



## PSZICHOSZOMATIKUS TÜNETEK ÉS BETEGSÉGEK A KÜLÖNBÖZŐ ÉLETPERIÓDUSOKBAN

DR. SZATMÁRI MARIANNA

*Kulcsszavak:* pszichoszomatika, egészség-dimenziók fejlődése, pszichoszomatikus tünetek/betegségek az élet folyamán

*Fogalmak:*

**Pszichoszomatikusnak** nevezünk minden olyan jelenséget, amelynél pszichés/lelki alapon jönnek létre testi tünetek, vagy betegségek. Úgy is fogalmazhatunk, hogy lelki problémák testi megjelenéséről, azaz a lelki és testi egyensúly felborulásának tüneteiről van szó.

Az utóbbi évtizedekben az orvostudományon belül kialakult önálló kutatási ág – a pszichoszomatika – ezeket a jelenségeket kutatja. Az ősi orvostudomány, sőt a nyelvtudomány is felismerte a test és a lélek egységét, hiszen a magyar egészség szó, vagy a „hal” angol alaptóból kétfelé ágazó „whole” (egész) és „health” (egészség) is ezt fejezi ki; e felfogás újraéledése, a tudományba való beépülése azonban nagyon is újkeletű.

**Pszichoszomatikus tüneteknek** nevezzük mindazokat a testi panaszokat, tüneteket, amelyek létrejöttében lelki okok komoly szerepet játszanak, de amelyek még nem vezettek szervi (anatómiai, szövettani, endokrin, immunológiai stb.) elváltozásokhoz.

**Pszichoszomatikus betegségnek** azok a szervi elváltozások, amelyek létrejöttét lelki okok segítették elő, vagy váltották ki – lásd például a „stress Basedow”-ot, vagy a „stress diabetes”-t.

Egészség a WHO eredeti meghatározása szerint „a teljes testi, szellemi és szociális jólét állapota”. Bár ez a megfogalmazás tartalmazza a test, a psziché és a környezet szerepét, de az egészséget „állapot”-ként határozza meg, holott az egy dinamikusan változó folyamat, amely egyénenként, korcsoportonként, a kulturális szokásoknak megfelelően és még számtalan tényezőtől befolyásolva változik. A WHO definíció a három dimenziót – összefüggésüket mellőzve – egymástól elválasztja, holott az egészség ezek egyensúlyi helyzete, az adott körülmények között. Ennek az egyensúlynak fenntartásában, vagy felborulásában korcsoportonként más és

más dimenziók pozitív, vagy negatív irányú fejlődése játszik szerepet; végső soron azonban az egyiknek a hanyatlása egy másiknak a megfelelő fejlettségével kiegyensúlyozható, az egészség tehát helyreállítható.

A következő ábrán megkíséreltem összefoglalni, hogy hogyan alakul a három egészség-dimenzió fejlődése a különböző életperiódusokban.

Az újszülött-kortól a pubertásig a fejlődés párhuzamos, gyakorlatilag egyenletesen halad.

Az első labilis, és ezáltal veszélyeztetett korszak a pubertás. Ebben az életperiódusban eltérővé válik a dimenziók fejlődési sebessége, a pszichés és a pszichoszociális fejlődés robbanásszerűen felgyorsul, „kerteszezi” a szomatikust.

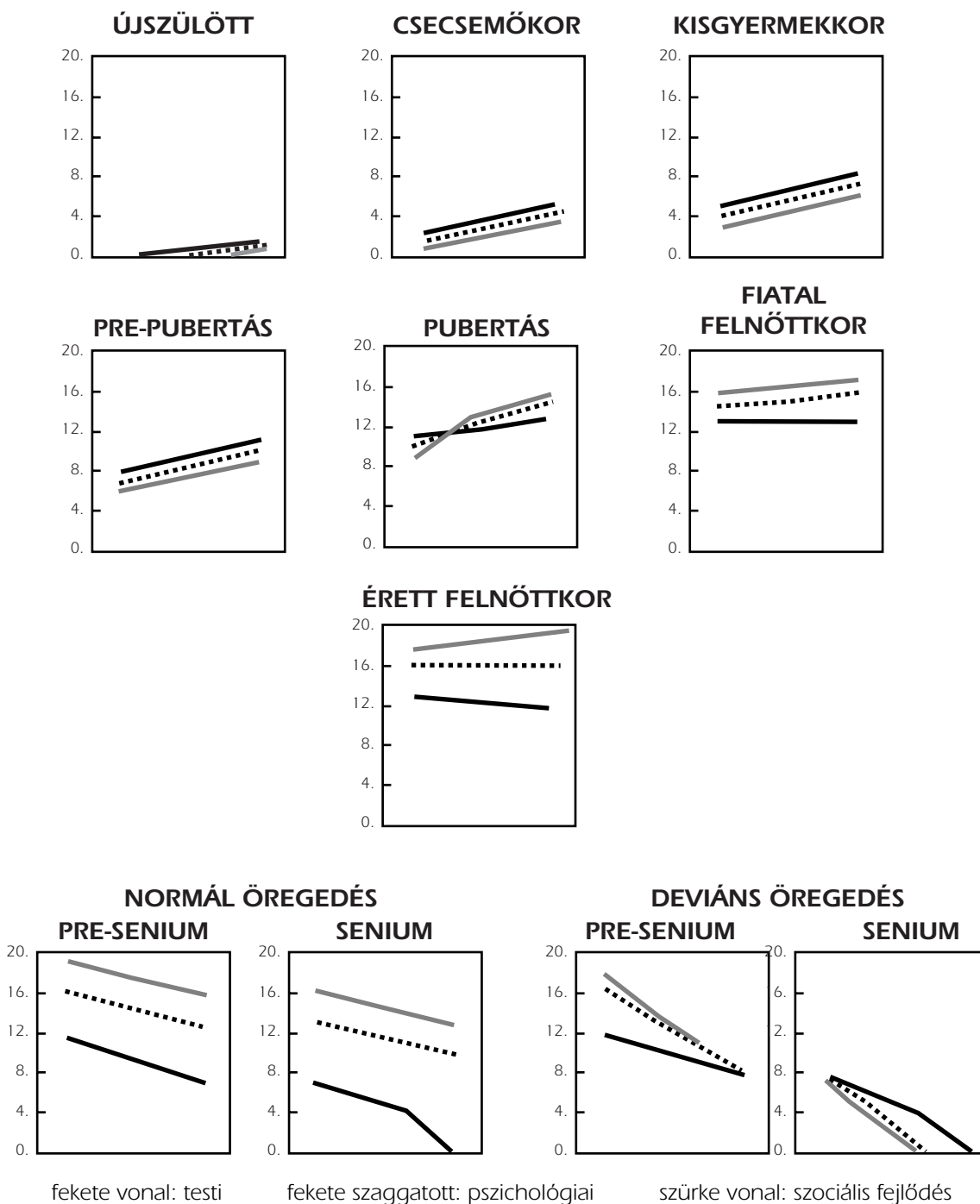
Ezután ismét kiegyensúlyozott fejlődési korszak, a fiatal felnőttkor következik, majd az érett felnőttkor, amelynek sajátossága, az addig elért fejlődés meghatározza az élet további folyamának minőségét.

Az érett felnőttkorban ugyanis a dimenziók irányja tér el egymástól: szociálisan pozitív a trend, az egyén ekkor, 40–60 éves kora között alakíthatja ki végleges helyét a társadalomban, a családban és a munkahelyen egyaránt. Ez ellen hat azonban a korral járó, kikerülhetetlenül megkezdődő szomatikus hanyatlás, tehát a két dimenzió fejlődési iránya mutat eltérést. Ha a személyiség, a harmadik dimenzió megfelelően érett ahhoz, hogy ezt a diszkrepanciát kompenzálni tudja, akkor az egyén tud élni pszichoszociális lehetőségeivel.

Ilyenkor a széniumban sem következik be jelentős hanyatlás e téren, a korral járó szomatikus elváltozásokat nem súlyosbítják pszichoszomatikus tényezők: az egyén végül előbb hal meg testileg, mint pszichésen és szociálisan (normális öregedés). Ha azonban a személyiségfejlődés nem volt olyan, hogy ezt a kiegyensúlyozó funkciót be tudja tölteni, akkor gyors pszichés és szociális hanyatlás következik be, amelyek egymást súlyosbítják, és végül az egyén előbb „hal meg” társadalmilag és pszichésen, mint testileg (deviáns öregedés).

A pszichoszomatikus tünetek, illetve betegségek –

## A fejlődés sebessége iránya és aránya



épp úgy, mint a fentiekben tárgyalt „egészség” – a különböző életperiódusokra jellemző módon jelennek meg. Megismerésük nagyon fontos, hiszen csak ezáltal figyelhetünk fel a testi panaszok háttérében meghúzódó pszichés és pszichoszociális tényezőkre, amelyek lehetőség szerinti befolyásolásán keresztül hozzájárulhatunk a beteg egészségének, egyensúlyának helyreállításához, javításához. Természetesen nem lehet elég-

gé hangsúlyozni, hogy az alábbiakban leírt tünetek és betegségek esetén elengedhetetlen a szomatikus elváltozások keresése, csak ezek hiányában tekinthetjük a pszichés problémákat oki tényezőnek. Az is igaz azonban, hogy a felsorolt tünetek és betegségek provokálásában, súlyosításában pszichés problémáknak vitathatatlan szerepe van.



## CSECSEMŐKOR

(4–5 hetes kortól 1 éves korig)

Csecsemőkorban inkább pszichoszomatikus tünetek jelentkeznek, amelyeket a testi-lelki-szociális egyensúly felborulásaként értékelhetünk, de már találkozhatunk ilyen jellegű betegségekkel is.

### TÜNETEK

#### „Délutáni sírás”

A csecsemő minden ismert, vagy felismerhető ok nélkül délutánra nyugóssá, síróssá válik, a sírás jellege olyan, mint amikor fájdalma van. Ez az állapot azonnal megszűnik, ha az anya (gondozó) foglalkozik vele, szeretetteljes figyelemmel fordul felé. Általában ridegen, vagy elhanyagolónan kezelt csecsemőknél fordul elő.

#### Anorexia, Bulimia

A kóros étvágytalanság, vagy kóros étvágy, ha ritkán is, de már csecsemőkorban jelentkezhet a szeretet hiányának érzése, vagy ennek fordítottja, a túlzottan aggodalmaskodó „agyontörődés” pszichoszomatikus tüneteként. Ezek a tünetek azonban általában a későbbi életperiódusban jelentkeznek

### BETEGSÉGEK

#### „8 hónapos kori ekcéma”

Ezt a bőrjelenséget a szakemberek általában döntően pszichoszomatikus tünetnek értékelik. Megfelelő kivizsgálás mellett, szervi ok (pl. allergia) kizárása esetén tájékozódni kell a családi környezetről, a csecsemővel való kapcsolatáról és szükség esetén családterápiát kell – „oki kezelésként” - javasolni

#### Asthma bronchiale

Nagyon ritkán, de már jelentkezhet csecsemőkorban is. Ilyenkor – épp úgy, mint a későbbi életperiódusokban – maga a kiváltó ok lehet nem lelki jellegű, de a rohamok kiváltásában nagyon nagy szerepet játszanak pszichés tényezők. Sokan az asztmás rohamot „sírás-pótló”-nak értékelik, ez azonban inkább a felnőttkorra vonatkozik, de rideg környezetben élő csecsemőknél, gyerekeknél sem kizárt ez a mechanizmus.



## KISGYEREK-KOR

(1–5 éves kor)

### TÜNETEK

#### Anorexia, bulimia

Lehet „hozott” tünetek a csecsemőkorból, de a kiváltó lelki okok tartóssá válása, vagy új problémák

jelentkezése esetén kisgyermekkorban is kialakulhatnak. A bulimia örömszerzési forrás keresésének is értékelhető.

#### Obstipáció

A tünet háttérében esetleg álló szomatikus okok (megacolon, fissura ani stb.) általában már csecsemőkorban kiderül, ezek hiányában a kialakuló obstipációt a szorongás, depresszió egyik tüneteként lehet értékelni.

#### Enuresis, enkopresis

A szobatisztasági problémák, ágyba-vizelés, csaknem minden esetben lelki okokra vezethetők vissza, ha azok két és fél, három éves koron túl is fennállnak. Ezt azért lényeges a szülővel/gondozókkal is tisztázni, mert ezekben az esetekben a szigor, szidás, büntetés nem javítja, hanem rontja a helyzetet. Meg kell kísérelni a háttérben álló pszichés problémát, ha kell gyermekpszichológus bevonásával tisztázni.

#### Hányás, regurgitáció

A feszültséget, szorongást kiváltó helyzetekben (pl. óvodába, vagy sport-tréningre menet) rendszeresen előforduló étel regurgitáció, vagy hányás egyértelműen pszichoszomatikus tünet. Ilyenkor célszerű a feszültség okát tisztázni, azonban számítani kell arra, hogy ez a reakció más hasonló helyzetekben megismétlődik.

#### Allopecia areolata

A 4–5 éves korban fellépő foltos kopaszság oka lehet allergia (amit pszichés tényezők mindig súlyosbítanak), vagy valamilyen fertőzés. Leggyakrabban azonban pszichoszomatikus tünetként értékelhető. A magyarázat az, hogy a galea aponeurotika amely szorosan tapad a koponyacsontra, tartós stressz esetén megfeszül, a hajhagymák vérellátása romlik és a haj az adott területen kihullik. Gyakran tapasztalható ez a tünet olyan családi légkörben élő gyerekeknél, amelyet a veszekedések, hullámzó, és így nehezen követhető hangulátváltások jellemeznek.

### BETEGSÉGEK

#### Asthma bronchiale

Lehet a csecsemőkorból „hozott” betegség, de gyakoribb a fellépése ebben az életperiódusban. A pszichés tényezők szerepe azonos a csecsemőkornál leírtakkal.

#### Colitis

A hasmenéssel váltakozó székrekedés, az úgynevezett „neurogen colitis” nem ritkán már kisgyermekkorban jelentkezik. Ahogy a nevében is szerepel, háttérben tartós lelki problémák, általában a szülővel való kapcsolati zavarok szerepelnek. Családterápiával általában megelőzhető, hogy a colitis végig kísérje az

egyént az egész életén, illetve, hogy súlyosabb formái alakuljanak ki.



## PRE-PUBERTÁS (6–11 éves kor)

### TÜNETEK

#### Enuresis, obstipáció, hányás

Ezeket a pszichoszomatikus tüneteket a gyermek hozhatja a kisgyerekkorból, de új stressz-helyzetek (pl. iskola) hatására pre-pubertásban is kialakulhatnak. A teendő ugyanaz, mint kisgyerekkorban.

#### Tachycardia, collapsus, fejfájás

Ezek a tünetek gyakoriak, különösen akkor, ha a gyermek túl van terelve, illetve az elvárások a szülők/nevelők részéről, vagy önmagától nagyobbak, mint amit teljesíteni képes. Természetesen ilyen tünetek jelentkezése esetén is elsősorban ki kell zárni a szomatikus okokat, azonban, ha ilyen nincs, a szülő/nevelő, illetve a gyermek bevonásával a képességekkel és lehetőségekkel arányossá kell tenni a terhelést. Kellő beavatkozás hiányában a tüneteket a gyermek tovább viszi a pubertásba, sőt felnőtt korába is.

#### Növekedési zavar

Megfigyelések szerint, a gyermek növekedése szignifikánsan lelassulhat, vagy megállhat, ha pszichésen súlyosan megterhelő körülmények között él. Azt tapasztalták, hogy az ilyen fiatal növekedése megindul, ha normális, kiegyensúlyozott környezetbe helyezik át. A tünet nem gyakori, de gondolni kell a lehetőségére.

### BETEGSÉGEK

#### Asthma bronchiale

Gyakrabban a csecsemőkorból, vagy a kisgyerekkorból „hozott” betegség, de felléphet ebben az életperiódusban is. A pszichés tényezők szerepe azonos a csecsemőkornál leírtakkal, de a rohamok „sírásótló” szerepe ebben a korban jelentősebbnek látszik.

#### Colitis

Ugyancsak lehet a kisgyerek-korból „hozott” betegség, ebben az esetben a tartósság miatt súlyosabbak és könnyebben rögzülnek a tünetek és nehezebben érhető el a pszichoterápia hatása.



## PUBERTÁS

(12–18 ÉVES KOR)

Amint azt a bevezetőben már tárgyaltuk, ez a korszak egyike az egyensúly szempontjából

legveszélyeztetettebbeknek. A fejlődés egyenetlensége miatti labilitás következtében sok új tünet-képzésre és egyre súlyosabb pszichoszomatikus betegségek kialakulására is sor kerülhet.

### TÜNETEK

#### Anorexia, bulimia

Mindkét, az étkezéssel összefüggő pszichoszomatikus tünet kialakulása tulajdonképp erre a korszakra jellemző. Indítékuk és kihatásuk azonban nem azonos.

Az anorexia általában fiatal lányoknál alakul ki, önbizalom hiány, a kor igényeinek (karcsúság, jó alak) való túlzott megfelelési vágy következtében. Veszélye az, hogy az étkezés elutasítása megfelelő beavatkozás nélkül végzetes kimenetelű is lehet, ezért figyelni kell a tünetekre és időben a megfelelő kezeléssel (szomatikus és pszichoterápiás) gondoskodni.

A bulimia inkább a fiuknál alakul ki, bár nem ritkán lányoknál is előfordul. A pubertáló fiatal örömszerzésének ez a módja kóros kövérséghez vezethet, annak további következményeivel.

#### Obesitas

A kóros kövérség lehet endokrin eredetű, azonban sokkal gyakrabban a már említett bulimia következménye. Kialakul egy circulus vitiosus, a gyermek örömszerzés céljából eszik, elhízik, a társai csúfolják, nem tud közösségi és sport programokban részt venni, izolálódik és még többet eszik. Ezt a kört csak megfelelő pszichoterápiával lehet áttörni.

#### Alkohol, dohányzás, drog

Sajnos ezek a szenvedélyek egyre fiatalabb korban jelentkeznek és már a pubertás végére szenvedélybetegséggé alakulhatnak. A fiatalok általában az izoláltság elkerülésére, csoporthoz való tartozás biztosítására, ritkábban örömszerzésre, tehát pszichoszociális céllal kezdik el a szerek használatát. Az egyéni terápia mellett nagyon fontos lenne más, egészséges csoportokhoz való tartozás és örömszerzés lehetőségének biztosítása, „felkínálása”.

### BETEGSÉGEK

#### Colitis

Nagyon gyakran már az előző életperiódusokból „hozott” betegség, amely épp ezért krónikusnak tekinthető és nehezebben kezelhető.

#### Hypertonia

Az essentialis hypertonia már pubertás-korban jelentkezhet, ezért a vérnyomás ellenőrzése ennél a korosztálynál elengedhetetlen ahhoz, hogy a későbbi szövődményeket elkerülhessük.

#### Hyperthyreosis

Pubertás-kori kialakulása jellemző, bár nem kizárólagos. Az életperiódusra jellemző stresszek, kihívások

tartós feszültséghez, s végül hyperthyreosishoz vezethetnek. A pubertás-korban nem ritka, vegetatív labilitásnak értékelt tünetek mögött mindig keresni kell az esetleges hyperthyreosist.

### Ulcus pepticum

Ez a betegség is jellemzően pubertás-korban jelentkezik először. Kiváltásában a pszichés terhelés mellett az életperiódusra jellemző rendszertelen és helytelen táplálkozás is jelentős szerepet játszik.



## FIATAL FELNŐTT-KOR

(19–39 ÉVES KOR)

Ez a korszak a fejlődés szempontjából viszonylag nyugodt, egyenletes. Bár a korosztály sok stressznek van kitéve, de épp a dimenziók relatív egyensúlyának következtében kevés pszichoszomatikus tünet, vagy új betegség tapasztalható. A pubertásban már kialakult és tovább „hozott” tünetek, betegségek, megfelelő kezelés, beavatkozás hiányában természetesen ebben az életperiódusban is észlelhetők.

### TÜNETEK

#### Alkohol, dohányzás, drog

Ezek a tünetek jelentkezhetnek fiatal felnőtt-korban, azonban manapság sajnos már inkább a pubertásból „hozott”-nak tekintendők.

### BETEGSÉGEK

#### Colitis, hyperthyreosis, ulcus pepticum

A felsorolt betegségek kialakulása ritkábban esik a fiatal felnőtt korra, leggyakrabban diagnózis, vagy megfelelő kezelés hiányában a pubertás korból „hozott” kórképekről van szó. Mindenesetre nem ritkák a fiatal felnőtt korban sem, tehát panasz esetén gondolni kell rájuk.

### Hypertonia

Nem ritka a magas vérnyomás betegség fiatal felnőtt korban való kialakulása, bár kezdete sok esetben észlelhető már a pubertás-korban. A hypertonia mindenképp kezelést és elsősorban gondozást igényel.

### Epehólyag dyskinesia

A fiatal felnőtt nők jellegzetes pszichoszomatikus megbetegedése. Mivel nehezen befolyásolható és komolyabb panaszokat okozhat, csak kiváló orvos-beteg kapcsolat esetén lehet a tünetek valódi okát a beteggel megértetni.

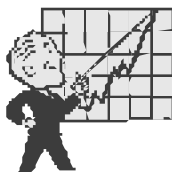
### Colitis ulcerosa

Kialakulása ugyancsak jellegzetesen a fiatal felnőtt korra esik. Immun-betegségnek tekintik, azonban a pszichés tényezők szerepe vitathatatlan. Egy időben a

„gyenge apa – erős anya” gyermeke betegségének is tekintették. A shubok kiváltásában nemcsak az évszak (tavasz – ősz), hanem pszichés traumák is döntő szerepet játszanak. A gyógyszeres kezelés mellett mindenképp ajánlatos megfelelő pszichoterápia alkalmazása is.

### Asthma bronchiale

Fiatal felnőtt-kori jelentkezése nem ritka. A rohamok már említett „sírás-pótló” jellege ebben az életperiódusban különösen jellemző. Kiváltásukban nagyon gyakran játszanak szerepet pszichés traumák, negatív pszichoszociális történések.



## ÉRETT FELNŐTT-KOR

(40–59 ÉVES KOR)

Érdekes, hogy ebben az egészség-dimenziók fejlődése szempontjából szignifikáns életperiódusban viszonylag kevés, és inkább a gyermek-korra jellemző pszichoszomatikus tünet észlelhető; az újonnan kialakuló betegségek oka pedig szomatikus elváltozás, amelyet a pszichés problémák csak súlyosbítnak.

### TÜNETEK

#### Vegetatív zavarok

Főként nőknél, a klimaktérium részjelenségeként lépnek fel vegetatív tünetek, veritékezés, tachycardia, palpitáció. Mindezek – ritkábban – lehetnek a férfiklimax kísérő jelenségei is. Tüneti kezeléssel az amúgy is nehéz korszak ilyen terhei csökkenthetők.

### Migrain

A migrain jellegzetesen női panasz, férfiaknál sokkal ritkábban fordul elő. Kialakulásában, genetikus faktorok mellett – anya-lánya öröklődés – nagy szerepet játszanak pszichés és pszichoszociális tényezők, különösen a rohamok kiváltásánál.

### Obstipáció

Az érett-felnőttkori obstipáció pszichés hátterére azért kell különösen felhívni a figyelmet, mert az a larvált depresszió egyik első tünete lehet.

### Obesitas

A klimax körüli elhízás nagyon gyakori. Hormonális hatások mellett szerepet játszik benne az étkezési örömszerzés, amely épp úgy, mint gyermek és pubertás korban circulus vitiosushoz, csökkent önértékeléshez, társadalmi izolálódáshoz, s ezen keresztül újabb örömszerzési igényhez, tehát további hízáshoz vezethet. Megfelelő életvezetési tanácsadással, a beteg felvilágosításával ez a kóros kör áttörhető.

**BETEGSÉGEK****Colitis, hyperthyreosis, ulcus pepticum, hypertonia**

Általában már az előző életperiódusokban kialakult, „hozott” betegségek, de kialakulásukra az érett felnőttkorban is számítani kell.

- **INFARCTUS MYOCARDII,**
- **DIABETES MELLITUS II. TÍPUS,**
- **ÍZÜLETI BETEGSÉGEK**

A felsorolt betegségeknél a pszichés tényezők nem tekinthetők kiváltó oknak, de jelentős szerepet játszanak a tünetek jelentkezésében, illetve súlyosbodásában.

**PRE-SENIUM**

(60–75 ÉVES KOR)

és **SENIUM**

(75 ÉV FELETT)



Úgy tűnik, hogy az élet vége felé közeledő korokban a pszichoszomatikus tünetek épp olyan szegényesek, mint az élet kezdetén, új betegségek fellépésével pedig nem kell számolnunk. Talán a testbeszéd, mint kommunikációs eszköz a csecsemőknél még nem fejlődött ki, az idős korra pedig visszafejlődik. A jelenség minden esetre további vizsgálatokat igényel.

**TÜNETEK****Obstipáció**

Ez a tünet is általában „hozott” az előző életperiódusokból, azonban új fellépése esetén a senium korszakaiban sem feledkezhetünk el arról, hogy egy depresszió első tünete lehet.

**Alvás-zavar**

Az alvás-zavar csaknem minden idős ember panaszja. A mellett, hogy szokatlan számukra a csökkent alvási igény, a rövidebb alvás-szakasz sem mindig zavartalan. Az alvást segítő szerek alkalmazásánál figyelembe kell venni annak a veszélyét, hogy az idős ember éjszaka bódultan felkelve könnyen eleshet és combnyak-törést szenvedhet.

**BETEGSÉGEK**

Új betegség fellépésével ennél a korosztálynál már nagyon ritkán kell számolnunk, az észlelhető kórképek (hypertonia, diabetes mellitus, ízületi betegségek stb.) már a korábbi életperiódusokban alakulnak ki.

**ÖSSZEFOGLALÁS**

Az egészség fogalma és a pszichoszomatikus tünetek, betegségek jelentkezése jellemző a különböző életperiódusokra. Ezt a tényt az egyén vizsgálata és kezelése folyamán szem előtt kell tartani a megfelelő eredmény elérése érdekében.

**IRODALOM**

1. Allport, G.W.: Pattern and growth in personality. New York: Holt Linehart and Winston, 1976. – 2. Amman, A.: Health is a relative

state: A plea for interdisciplinarity. Prague: XX. Symp of Social Gerontology, 1980. pp. 59-67. – 3. Andor, M., Szatmári, M.: Az általános orvostan sajátos kérdései. Budapest: Medicina, GYOK 186. 1978. – 4. Arnold, Cs.: Családorvoslás. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt. 1999. – 5. Baran, B., Bódi, M.: A fejfájás pszichoszomatikus megközelítése. = Családorvosi fórum, 1. 2003. 45-49. – 6. Bálint, M.: Az orvos, a betege és a betegség. Budapest: Magyar Pszichiátriai Társaság, 1990. – 7. Császár, Gy.: A háziorvos gyakorlati pszichoszomatikája a „kapcsolat terápia”. = Praxis, 2/2 1993, pp. 16-20. – 8. Ittész, L. et al.: A koszorúér betegség kialakulását elősegítő pszichológiai tényezők. = Psychiatria Hungarica, 13/2. 1998. pp. 169-180. – 9. Jago, J.D.: „Hal” – old word, new task. Reflection on the words „health” and „medical”. = Social Sciences and Medicine, 1. 1975. pp. 1-6. – 10. Kahn, J.: Human growth and the development of personality. London: Pergamon Ed. 1965. – 11. Lázár, V.: Relaxációs meseterápiával szerzett tapasztalataink pszichoszomatikus gyermekbetegeken. = Pediáter, 2/6. 1997. pp. 136-138. – 12. Lehóczky, P., Litavszky, Zs.: Az emésztőrendszer pszichoszomatikus betegségei. = Családorvosi fórum, 4. 2003. pp. 89-93. – 13. Levendel, L.: Pszichoszomatikus megközelítés az alkoholbetegek ellátásában. = Alkoholologia, 21/4. 1990. pp. 32-35. – 14. Litavszky, Zs., Lehóczky, P.: Cardiovascularis betegségek pszichés megközelítése. = Családorvosi fórum, 9. 2002. pp. 47-51. – 15. Luban-Plozza, B.: Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. München: Lehmann Verlag, 1973. – 16. Newman, B., Newman, P.: Development through life – a psychological approach. Illionis: The Dorsey Press. 1975. – 17. Nüssel, E., Greve, S.: Das psychosoziale in der aerztlichen Praxis. = Der Praktische Arzt, 7. 1975. pp. 10-11. – 18. Papp, M., Udvarhelyi, P.: Mozgásszervi betegségek pszichoszomatikája: reumatoid arthritis, gerincbántalmak, fibromyalgia. = Családorvosi fórum, 10. 2002. pp. 56-59. – 19. Pető, Z.: Bálint-csoportok szerepe az általános orvosi továbbképzésben. = Medicus universalis, 23/1. 1990. pp. 13-14. – 20. Pikó, B., Pszichoszomatikus tünetek és a szubjektív egészségértékelés epidemiológiája középiskolások körében. = Orvosi Hetilap, 23/140. 1999. pp. 1297-1304. – 21. Resch, M., Sidó, Z. Obesitas a pszichoszomatikus tükör előtt: a bilimia nervosa, a depresszió és a személyiségzavarok előfordulási gyakorisága az obesek között. = Lege artis medicinae, 7/12., 1997. pp. 802-807. – 22. Rudisch, T. et al.: A pszichés eredetű, krónikus myogen fájdalmak diagnosztikája és terápiája EMG-scanning segítségével. = Lege artis medicinae, 8/6. 1998. 422-427. – 23. Sujtő, K.: Bőrgyógyászati pszichoszomatika. = Családorvosi fórum, 8. 2002. pp. 56-60. – 24. Schnell, E.: Bálint Mihály: az orvos gyógyszer. = Komplementer medicina, 3. 1999. pp. 14-18. – 25. Szabó, P., Túry, F.: A pszichoszomatikus táplálkozási zavarok szövődményei. = Orvosi Hetilap, 20/135. 1994. 1067-1072. – 26. Szatmári, M.: Az általános orvosi kutatás lehetőségei és korlátai. = Medicus Universalis, 4. 1975. pp. 175-179. – 27. Szatmári, M.: Jelentés az MTA „Öregedés komplex problémái” c. bizottsága részére. Kézirat, 1982. – 28. Szatmári, M.: Aging healthy. = Allgemeinmedizin International, 3. 1983. – 29. Szatmári, M.: Experiences with the International Classification of Diseases and emerging problems. In: International Conference on Health Statistics for the Year 2000. Budapest: WHO – KSH 1984. – 30. Szatmári, M.: A deviáns öregkor megelőzésének lehetőségei, az öregedés minőségét befolyásoló pszichés és pszichoszociális tényezők figyelembevételével. Kandidátusi értekezés. 1985. – 31. Tábit, S.: Az asztma pszichoszomatikája. = Komplementer medicina, 3. 1999. pp. 11-13. – 32. Túry, F.: Evészavarok: a pszichoszomatikus zavarok klasszikus formái. = Háziorvosi továbbképző szemle, 5/2. 2000. pp. 83-87. – 33. Túry, F.: Családtérápia pszichoszomatikus betegségekben. = Háziorvosi továbbképző szemle, 7/3. 2002. pp. 163-165. – 34. Uexküll, T. von: Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik Stuttgart: Schattauer, 3. Aufl., 1994. – 35. Vizi, J., Novák, M.: Alvászavarok előfordulása szomatikus és pszichés betegségekben. = Háziorvosi továbbképző szemle, 2/3. 1998. pp. 83-88. – 36. Vogler, W.: Die Integration der Psychosomatik in die Allgemeinmedizin. = Allgemeinmedizin International, 4. 1973. pp. 240.