea diagnostică cât și în indicele de satisfacție al pacientului.

Cu cât gradul afectării psihosomatice crește (de la profilul demoralizat – îngrijorat către profilul demoralizat - disperat), gradul de incertitudine este mai evident și indicele de satisfacție al pacientului, mai scăzut. [5, 17, 24]

*Addenda:

Itemii reper (tabele și text):

GPAQ 11- [13]: *Sunteti mulțumit să mergeți la consultația la acest medic ?*

F18 – [12]: *Intenționez să urmez sfaturile oferite de medicul meu .*

Bibliografie:

- [1] Abitov R. Ildar, Model of Psychological Disadaptation at Psychosomatic and Neurotic Disorders, Review of European Studies; Vol. 7, No. 1; 2015, ISSN 1918-7173 E-ISSN;
- [2] Aiarzaguena J. M., et. al, Somatization in primary care: experiences of primary care physicians involved in a training program and in a randomised controlled trials, BMC Family Practice, Published online, 2009 Nov 25;10-73;
- [3] Andrews, Creamer, Crino et al., Terapia tulburarilor anxioase. Ghid practice pentru terapeuți și pacienți, Editura Polirom 2007;
- [4] Amiel CR, Fisher HM, Antoni MH, Concerns about Breast Cancer, Pain, and Fatigue in Non-Metastatic Breast Cancer Patients Undergoing Primary Treatment, Healthcare (Basel). 2016 Aug 26;4(3) E62.doi: 10.3390/healthcare4030062;
- [5] Athula Sumathipal, Sisira H Siribaddana, Understanding the explanatory model of the patient on their medically unexplained symptoms and its implication on treatment development research: A Sri Lanka Study, BMC Psychiatry 8(1):54, February 2008, DOI: 10.1186/1471-244X-8-54 Source: PubMed;
- [6] Barsky J. A. și colab, A neural circuit framework for somatosensory amplification in somatoform disorders, The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, online exclusives, February 26, 2015, Vol. 27, Issue 1, Winter 2015, pp e40-e50;
- [7] Bauß R., Correspondence (letter to the editor): Unintended Answer to the Nocebo Question, Dtsch Arztebl Int. 2013 Jan; 110(4): 58, Published online 2013 Jan 25. doi: 10.3238/arztebl.2013.0058a, PMID: PMC3570955;
- [8] Brookhart Alan M, Rassen Jeremy A, Schneeweiss Sebastian, Instrumental variable methods in comparative safety and effectiveness research, Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2010 Jun; 19(6): 537; “The Application of Forecasting Techniques to Modelling Emergency;
- [9] Brown R.J., The treatment of challenging and complex cases, Medically unexplained symptoms, Chapter 12, Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy, Routledge, Taylor & Francis Group, 2006;

- [10] Chaturvedi SK, Maguire G Peter, Somashekar BG, Somatization in cancer, *Int Rev Psychiatry*, 2006 Feb; 18(1):49-54;
- [11] Chaturvedi S.K., Desai G& Shaligram D, Somatoform disorders, somatization and abnormal illness behaviour, *International Review of Psychiatry*, Pages 75-80 | Published online: 11 Jul 2009, <http://dx.doi.org/10.1080/09540260500467087>;
- [12] Fava G.A., Freyberger H.J.,Bech P. .et.al Diagnostic Criteria for Use in Psychosomatic Research,*Psychother Psychosom* 1995;63:1-8; (DOI:10.1159/000288931) Determinants Factors of Patient Satisfaction with Physician interaction;
- [13] Fava G.A., Freyberger H.J.,Bech P. .et.al Diagnostic Criteria for Use in Psychosomatic Research,*Psychother Psychosom* 1995;63:1-8; (DOI:10.1159/000288931) - General Practice Questionnaire Assessment;
- [14] Fava G.A., Freyberger H.J.,Bech P. .et.al Diagnostic Criteria for Use in Psychosomatic Research, *Psychother Psychosom*1995;63:1-8; (DOI:10.1159/000288931) - The Illness Attitude Scales;
- [15] Conley CC, Bishop BT, Andersen BL, Emotions and Emotion Regulation in Breast Cancer Survivorship, *Healthcare (Basel)*. 2016 Aug 10;4(3). pii: E56. doi: 10.3390/h;
- [16] Conley CC, Bishop BT, Andersen BL, Emotions and Emotion Regulation in Breast Cancer Survivorship, *Healthcare (Basel)*. 2016 Aug 10;4(3). pii: E56. doi: 10.3390/h;
- [17] Cronin E., Brand B, Mattanah F. J, The impact of the therapeutic Alliance on treatment outcome in patient with dissociative disorders, *European Journal of Psychotraumatology*, Published Online 2014 Mar. 6, doi:10.3402/epj.v 5.22676;
- [18] Curis C., *Afecțiunile psihosomatice in medicina interna – acceptarea diagnostica si terapeutica*. Teza doctorat, 2017;
- [19] Curis C., *Algoritm de diagnostic rapid al afecțiunilor psihosomatice*, Ed. Olimpias, 2016; ISBN 978-606-915-027-6;
- [20] Curis C., *Repere teoretice si practice in afecțiunile psihosomatice. Acceptarea terapeutica in relație cu alianța terapeutica*, Ed. EUROPLUS, Galați, 2016, ISBN 968-606-628-171-3;
- [21] Darrel A. Regier, Emily A. Kuhl, David J. Kupfer, The DSM-5: Classification and criteria changes, *World Psychiatry – Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2013 Jun; 12(2):92-98;
- [22] Dawson D, Moghadda N, *Formulation in Action: Applying Psychological Theory to Clinical Practice*, de Gruyter Open Ltd, Warsaw/Berlin, 2015;
- [23] Demazeux S., Singy P., *The DSM-5 in Perspective, Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel*, Springer Science + Business Media Dordrecht 2015, ISBN 978-94-017-9765-8 (eBook);
- [24] Fink George, *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, *Handbook of Stress*, Volume I, Elsevier 2016, ISBN 978-0-12-800951-2;
- [25] Fritzsche K,Scheib P, Ko N,Wirsching M, Kuhnert A,Hick J,Schüßler G, Wu W, ShenYuan, Huu Cat N,Vongphrachanh S,Linh N.T,Kim N.Vietand and the ASIA-LINK Workgroup, Results of a psychosomatic training program in China, Vietnam and Laos: successful cross-cultural transfer of a postgraduate training program for medical doctors, *BioPsychoSocial Medicine*, The official journal of the Japanese Society of Psychosomatic Medicine,;Fritzsche, K., Scheib, P., Ko, N. et al. *BioPsychoSocial Med* (2012) 6: 17. doi:10.1186/1751-0759-6-17;
- [26] Frough Riahi, Maryam Izadi-mazidi, Niloufar Khajeddin, Shahriar Nasirzadeh, Fatemeh Shafieian, Ammar Helalinasab and Mozhgan Deilamani, Investigation of Mental Health in Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms, *Iran J Psychiatry*. 2016 January; 11(1): 24–29.ealthcare4030056;
- [27] Gelso C, A tripartite model of the therapeutic relationship: theory, research, and practice, *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research* 2014;24(2):117-31, Epub 2013, Nov 5;
- [28] Graffigna Guendalina, Elena Vegni, A. Claudio Bosio, *The Challenges of Conceptualizing Patient Engagement in Health Care: A Lexicographic Literature Review*, *Journal of Participatory Medicine*, Vol. 6 Jun 11, 2014;
- [29] Grassi L., Rosangela Caruso, Silvana Sabato et al., Psychosocial screening and assessment in oncology and palliative care settings, *Frntiers in Psychology*, Hanssen DJ, Lucassen PL, Hilderink PH et.al, Health-related quality of life in older persons with medically unexplained symptoms, *Int J Geriatr Psychiatry*, 2016 Jul 20;
- [30] Hauateiner – Wiehle C, Schaefer R, *Therapeutic relationship and communications*.

- Attitude towards patients with functional pain syndromes, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2014 Feb; 47(2):165-73; *Psychology Care Settings*, 07 Jan 2015;
- [31] Hildering PH, Collard R, Rosmalen JG, Oude Voshaar RC, How does ageing affect the impact of medically unexplained symptoms and medically explained symptoms on health-related quality of life?, *Int J Geriatr. Psychiatry*, 2015 Jul; 30(7): 737-43;
- [32] Hildering PH, Collard R, Rosmalen JG et oth, 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):151-6;
- [33] Huang Heather, Meller William, Yasuhiro Kishi & Kathol Roger G., What is integrated care? *International Review of Psychiatry*, 2014; 26: 620–628;
- [34] Issac ML, Paauw DS, Medically unexplained symptoms, *Med Clin North Am*, 2014, May; 98(3):663-72;
- [35] Jimenez XF, Attachment in medical care: a review of the interpersonal model in chronic disease management, *Chronic Illness* 2016 Jun 6;
- [36] Maddux E.J., Winstead A. B., *Psychopathology foundations for a contemporary understanding*, Fourth edition, Routledge Taylor&Francis Group New York and London, 2016, Chap. Somatic symptom and related disorder, 291-295;
- [37] Rask MT, Carlsen AH, Butdz – Lilly A, Rosendal M, Multiple somatic symptoms in primary care patients: a cross-sectional study of consultation content, clinical management strategy and bourden of encounter, *BMC Family Practice*, 2016 Jul 30, 17:100. Doi:10.1186/s 12875-016-0478-z