



Lechosław Gapik

[www.psychoterapianerwic.eu](http://www.psychoterapianerwic.eu)

## CHOROBA I LĘK zależności psychosomatyczne

### WPROWADZENIE.

Nierozerwalny związek pomiędzy “psyche” i “somą”, wynikający z dostrzeżonej już w XIX wieku tzw. “jedności psychofizycznej organizmu”, istnieje u każdego człowieka i w każdym wieku. Oznacza to, że każde zjawisko psychiczne ma swój wymiar somatyczny i wszystko to, co somatyczne wpływa na nasz stan psychiczny. Twierdzenie to w równym stopniu dotyczy kobiet i mężczyzn, ludzi młodych i starych, zdrowych i chorych. Ta realizująca się w tysiącach procesów wewnętrznych zależność może niekiedy przybierać formy zjawisk nieprawidłowych, a więc zaburzeń lub choroby. Rzecz ciekawa - współczesna medycyna, wiedząc o tych zależnościach, nader często nadal pomija je przy tworzeniu programów postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Ciągłe widoczne jest traktowanie człowieka chorego jako popsutego mechanizmu biologicznego, który trzeba naprawić (nieraz bardzo wyrafinowanymi technikami), ale bez szczególnej troski o jego psychikę lub działanie poprzez tę psychikę (Gapik L. 1998).

Choroba i jej wpływ na psychologiczne mechanizmy kierujące funkcjonowaniem człowieka była wielokrotnie przedmiotem analiz teoretycznych i badań empirycznych. W ostatnich kilkudziesięciu latach - w związku z rozwojem psychoneuroimmunologii - analizie poddaje się także zależność odwrotną, a więc wpływ mechanizmów psychologicznych i psychosomatycznych na powstawanie większości albo nawet wszystkich chorób gnębiących człowieka (Rossi E.L. 1995).

Nie ulega jednak wątpliwości, że funkcjonowanie psychologiczne człowieka chorego różni się i to niekiedy w poważnym stopniu, od funkcjonowania tego samego człowieka wcześniej, przed chorobą. Wynika to z prostej zależności wyrażającej się tym, że nasze zachowanie zawsze jest funkcją dwóch czynników: osobowościowych i sytuacyjnych. Niestety ta oczywista zależność nie zawsze jest w dostatecznym

stopniu uwzględniana przez najbliższe otoczenie pacjenta a nawet rodzinę chorego. Wielu ludziom niesłusznie wydaje się, że dotyczy to raczej tylko osób w podeszłym wieku lub nawet młodszych, ale cierpiących na chorobę zagrażającą bezpośrednio życiu. U osób starszych, czy po prostu - starych, zbyt łatwo przyjmuje się, że wszystkie występujące dolegliwości lub choroby są wynikiem kończących się zasobów zdrowotnych. To z pewnością duże uproszczenie, bo zależności te w istocie dotyczą nas wszystkich.

*Można bez żadnego ryzyka przyjąć, że od momentu, gdy człowiek jako gatunek biologiczny uzyskał zdolność uświadamiania sobie swojego samopoczucia i stanu zdrowia, ukształtował równocześnie negatywną postawę emocjonalną wobec choroby i wszelkich związanych z nią dolegliwości. Na przestrzeni wieków zmieniały się, co prawda, poglądy na przyczyny chorób, myślenie magiczne ustępowało miejsca wyjaśnieniom racjonalnym wynikającym z postępu wiedzy, ale zawsze człowieka charakteryzowało dążenie do walki z chorobą wszelkimi dostępnymi środkami (Thornwald J. 1990). Rozwój społeczny spowodował konieczność podziału ról, m.in. według zasady, że: "każdy może być chory, ale tylko niektórzy potrafią choroby leczyć". Niezbędne jest w tym miejscu przypomnienie kulturowego rodowodu zawodu lekarza, wywodzącego się od szamanów i kapłanów. Najpierw była przecież wiara w to, że życie, zdrowie, choroby i śmierć dane są przez siłę nadprzyrodzoną.*

*Uzasadnione i logiczne stały się więc wszelkie działania zmierzające do zapewnienia sobie przychylności Boga i to niezależnie od sposobu jego pojmowania. Stopniowo następowała jednak coraz pełniejsza personifikacja tej boskiej siły, zaczęto uznawać zdolność oddziaływania korzystnego (lub niekorzystnego) na zdrowie niektórych, szczególnie naznaczonych osób. Tym samym nastąpiło przeniesienie stosunku emocjonalnego do sił nadprzyrodzonych na konkretnych ludzi - kapłanów i pomazańców bożych, ale także: czarowników, szamanów, znachorów a wreszcie - lekarzy (Piątkowski W. 1990). Równocześnie jednak dokonywał się postęp w upowszechnianiu wiedzy i umiejętności medycznych. Już nie tylko osoby wybrane, ale ogół ludzi zaczynał rozumieć biologiczne uwarunkowania zdrowia i choroby. Szybko jednak okazało się, że wiedza w tym zakresie staje się na tyle obszerna, iż jest niemożliwe, aby wszyscy ją opanowali na swój prywatny użytek. Hamowałoby to ponadto ogólny rozwój społeczny, bo podobny problem powstał w odniesieniu do wszystkich innych dziedzin wiedzy.*

*Wyjście było tylko jedno – rozwój wiedzy i umiejętności poszczególnych ludzi mógł się od pewnego momentu w historii rozwoju człowieka dokonywać tylko w ramach dość wąsko zakreślonych specjalności zawodowych. W rezultacie, na obecnym etapie rozwoju cywilizacji, staliśmy się wszyscy ogromnie uzależnieni nawzajem od siebie i właściwie nie mamy możliwości życia i przetrwania bez pomocy innych ludzi. Wywód ten służy mi do sformułowania tezy, że ten historycznie dość szczególny rodowód zawodu lekarza nie zmienia faktu, iż dzisiaj już praktycznie wszyscy pracujemy w usługach wzajemnie sobie świadczonych - popadliśmy zatem w szczególny rodzaj wza-*

*jemnego uzależnienia. I dlatego nie ma zawodów ważniejszych i mniej ważnych, chociaż zawsze usługobiorca powinien mieć więcej praw, niż usługodawca. Dlatego aktor ma służyć widzowi, nauczyciel - uczniowi a lekarz - pacjentowi, nigdy odwrotnie (Gapik L. 1998).*

Współczesny człowiek jest świadomy w coraz większym stopniu różnorodnych zagrożeń dla swojego życia i zdrowia. Spostrzega lekarza i innych fachowych pracowników Służby Zdrowia, jako ludzi wykształconych w odpowiednim kierunku, ale równocześnie - na zasadzie reliktyw przeszłości - skłonny jest niekiedy do przypisywania personelowi fachowemu mocy, której on nie posiada. To osobliwe zamieszanie, które dokonuje się w umyśle człowieka chorego jest jednym z ważnych elementów sytuacji, w jakiej się znajduje wskutek choroby. W polu określanym tutaj jako "sytuacja człowieka chorego" mieszczą się więc nie tylko dolegliwości psychiczne i fizyczne wynikające z choroby oraz przebywania w instytucji świadczącej usługi medyczne, ale także wszelkie relacje psychologiczne z personelem medycznym.

## EMOCJE I STRES.

Ważnymi procesami psychicznymi, które powinniśmy przeanalizować u każdego pacjenta, są jego emocje. To one właśnie mają bezpośredni związek z pojęciem stresu, który rozumiemy, jako stan wzmożonego napięcia emocjonalnego. Najpierw jednak kilka słów o głównych rodzajach emocji. Od chwili urodzenia człowiek jest zdolny do przeżywania czterech prostych emocji:

- RADOŚCI - po zaspokojeniu potrzeb;
- SMUTKU - wskutek niezaspokojonych potrzeb;
- GNIEWU - po skrzepowaniu swobody ruchów;
- LĘKU - wskutek nagłego silnego hałasu lub nagłej utraty równowagi.

**U W A G A ! Wszystkie pozostałe emocje występujące w życiu człowieka (także tzw. "uczucia wyższe") są wyuczone poprzez nabywanie doświadczenia!**

Emocje mają swoje cechy charakterystyczne, które powinniśmy zawsze brać pod uwagę przy ich analizowaniu. Są to:

- **Afektywny charakter emocji** - emocje są zawsze przyjemne lub nieprzyjemne (nie ma emocji obojętnych);
- **Aktywizacyjny charakter emocji** - emocje wywołują różnorodne **reakcje psychosomatyczne**;



- **Majoryzujący charakter emocji** - emocje modyfikują inne procesy psychiczne, podporządkowują je sobie;
- **Odruchowy charakter emocji** - emocje pojawiają się wyłącznie jako reakcje odruchowe (w ogromnej większości są to odruchy warunkowe, czyli nabyte, wyuczone).

Do dalszych rozważań bardzo przydatny jest opracowany już dość dawno przez psychologów schemat teoretyczny, w którym chorobę ujmuje się jako specyficzną sytuację trudną, wywołującą konsekwencje w postaci typowych reakcji na stres. Przypomnijmy, że wyróżnia się cztery typowe stresory, a więc sytuacje wywołujące stan psychofizycznego napięcia, nazywany - stresem (Lewicki A. 1969).

Są to: **sytuacje deprywujące** (pozbawiające możliwości zaspokojenia potrzeb biologicznych, psychicznych lub kulturowych), **sytuacje frustrujące** (na drodze do zaspokojenia potrzeby lub potrzeb powstają istotne przeszkody i trudności), **ból** (fizyczny lub psychiczny np. rozpacz) oraz **sytuacje zagrażające** (zagrożenie może mieć charakter biologiczny, psychiczny lub społeczny). Łatwo zauważyć, że choroba jest na tyle skomplikowaną sytuacją psychologiczną, iż występują w niej wszystkie z wyżej wymienionych stresorów. Człowiek chory niektórych swoich potrzeb w ogóle nie może zaspokoić (ograniczenie ruchu i kontaktów społecznych, niemożność realizacji niektórych zamierzeń, konieczność przestrzegania diety, itp.) a inne jego potrzeby są frustrowane. Ponadto często odczuwa ból, uświadamia sobie zagrożenie swojego zdrowia i życia oraz zagrożenie możliwości dalszego wypełniania różnorodnych, podjętych wcześniej ról społecznych. W wieku starszym lub w przypadkach poważnych zachorowań może towarzyszyć jemu również wizja zbliżającego się końca życia. Nie zapominajmy także o istotnym sprzężeniu zwrotnym: choroba może być skutkiem stresu, ale ponadto wtórnie obniża odporność na stres.

Zauważmy również, że funkcjonowanie psychologiczne człowieka chorego różni się i to niekiedy w poważnym stopniu, od funkcjonowania tego samego człowieka wcześniej, przed chorobą. Wynika to z prostej zależności wyrażającej się tym, że nasze zachowanie zawsze jest funkcją dwóch czynników: osobowościowych i sytuacyjnych. Niestety ta oczywista zależność nie zawsze jest w dostatecznym stopniu uwzględniana przez osoby otaczające chorego. Czy w wielu przypadkach nie przyjmuje się zbyt łatwo, że wszystkie występujące u pacjenta dolegliwości są wynikiem kończących się zasobów zdrowotnych?

W badaniach psychologicznych ustalono, że reakcje na stres występują w kilku typowych odmianach, uzależnionych od niektórych cech osobowości (Łazowski J. 1985). Znane od dawna właściwości homeostatyczne żywych organizmów ujawniają się w tym przypadku w formie reakcji zmierzających do przywrócenia stanu równowagi wewnętrznej, a więc zredukowania lub usunięcia stanu wzmożonego napięcia psychofizycznego. W tym właśnie celu uruchomiona zostaje nieświadomie przynajmniej jedna z czterech typowych reakcji: agresja, fiksacja, regresja lub wyparcie (Reykowski J., Owczynnikowa O.W., Obuchowski K. 1985).

**Zachowania agresywne** mogą być uzewnętrzniane (motorycznie lub werbalnie), albo zostają skierowane do wewnątrz, na samego siebie, co może być w przyszłości przyczyną zaburzeń lub chorób psychosomatycznych. Rozróżniamy ponadto agresję skierowaną bezpośrednio na przyczynę stresu lub tzw. agresję przemieszczoną, czyli skierowaną na obiekt zastępczy, znajdujący się w pobliżu. W szczególnym przypadku może to być lekarz, pielęgniarka lub członek najbliższej rodziny. **Zachowania fiksacyjne** polegają natomiast na dążeniu do rozładowania napięcia poprzez uporczywe powtarzanie tych samych czynności, mimo ich nieskuteczności lub bezcelowości (np. nieuzasadnione domaganie się wielokrotnego powtarzania tych samych badań diagnostycznych). Niekiedy reakcja psychologiczna na stres przyjmuje postać **zachowań zregresjonowanych** a więc prymitywnych, dziecięcych, poniżej aktualnego poziomu rozwoju (przykładem może być wejście pacjenta w rolę bezradnego dziecka). Mogą także pojawić się nieco trudniejsze do rozpoznania **reakcje wyparcia**, np. w postaci obrony spostrzeżeniowej (niedostrzegania rzeczywistych zagrożeń lub natychmiastowe zapomnianie informacji wywołujących nieprzyjemne emocje).

Wszystkie wymienione tutaj reakcje znane są personelowi medycznemu z codziennej praktyki klinicznej, chociaż nie zawsze są traktowane jako jeden z elementów obrazu choroby, szczególnie u osób starszych lub poważnie chorych, dla których sam pobyt w szpitalu jest już bardzo trudną próbą zdolności przystosowawczych. Ciągłe niedostatki w psychologicznym przygotowaniu do zawodu pracowników Służby Zdrowia wszystkich szczebli prowadzą nieraz do zbędnych konfliktów, podejmowania nieuzasadnionych *"oddziaływań pseudo-wychowawczych"* wobec pacjenta, który czuje się wówczas niezrozumiany, traktowany przedmiotowo, co dodatkowo pogłębia jego dyskomfort psychiczny. Podejście takie, dość częste szczególnie

---

u młodych wiekiem przedstawicieli zawodów medycznych, staje się wyjątkowo niemiłe dla pacjentów świadomych swego stanu i zdolnych do oceny sytuacji. Nie są to, co prawda, jedyne czynniki dyskomfortu współczesnego polskiego pacjenta, ale zawsze warto o nich mówić, bo są stosunkowo łatwe do przezwyciężenia i to bez żadnych nakładów finansowych (Strojnowski J.1998).

Do chwili obecnej przeprowadzono niewiele badań na temat zależności pomiędzy osobowością i sytuacją człowieka chorego a jego zachowaniami z tego wynikającymi (Łazowski J. 1985). Można jednak przedstawić hipotezy na ten temat na podstawie istniejących już ogólnych ustaleń odnoszących się do funkcjonowania człowieka w stresie oraz czynników determinujących wówczas interakcje międzyludzkie. Wiadomo na przykład, że lęk jest emocją, która szczególnie destrukcyjnie wpływa na funkcjonowanie człowieka a przecież właśnie lęk jest jedną z najczęściej występujących emocji u pacjenta. Znane są także z badań duże różnice w indywidualnych reakcjach na ból. Na szczęście współczesny arsenał środków farmakologicznych i psychoterapeutycznych jest tak duży, że właśnie lęk i ból mogą być w znacznym stopniu ograniczone. Czy zawsze jednak doceniany jest destruktywny wpływ tych zjawisk na ogólną kondycję psychofizyczną pacjenta i jego zdrowie, szczególnie, gdy jest on w starszym wieku? Czy zawsze personel medyczny korzysta z dostępnych środków farmakologicznych i psychoterapeutycznych?

Trzeba także wyraźnie podkreślić, że pacjent nawiązuje interakcje z personelem medycznym w warunkach szczególnego przymusu sytuacyjnego, a to dla niektórych ludzi jest już samo w sobie źródłem dyskomfortu psychicznego - frustracją potrzeby niezależności (Gapik L. 1999). Natomiast dla ludzi poważnie chorych, jest to także szczególnie przykre łamanie wieloletnich przyzwyczajeń dotyczących trybu życia a zdolność ich adoptowania się do nowych sytuacji niewątpliwie spada wraz z wiekiem oraz ubytkiem sił spowodowanym chorobą.

**Tymczasem każdą chorobę trzeba rozumieć jako zakłócenie**

**powstające w bio-psycho-społecznym układzie samoregulującym się, jakim jest nasz organizm. Natomiast śmierć - to ostateczne załamanie**

**i ustanie procesów homeostatycznych.**

Czym jest zatem leczenie? W tym rozumieniu leczenie jest zawsze wspomaganie homeostazy, działaniem zmierzającym do przywrócenia w możliwie najpełniejszym wymiarze tego, aby człowiek mógł żyć samodzielnie, bez ustawicznego terapeutycznego wsparcia. Oczywiście w miarę postępującej niewydolności tego ukła-



du następuje jego protezowanie chirurgiczne, farmakologiczne lub psychoterapeutyczne (Strojnowski J. 1998, Gapik L. 1998, 1999). Jest to wyraźnie widoczne wraz ze starzeniem się organizmu oraz rozwijaniem się poważnej choroby, kiedy to potrzeba interwencji medycznej wyraźnie i systematycznie wzrasta.

## LĘK, JAKO EMOCJA SZCZEGÓLNIIE DESTRUKTYWNA.

Przechodząc do problematyki lęku, który jest szczególnie ważną emocją w rozeznawaniu sytuacji psychologicznej i stanu psychicznego pacjenta, przypomnijmy kilka najbardziej znanych sposobów definiowania tej emocji.

Według Z. Freuda:

- **Lęk** powstaje w wyobraźni, sumieniu, jako reakcja na odczucia wewnętrzne, takie, jak: niepewność, bezradność, bezsilność. Jest reakcją na nieokreślone, subiektywne niebezpieczeństwo wywołujące odczucie zagrożenia podstawowych wartości.
- **Strach** powstaje przy zagrożeniu bezpośrednim i realnym. Jest reakcją wywołaną przez wyraźnie określone niebezpieczeństwo zewnętrzne - ma zatem charakter lęku obiektywnego.

Natomiast lęk według A. Kępińskiego dzieli się na:

- **lęk biologiczny** - przed zagładą biologiczną,
- **lęk społeczny** - przed izolacją,
- **lęk moralny** - wynikający z poczucia winy,

*Obok lęku moralnego spotyka się pojęcie lęku sumienia, który niektórzy tłumaczą jako lęk przed prawdą i ryzykiem, którego ona wymaga. Lęk sumienia jest lękiem przed karą, zagładą, czy śmiercią duszy.*

- **lęk dezintegracyjny** - przed zmianą ustalonego porządku, bądź przed utratą orientacji.

Za lęk zasadniczy, obejmujący wszystkie rodzaje lęku, A. Kępiński uważał **lęk przed śmiercią**.

Pojęciami lęku i strachu zajmowali się także inni autorzy o uznanym autorytecie:

- ✚ **K. Dąbrowski** używa terminu **STRACH** dla oznaczenia przykrego stanu wzruszeniowego związanego z realnymi sytuacjami. **LĘKIEM** natomiast określa przykry stan, który nie daje się wytłumaczyć warunkami zewnętrznymi, ale ma

swoje źródło w specyficznych właściwościach psychicznych podmiotu, w jego zaburzeniach chorobowych lub konfliktach wewnętrznych.

- ✚ **T. Merton** charakteryzuje gnębiący człowieka przez całe życie **LĘK EGZYSTENCJALNY** jako wypływający z samego istnienia, z wątpliwości i szukania sensu naszej egzystencji, z uczucia niepewności, zagubienia, winy. Lęk ten pogłębia się w życiu sprzecznym z naszym wewnętrznym „JA” wskutek świadomości, że jest się zdolnym do niewierności wobec siebie i innych, że żyje się kłamstwem.
- ✚ **T. Klichowski** uważa **STRACH** za obiektywny lęk sytuacyjny o znacznym nasileniu. Jest to reakcja lękowa na rzeczywiste lub urojone niebezpieczeństwo, w przebiegu której występują znaczne zaburzenia emocjonalne i wegetatywne prowadzące do stanu osłabienia, omdlenia, niemocy, bezruchu lub odwrotnie – podniecenia, pobudzenia, ucieczki, itp.
- ✚ **J. Tischner** uważa, że **STRACH** jest reakcją niepokoju na zło i tak to ujmuje: „Zło jest czymś podobnym do brudu, który pozostawia plamy na duszy. Plamą na człowieczeństwie są zbrodnie historii. Zbrodnia pozostawia plamy, a wspomnienie zbrodni wywołuje strach. Tak rodzi się łańcuch skojarzeń: strach jest tam gdzie zbrodnia, gdzie zbrodnia jest plama, gdzie plama i wina tam grzech. Od tego momentu strach nabiera nowego sensu, staje się sygnałem grzechu świata”.

Walka z lękiem pacjenta jest jednym z podstawowych zadań psychoterapeutycznych każdego członka personelu medycznego i dlatego warto znać podstawowe reguły, jakie znajdują w tym przypadku zastosowanie. Ujmę je w kilku głównych punktach określających ogólne zasady psychologicznego obniżania poziomu lęku:

***Obniżenie poziomu lęku wymaga przeciwdziałania deprywacji i frustracji poprzez:***

- umożliwienie zaspokojenia potrzeb, usunięcie przeszkód w ich realizacji;
- pomoc w przebudowaniu hierarchii wartości potrzeb;
- uaktywnienie psychologicznych mechanizmów obronnych;

***Obniżenie poziomu lęku wymaga przeciwdziałania bólowi poprzez:***

- Zmniejszenie napięcia psychofizycznego wszelkimi dostępnymi technikami (relaksacja, trening autogenny, odwracanie uwagi od źródła bólu, itp.);





- Warunkowanie bodźców pozytywnych skojarzonych z bólem;

A w zakresie bólu psychicznego ponadto:

- Psychoterapeutyczne przepracowanie problemu psychologicznego;
- Uaktywnienie psychologicznych mechanizmów obronnych;

***Obniżenie poziomu lęku wymaga przeciwdziałania poczuciu zagrożenia poprzez:***

- Pomoc w usunięciu lub zminimalizowaniu zagrożenia;
- Podanie przystępnej, rzeczowej informacji nt. źródeł zagrożenia i jego możliwych konsekwencji, z zachowaniem przynajmniej minimum nadziei na poprawę;
- Wskazanie na ewentualne pozytywne konsekwencje wynikające z sytuacji zagrożenia;
- Uaktywnienie psychologicznych mechanizmów obronnych;

#### PODSUMOWANIE.

Niewątpliwie wszystkie te metody wymagają przygotowania psychologicznego połączonego z nabyciem podstawowych umiejętności psychoterapeutycznych. Ważne jest jednak zrozumienie ogólnych zasad postępowania, bo wtedy część tych działań można realizować w ramach swego przygotowania ogólnego. Najważniejsze jednak jest to, abyśmy pamiętali, że lęk jest najbardziej destruktywną spośród wszystkich pojawiających się u nas emocji, dezorganizuje inne procesy psychiczne, prowadzi do zaburzeń psychicznych i fizycznych oraz wielu chorób poprzez znane mechanizmy psychosomatyczne. Ponadto nawet w łżejszych postaciach lęk jest przyczyną dyskomfortu u wielu osób a więc obniża jakość życia - tym bardziej musimy dostrzegać ten problem u ludzi chorych i zbliżających się do swego kresu.

Walka z lękiem rozpoczyna się na poziomie oddziaływań profilaktycznych, w tym także - wychowawczych i należy ją prowadzić zawsze przy pomocy wszelkich dostępnych środków. Takie są wymogi, jeśli chcemy zdrowie pojmować rzeczywiście w sposób zgodny z definicją WHO, jako dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny.



## LITERATURA

1. Gapik L., (red) (1998), Postępy psychoterapii t.1. Poznań, INTERFUND,
2. Gapik L., (red.) (1999), Postępy psychoterapii t.2. Poznań, INTERFUND,
3. Gapik L., (red.) (2000), Postępy psychoterapii t.3. Poznań, INTERFUND,
4. Grzesiuk L., (red.) (1994), Psychoterapia. Warszawa, PWN,
5. Kratochvil St., (1998), Zákklady psychoterapie. Praha, PORTAL,
6. Lewicki A., (red.) (1969), Psychologia kliniczna. Warszawa, PWN,
7. Łazowski J., (red.) (1985), Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Warszawa, PZWZ,
8. Piątkowski W., (1990), Spotkania z inną medycyną. Lublin, WYD.LUBELSKIE,
9. Reykowski J., Owczynnikowa O.W., Obuchowski K. (red.) (1985), Studia z psychologii emocji, motywacji i osobowości. Wrocław, OSSOLINEUM,
10. Rossi E.L., (1995), Hipnoterapia. Poznań, WYD. ZYSK i S-KA,
11. Sęk H., (red.) (1991), Społeczna psychologia kliniczna, Warszawa, PWN,
12. Strojnowski J., (1998), Psychoterapia, Wrocław, WYD. ARBORETUM,
13. Thornwald J., (1990), Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga. Wrocław, OSSOLINEUM,