

Anksiozni bolesnik u obiteljskoj medicini – Balintov pristup

mr. sc. Stanislava Stojanović-Špehar,¹ prof. dr. sc. Sanja Blažeković-Milaković, Suzana Kumbrija, dr. med.¹
mr. sc. Svjetlana Šupe,² prim. dr. sc. Vedran Bilić,³ Jadranko Galić,⁴ psiholog, Hrvoje Vuković, dr. med.⁵

¹Katedra za obiteljsku medicinu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“

²Klinika za neurologiju, KBC Rebro

³Klinika za psihološku medicinu, KBC Rebro

⁴Psihijatrijska bolnica Vrapče

⁵Ambulanta opće medicine, Zadar

U promociji psihološkog pristupa bolesnicima i izgradnji odnosa liječnik-bolesnik u Hrvatskoj je od 1983. prisutan rad u Balintovim grupama. Hrvatsko društvo Balintovih grupa svake godine organizira tečaj o jednoj od tema terapijskog i profesionalnog odnosa. Podaci pokazuju da je nakon završenih tečajeva značajno unaprijeđeno znanje o anksioliticima ($P=0.001$), njihovoj indikaciji ($P<0.001$) i načinu primjene ($P=0.002$) te promijenjen stav o primjeni psihoterapije (suportivne) u obiteljskoj medicini ($P=0.012$). Liječnici su se nakon rada u Balintovim grupama značajno razlikovali u poznavanju vrsta psihoterapije ($P=0.002$) i učestalosti primjene u praksi ($P=0.007$) te pojmu „liječnik kao lijek“ ($P=0.003$). Budući da anksioznost dobiva razmjere globalnog zdravstvenog problema, a da je točnost dijagnosticiranja svega 25% u obiteljskoj medicini, svaka je edukacija veliki doprinos u rješavanju problema

Prema izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) za 2001. g.¹ prevalencija mentalnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je u prosjeku 24%, uz generalizirane anksiozne poremećaje (GAP) od 7,9%. Značajni dio svjetske populacije je zahvaćen kroničnom i prekomjernom anksioznošću, tako snažnom da se njen učinak na zdravlje smatra težim od plućnih bolesti, poremećaja spavanja, ovisnosti o lijekovima, te depresije.²

Svjetska zdravstvena organizacija u istom izvještaju u domeni mentalnog zdravlja preporučuje integraciju skrbi za mentalno zdravlje u primarnu zdravstvenu zaštitu zbog niza prednosti, a prvenstveno zbog manje stigmatizacije samih bolesnika, bolje mogućnosti probira i bolje terapije mentalnih poremećaja ukoliko su povezani s organskim bolestima.³ Glavni preduvjet za takvu integraciju je da zdravstveno osoblje u primarnoj zaštiti ima znanja, vještine i motivaciju za dijagnostičko-terapijski pristup bolesnicima s psihološkim problemima. U literaturi se navodi da je oko polovice bolesnika s takvim problemima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti neprepoznato, a trećina prepoznatih je krivo dijagnosticirana i liječena. Iako je terapija preporučena u 60% prepoznatih slučajeva, svega u 5% je odgovarajuća.⁴

Liječnici sami izražavaju nezadovoljstvo prethodnom edukacijom o tom području i čak ih dvije trećine smatra da im je potrebna dodatna edukacija iz komunikacije i psihološkog savjetovanja.^{5,6}

Posljedica je pretjerano i nepotrebno upućivanje bolesnika psihijatru ili pribjegavanje medikaciji kao mogućem rješenju, koje je najčešće neodgovarajuće.⁷ Takvo ponašanje obiteljskih liječnika neizostavno dovodi od udaljavanja od bolesnika, koji pokazuje sve manje povjerenja, dok se postojeća simptomatologija produbljuje ili kumulira.

Još prije dvadeset godina činilo se da su benzodiazepini spasonosni lijekovi za takve bolesnike, ali danas je poznato da su odgovorni za stvaranje ovisnosti te se postavlja pitanje kako smanjiti i spriječiti jatrogenizaciju.⁸ Prema podacima, i liječnici koji imaju korektno znanje o primjeni anksiolitika te se dodatno o tome educiraju podcjenjuju mogućnost ovisnosti i olako ih i dalje prepisuju.^{9,10}

Broj liječenih ovisnika o sedativima u Hrvatskoj prema podacima Ministarstva zdravstva za 2000. g. na trećem je mjestu s udjelom od 4% iza liječenih ovisnika o opijatima, koji su na prvom mjestu s udjelom od 67%, te liječenih ovisnika o kanabinoidima s udjelom od 23%.¹¹

Liječnici koji su orijentirani samo na bolest, a ne na bolesnika kao cjelovitu ličnost, bez psihoterapijskog pristupa dobivaju „čestog korisnika zdravstvene zaštite“, nezadovoljnog bolesnika, „teškog bolesnika“, ali i vlastito nezadovoljstvo u radu.

Bellon¹² je dokazao da je mentalno zdravlje faktor najjače povezan s učestalim posjetima liječniku.

Liječnici opće medicine procjenjuju da trećina učestalih bolesnika ima kombinirane fizičke i psihičke tegobe, a više od polovice subkliničke ili kliničke psihijatrijske simptome.¹³ Pozitivan međudržaj liječnika i bolesnika preduvjet je za prepoznavanje i dijagnostiku psihološke sastavnice u iskazanom problemu bolesnika, bez obzira na uzrok, ali i liječničkoj primjeni onoga što smo takvim pristupom razumjeli, bez obzira je li iskazano verbalnom ili neverbalnom komunikacijom. Još 60-ih godina 20. st. Michael Balint upozoravao je na važnost ove sastavnice i započeo rad u grupama s liječnicima opće medicine. Balintova grupa je mjesto gdje liječnik ili drugi profesionalac treniraju i senzibiliziraju se za psihološko, prije svega nesvjesno svoga bolesnika, ali i sebe samoga, što je još daleko teže. Glavna intencija takvoga rada zapravo je da liječnik praktičar proživi doživljaje sa svojim bolesnicima u grupi i da uz ostale članove grupe što manje upada u prijenosne i protuprijenosne pogreške (u iznošenju odigra ulogu pacijenta ulazeći u ozbiljan dijalog s članovima grupe).

Analizirajući Balintovu metodu nemoguće je zaobići ulogu vodičtelja. Vrlo bitna činjenica je njegova osobnost i znanje kako bi pomogao članovima grupe odvojiti emocionalne doživljaje od bolesnikovih.

U promociji psihološkog pristupa pacijentima i izgradnji odnosa liječnik-bolesnik u Hrvatskoj je od 1983. prisutan rad u Balintovim grupama. Hrvatsko društvo Balintovih grupa (HDBG) svake godine organizira tečaj s jednom od tema terapijskog i profesionalnog

odnosa. Tema tečaja 2005. g. bila je „Anksiozni bolesnik u obiteljskoj medicini (Balintov pristup)“. Interes ovoga rada bio je evaluirati stavove, znanja i vještine polaznika tečaja diljem Hrvatske o psihoterapijskom pristupu pacijentu i farmakoterapiji koje primjenjuju u svom radu s anksioznim bolesnicima.

Materijal i metoda

Tečajevi su u Hrvatskoj održani u različitim regijama (Zagreb, Šibenik, Zadar, Valpovo), a prisustvovali su im osim liječnika opće medicine i liječnici školske medicine te psihijatri. Tečajevi su organizirani vikendom. U uvodnim predavanjima su izneseni neurofiziološki aspekti GABA-sustava i benzodiazepina, upotreba i zloupotreba anksiolitika, psihoanalitička koncepcija razvoja ličnosti, anksiozni poremećaji kod djece. U Balintovim grupama, najprije oglednim za sudionike koji su se prvi put susreli s takvim načinom rada, raspravljalo se o istim temama na realnom problemu iz prakse, s naglaskom na psihološkoj sastavnici i njenoj upotrebi u dijagnostičko-terapijske svrhe. Evaluacijom u velikoj grupi usuglašavani su stavovi, znanja i vještine iz tog područja. Za evaluaciju promjene stavova i znanja na početku i na kraju tečaja polaznici su ispunjavali upitnike koji su sadržavali pitanja o iznesenom medicinskom znanju, stavovima i vještinama psihoterapijskog pristupa. Struktura ispitivanja prikazana je u TABlici 1.

Statistička analiza

Rezultati su prikazani parametrima deskriptivne statistike. Kvalitativni podaci su prikazani apsolutnim i relativnim frekvencijama. Razlike u odgovorima prije i poslije edukacije su testirane Studentovim testom za zavisne uzorke. Vjerojatnosti $p < 0.05$ su smatrane statistički značajnima. Statistička obrada je rađena korištenjem softvera *Statistica*.

Rezultati

Od 90 liječnika koji su sudjelovali u ispitivanju 16 ih je prošlo Balintov trening (balintovci), a 74 ih se prvi put susrelo s radom u Balintovim grupama (nebalintovci).

Usporedba skupina balintovaca i nebalintovaca nije pokazala statistički značajnu razliku u prosječnoj starosnoj dobi. Ispitanici koji imaju trening u Balintu prosječno su u dobi od 46,2 godine, a oni bez treninga 42,5 godina (TABLICA 2). Razlike po spolu između skupina nisu značajne, u obje je više pripadnika ženskog spola. Kod balintovaca 81,3%, kod nebalintovaca 83,2%.

Skupina ispitanika s Balintovom edukacijom u 43,8% dodatno je educirana iz psihološke medicine, a druga skupina u 11,8%. Tečajeve trajne edukacije s ostalom tematikom ispitanici s Balintovim treningom imaju u 31,25%, a skupina nebalintovaca 21,05%. Među skupinama ne postoji razlika u zainteresiranosti za trajnu edukaciju, premda balintovci statistički značajno imaju veće interese za tečajeve iz psihološke medicine (TABLICA 3).

Što su anksiolitici nije znalo 1,6% ispitanika, točnu definiciju je znalo 38,7% ispitanika, a 59,7% ispitanika imalo je orijentacijsko znanje o tome prije početka tečaja. Na kraju tečaja postoji statistički značajno bolje znanje ($P=0,001$) o tome što su anksiolitici. Precizno je definiralo što su anksiolitici 69,4% ispitanika, a 29% je orijentacijski definiralo pojam. Indikaciju za primjenu anksiolitika na početku tečaja nije znalo samo 3,2% ispitanika, nabrojiti sve indikacije je znalo 25,8% ispitanika, a njih 71% je znalo nabrojiti po neku indikaciju. U završnom upitniku pokazali su statistički signifikantno ($P < 0,001$) bolje znanje: 71% je znalo nabrojiti sve indikacije, a 29% samo pojedine.

Koliko dugo i kako uzimati anksiolitike na početku nije znalo 37,1% ispitanika, djelomično je znalo 40,3%, a svega 22,6% je točno odgovorilo. U drugom upitniku ispitanici su statistički značajno poboljšali ($P=0,02$) svoje znanje: 21% još uvijek nije usvojilo to znanje, 22,6% je djelomično znalo, a 56,5% je točno odgovorilo (TABLICA 4).

Prije i poslije tečaja postoji statistički značajna razlika u poznavanju vrsta psihoterapija kojima se mogu služiti liječnici opće medicine ($P < 0,001$). Na početku 40,9% ispitanika nije poznavalo vrste

Tablica 1. Ispitanici

Ispitanici	N	(%)
Liječnici o./o.* medicine	43	47,8%
Liječnici spec. o./o. medicine	37	41,2
Psihijatri	3	3,3
Specijalisti školske medicine	5	5,5
Epidemiolozi	2	2,2
Ukupno	90	100

*O./O. – Opća/obiteljska

Tablica 2. Razlike po dobi i spolu između balintovaca i nebalintovaca

Karakteristike	balintovci	p	nebalintovci
dob	46,2 +/- 5,1 (41-60)	0,101	42,5 +/- 8,6 (26-63)
ženski spol	13 (81,3%)	0,851	79 (83,2%)

Tablica 3. Razlike u trajnoj edukaciji između balintovaca i nebalintovaca

	nebalintovci		balintovci		p
Tečaj trajne edukacije	20 (N)	21,05%	5 (N)	31,25%	0,562
Tečaj psihološke medicine	11 (N)	11,8%	7 (N)	43,8%	0,005

Tablica 4. Evaluacija znanja ispitanika o primjeni anksiolitika (prije i poslije tečaja)

	Anketa I (%)			Anketa II (%)			p
	netočno	djelomično	točno	netočno	djelomično	točno	
1. Što su anksiolitici?	1,6	59,7	38,7	0	30,6	69,4	0,001
2. Indikacije za primjenu?	3,2	71,0	25,8	0	29,0	71,0	<0,001
3. Koliko dugo i kako davati?	37,1	40,3	22,6	21,0	22,6	56,5	0,002

psihoterapije, 29% je djelomično znalo, a svega je 30,1% znalo točno. Na kraju je taj odnos bio sljedeći: 15,1% nije još uvijek poznavalo vrste psihoterapije, 29% je ostalo pri djelomičnom poznavanju, a 55,5% je usvojilo znanje tijekom rada u Balintovu treningu (TABLICA 5).

Značajno se promijenio stav o praktičnoj primjeni psihoterapije u vlastitom radu ($P=0,012$). Na početku je 27,5% ispitanika izjavilo da nikad ne koristi psihoterapiju u svojoj praksi, 22,2% povremeno, a 50,5% svakodnevno. Postoji statistički značajna promjena stava na kraju tečaja: svega 5,5% ispitanika nikada ne bi koristilo psihoterapiju u svakodnevnoj praksi, 38,5% povremeno, a 56,5% bi koristilo svakodnevno neki oblik psihoterapije (TABLICA 6).

Na početku tečaja postoji statistički značajna razlika između balintovaca i nebalintovaca o poznavanju vrsta psihoterapije ($P=0,002$) i učestalosti primjene ($P=0,007$) u praksi te pojmu „liječnik kao lijek“ ($P=0,003$). Nebalintovci su u 52% poznavali vrste psihoterapije, a balintovci u 94%. U praksi je 67% nebalintovaca primjenjivalo psihoterapiju, za razliku od 100% balintovaca. Definirati pojam „liječnik kao lijek“ znalo je 54% nebalintovaca i 100% balintovaca (TABLICA 7).

Rasprava

Uočen je pozitivan stav prema primjeni suportivnih psihoterapijskih metoda u nepsihijatrijskim medicinskim strukama. Već na početku tečaja gotovo 90% ispitanika pozitivno su se izrazilo o toj potrebi, ali je svega trećina onih koji su na početku imali znanja i vještine vezano uz vrstu psihoterapije koju mogu koristiti nepsihijatri. Tijekom tečaja je statistički značajno usvojeno znanje o vrstama psihoterapije u svakodnevnom radu liječnika. Signifikantno je i usvajanje stava o vlastitoj primjeni tih vještina u praksi u odnosu na stav prije tečaja.

Rad u općoj medicini za razliku od bolničkog, koji je orijentiran prema bolesniku i bolesti, mora biti usmjeren prema pacijentu kao

Tablica 5. Poznavanje vrsta psihoterapije (svi ispitanici)

	Anketa I (%)			Anketa II (%)		
	netočno	djelomično	točno	netočno	djelomično	točno
Vrste psihoterapije	40,9	29,0	30,1	15,1	29,0	55,5

P<0,001

Tablica 6. Stav o primjeni suportivne psihoterapije (svi ispitanici)

	Anketa I (%)			Anketa II (%)		
	nikada	povremeno	svakodnevno	nikada	povremeno	svakodnevno
Primjena psihoterapije	27,5	22,0	50,5	5,5	38,5	56,0

P=0,012

Tablica 7. Razlika u znanju, stavu i vještini između nebalintovaca i balintovaca na početku tečaja

Anketa I	nebalintovci (%)		balintovci (%)		P
	netočno	točno	netočno	točno	
Vrste psihoterapije	48,0	52,0	6,0	94,0	0,002
Primjena psihoterapije	33,0	67,0	0	100,0	0,007
Liječnik kao lijek	46,0	54,0	0	100,0	0,003

osobi i obiteljima koje su u njegovoj skrbi. Rad je usmjeren na promoviranje zdravog ponašanja, uz pružanje podrške u stresnim situacijama i pomaganje u situacijama od loše prilagodbe prema ponovnom obnavljanju i uspostavljanju odgovarajućih adaptivnih mehanizama (coping mehanizam). Najznačajnije mjesto za liječnika ovog profila imaju i znanja o mehanizmima za bavljenje stresom i kriznim stanjima, te terapijskim pristupima za ponovnim uspostavljanjem homeostaze, jednako kod osoba koje pate od fizičkih bolesti, nesreća ili psihičkih bolesti i poteškoća.¹⁴

Važno je napomenuti da se po poznavanju vrsta psihoterapije i primjeni u praksi značajno razlikuje skupina u kojoj ispitanici već imaju prethodni trening u Balintovim grupama i ona koja takvog iskustva nema, što naglašava vrijednost rada i dodatne edukacije u grupama Balintove metode. Izvještaj Svjetske zdravstvene organizacije za 2001. godinu navodi prosječnu prevalenciju dijagnosticiranih mentalnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti od 24%,¹ što je i potvrda tvrdnje Michaela Balinta da je četvrtina rada liječnika obiteljske medicine čista psihoterapija.¹⁵ Izvještaj o mentalnim bolestima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Hrvatskoj na prvome mjestu navodi neuroze i afektivne poremećaje povezane sa stresom i somatoformnim poremećajem (F40-F48) uz udio od 58%.¹⁶ Dodatno treba naglasiti da su evidentirane bolesti i poteškoće samo vidljivi dio sante leda jer nisu uključene polimorfne forme kao glavobolje, različiti oblici ovisnosti, PTSP, seksualni poremećaji, a posebice psihosomatika koja se uglavnom u praksi bilježi pod šifrom somatske bolesti (ulkus, GERB, colitis, astma,...).¹⁴

Podaci ovog rada potvrđuju i dosadašnja saznanja da je medikamentozna terapija oduvijek bila korištena kao zamjena za medikament „liječnik kao lijek“.¹⁵ Takav oblik intervencije prihvatljiviji je i „lakši“ za bolesnika i liječnika, a često uključuje i nedostatno znanje i vještine u primjeni vlastite osobnosti kao medikamenta, što je vidljivo i iz podataka naših ispitanika.

Analizom rezultata o znanju ispitanika svega oko 1% njih nije na početku znao što su to anksiolitici, indikaciju za njihovu primjenu, koliko i kako ih davati. Preciznu definiciju anksiolitika je znalo svega oko trećine ispitanika, sve indikacije za propisivanje četvrtina, a točnu duljinu trajanja terapije 6%. Na kraju tečaja značajno je promijenjeno znanje o tom području, što opravdava ovakav vid edukacije.

Prediktori koji se u literaturi navode za propisivanje benzodiazepina su ženski spol, starija dob, zdravstveno stanje i socijalni faktori te karakteristike liječnika.^{17,18} I liječnici koji imaju korektno znanje o primjeni anksiolitika te se dodatno o tome educiraju podcjenjuju mogućnost ovisnosti i olako ih i dalje prepisuju.^{7,8} U

literaturi se navodi stagnacija prepisivanja benzodiazepina, a u porastu je prepisivanje antidepresiva, i to više među psihijatrima nego u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.¹⁹

Smanjen prepisivanje benzodiazepina ima za posljedicu zamjenu s drugim psihotropnim, ²⁰ lijekovima koji ne moraju imati pozitivne konzekvence.²¹ Svi podaci navode na zaključak da su liječnici nedovoljno upoznati i educirani u psihološkom pristupu te ostaju prepušteni sami sebi i svojoj sposobnosti snalaženja s golemim brojem teških pacijenata, koji ih odvođe u prebrzi *burn out*.²² Liječnici doeducirani u Balintovoj metodi pokazuju dublji psihosocijalni angažman u svakodnevnom rutinskom radu, nude veću emocionalnu potporu i obiteljski angažman, a to ne utječe na duljinu njihovih konzultacija i učinkovitost u liječenju somatskih bolesti.²³

Psihosomatski pacijenti koji uz liječenje somatske sastavnice dobiju i psihosocijalni tretman pokazuju bolje rezultate liječenja.²⁴ Pacijenti s kompleksnim psihološkim problemima nakon uspješne psihoterapije smanjuju učestalost svojih posjeta i kod liječnika obiteljske medicine.²⁵ Obiteljski liječnici koji su orijentirani samo na bolest, a ne na pacijenta kao cjelovitu ličnost bez psihoterapijskog pristupa dobivaju kao bumerang „čestog posjetioca.“

Ispitivanjem povezanosti somatizacije i učestalih dolazaka nađeno je da je trećina učestalih posjetioca sklona somatiziranju, s čime je povezana hipohondrijska ličnost i psihijatrijski komorbiditet.²⁶ Liječnici bez treninga u komunikacijskim vještinama koriste uglavnom pristup u kojem je liječnik središnja osoba, a takav pristup bolesnicima u emocionalnom distresu ima velika ograničenja.²⁷ Ukoliko bolesnik ne pokazuje nesuradljivost i „nije težak“, teško će liječnik opće medicine prepoznati njegov poremećaj osobnosti.²⁸ Stoga liječnici moraju aktivnije poznavati životne stilove i prethodne životne događaje bolesnika, u čemu su posebno insuficijentni.²⁹⁻³¹

Senzibilizacija za takve, najčešće nesvesne poruke u odnosu liječnik-bolesnik postiže se vježbom i proučava u okružju Balintove grupe. Ponovno proživljena iskustva sa svojim bolesnikom u grupnom radu s ostalim članovima grupe čine nas senzitivnim na nesvesno i obogaćuju našu psihološku svijest i znanje o pogrešno shvaćenim i neprepoznatim psihološkim mehanizmima. U literaturi se također navodi da se u Balintovoj grupi stječu sigurnost, mirnoća, zrelost i unutrašnji mir, čak i u konfrontaciji s najtežim slučajevima u praksi obiteljske medicine.³² Sigurno i zaštićeno ozračje Balintove grupe, koja ima ulogu obiteljskog ozračja utječe na jačanje ega liječnika i razvija njegovo samopouzdanje.³³ Opservacija u grupi upozorava³⁴ na načine ponašanja u koje se upada pri pokušaju rješavanja najčešće vlastitih nerealističnih profesionalnih očekivanja i omogućava njihovu zamjenu adekvatnijim u svrhu unaprjeđenja pacijentovog i liječnikovog zadovoljstva, tj. ukazuje na nove mogućnosti, ali i ograničenja. Liječnici obiteljske medicine sa zadovoljavajućim dodiplomskim psihološkim obrazovanjem ili kasnijom doeducacijom iz tog područja značajno manje prepisuju psihotropne lijekove.³⁵ Ispitanici s edukacijom u Balintovim grupama podjednako pohađaju tečajevе trajne edukacije poput onih koji takvu edukaciju nemaju, ali je njihov interes značajnije izražen za tečajevе psihološke tematike. Već na početku tečaja postoji statistički značajna razlika između balintovaca i nebalintovaca o poznavanju vrsta psihoterapije, o učestalosti primjene u praksi te definiranju pojma „liječnik kao lijek“. Statistički značajna razlika i nakon tečaja postoji u definiranju pojma „liječnik kao lijek“.

Zaključak

Liječnicima koji su prošli trening u Balintovim grupama psihoterapijski pristup bolesniku dio je svakodnevnog rada s pacijentima. Oni primjenjuju preporučeni holistički pristup bolesniku jer uz signifikantne razlike u pozitivnim stavovima o psihoterapiji, usvojenu vještinu primjene u svakodnevnom radu te trening u Balintu pokazuju značajno više interesa za daljnju psihološku edukaciju. Niti u edukaciji iz ostalih područja ne zaostaju za liječnicima koji su više „organski“ orijentirani (nebalintovci). Ispitanici bez Balintove edukacije (nebalintovci) su nakon tečaja statistički značajno promijenili stav o potrebi primjene psihoterapije u praksi, ali to još

uvijek njih 50% ne primjenjuje u svakodnevnom radu, što pak predstavlja zahtjev za trajnijom edukacijom u Balintovim grupama radi stjecanja vještine primjene u svakodnevnom praktičnom radu liječnika obiteljske medicine. **M**

LITERATURA

- World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001;24.
- Kessler RC, et al (in press). The effects of chronic medical conditions on work impairment. In Rossi AS, ed. *Caring and Doing for Others: Social Responsibility in the Domains of Family, Work, and Community*. Chicago: University of Chicago Press.
- World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001;89-91.
- Lecrubier Y. Prescribing patterns for depression and anxiety worldwide. *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 13:31-6,37-8.
- Sivik T. Education of general practitioners in psychosomatic medicine. Effects of a training program on the daily work at Swedish primary health centers. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14:375-9.
- Nelsen JM, Vedsted P, Olesen F. The postgraduate training of general practitioners in communication and counselling. A questionnaire survey in the county of Aarhus. *Ugeskr Laeger* 2002;64:895-9.
- Shilling KH, Bass RL. Use of adult psychiatric services by primary care physicians in midwestern cities. *Nebr Med J* 1990;75:37-42.
- Zitman FG, Couvée JE. Chronic benzodiazepine use in general practice patients with depression: an evaluation of controlled treatment and taper-off. Report on behalf of the Dutch Chronic Benzodiazepine Working Group. *Br J Psychiatry* 2001;178:317-24.
- Holden JD, Hughes IM, Tree A. Benzodiazepine prescribing and withdrawal for 3234 patients in 15 general practices. *Fam Pract* 1994 Dec;11(4):358-62.
- Boixet M, Battle E, Bolibar I. Benzodiazepines in primary health care: a survey of general practitioners prescribing patterns. *Addiction* 1996;91:549-56.
- Torre R. Droga – stanje u Hrvatskoj. U: Torre R. Droge: dugo putovanje kroz noć. Zagreb: Promotor zdravlja, 2001;26.
- Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med* 1999;29:1347-57.
- Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Are frequent attenders of primary health care distressed? *Scand J Prim Health Care* 1995;13:32-8.
- Blažeković-Milaković S. Zaštita mentalnog zdravlja. U: Budak A i sur. *Obiteljska medicina. Udžbenik za studente i priručnik za liječnike*. 3. izd. Zagreb: Gandalf; 2000;175-86.
- Balint JM. *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman Medical Publications, 1973.
- Silobričić-Radić M, Hrabak-Žerjavić V, Tomić B. Veličina problema mentalnih/duševnih bolesti i poremećaja u Hrvatskoj. U: Hrabak-Žerjavić V, Silobričić-Radić M, ur. *Mentalne bolesti i poremećaji u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2004;2-13.
- Mant A, Mattick RP, de Burgh S, Donnelly N, Hall W. Benzodiazepine prescribing in general practice: dispelling some myths. *Fam Pract* 1995;12:37-43.
- Pelissolo A, Boyer P, Lepine JP, Bissebe JC. Epidemiology of the use of anxiolytic and hypnotic drugs in France and in the world. *Encephale* 1996;22:187-96.
- Beardsley RS, Gardocki GJ, Larson DB, Hidalgo J. Prescribing of psychotropic medication by primary care physicians and psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1117-9.
- Linden M, Gothe H. Benzodiazepine substitution in medical practice. Analysis of pharmacoepidemiologic data based on expert interviews. *Pharmacopsychiatry* 1993;26:107-13.
- Thormødsen M, Hjortdahl P, Farbrod T, Jacobsen OV, Nenningsland JB, Nielsen BB, Nielsen BB. From valium to the happy pill? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999;119:2157-60.
- Witlers JH. Stress, burnout and physician productivity. *Med Group Manage J* 1998;45:32-4, 36-7.
- Vuković H, Blažeković-Milaković S, Stojanović-Špehar S, Bergman-Marković B, Šupe S. Sensibility for The Unconscious: The Balint Approach-Application in Family Practice Setting. *Medica Jadertina* 2005;35(3-4):87-90.
- Fritzsche K, Sandholzer H, Brucks U, Campagnolo I, Cierpka M, Deter HC et al. Primary psychosomatic management in general practice. Results of a German nationwide demonstration project of quality assurance. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2000;94:127-31.
- Golden GA. Impact of psychotherapy. Does it affect frequency of visits to family physicians? *Can Fam Physician* 1997;43:1098-102.
- 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;31:29-37.
- Saltini A, Cappellari D, Cellerino P, Del Piccolo L, Zimmermann C. An instrument for evaluating the medical interview in general practice: VR-MICS/D (Verona-Medical Interview Classification System/Doctor). *Epidemiol Psichiatr Soc* 1998;7:210-23.
- Moran P, Rendu A, Jenkins R, Tylee A, Mann A. The impact of personality disorder in UK primary care: a 1-year follow-up of attenders. *Psychol Med* 2001;31:1447-54.
- Del Piccolo L, Saltini A, Zimmerman C, Dunn G. Differences in verbal behaviours of patients with and without emotional distress during primary care consultations. *Psychol Med* 2000;30:629-43.
- Schilte AF, Portegijs PJ, Blankenstein AH, Latour MB, van Eijk JT, Knottnerus JA. Indicators of childhood adversity in somatisation in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:232-6.
- Norlander T, Dahlin A, Archer T. Health of women: associations among life events, social support, and personality for selected patient groups. *Psychol Rep* 2000;86:76-8.
- Šupe S, Poljaković Z, Kondić Lj, Petravić D, Stojanović-Špehar S. Zbrinjavanje komplikacija kasnog stadija Alzheimerove demencije. *Neurologia Croatica* 2005;54:63-75.
- Kulenović M, Blažeković-Milaković S. Balint groups as a driving force of ego development. *Coll Antropol* 2000;24 Suppl 1:103-8.
- Brock CD, Johnson AH. Balint group observations: the white knight and other heroic physician roles. *Fam Med* 1999;31:404-8.
- Kisey S, Linden M, Bellantuono C, Simon G, Jones J. Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practitioners? Results of an international study. *Psychol Med* 2000;30:1217-25.