

**Marzena Pyk, Mirosław Michno, Monika Nowak-Szymańska**

Zakład Chorób Układu Nerwowego i Zdrowia Publicznego

Instytutu Kształcenia Medycznego Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach

Kierownik: prof. dr hab. n. med. S. Nowak

Dyrektor: prof. dr hab. W. Dutkiewicz

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

Dyrektor: dr n. med. S. Góźdź

**ZMĘCZENIE, BÓL, LĘK I DEPRESJA  
U CHORYCH ONKOLOGICZNYCH****STRESZCZENIE**

Rozpoznanie i leczenie choroby nowotworowej wiąże się z pojawieniem wielu negatywnych objawów ze strony sfery odczuć (zmęczenia, lęku, bólu i depresji), które nadmiernie nasilone mogą mieć niekorzystny wpływ na przebieg leczenia, osłabiać wolę walki i utrudniać procesy adaptacyjne. Stanowią też źródło cierpienia i niezrozumienia niektórych zachowań pacjentów przez opiekujący się nimi personel. By ocenić skalę problemu, przeprowadzono badania w dniu przyjęcia do szpitala, na grupie 45 chorych, zakwalifikowanych do leczenia radioterapią. W ocenie bólu i zmęczenia posłużono się skalami analogowymi, natomiast w badaniu lęku i depresji wykorzystano kwestionariusz HADS. W wyniku poczynionych obserwacji wykazano, że dominującym odczuciem w dniu przyjęcia jest zmęczenie (53% badanych), określane jako średnie i duże, oraz objawy depresji na średnim poziomie (47% pacjentów). Ból na średnim poziomie zgłaszało 22% chorych. Natomiast najmniejszą grupę stanowiły osoby cechujące się wysokim poziomem lęku (15%). Podsumowując wyniki badań stwierdzono, że wśród pacjentów cierpiących na chorobę nowotworową, już w pierwszym dniu leczenia, niepokojąco duży procent (85%) chorych wymaga udzielenia kompleksowej pomocy w ramach zespołu interdyscyplinarnego, ze względu na nadmierne manifestowanie objawów.

**Słowa kluczowe:** rak, zmęczenie, depresja, ból, lęk.

**SUMMARY**

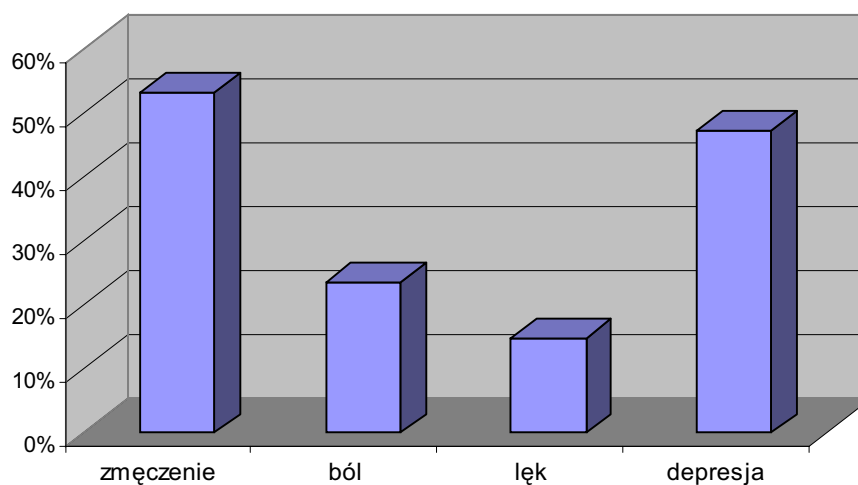
Aims: Diagnosis and the treatment of cancer diseases are linked with several negative symptoms from the side of emotional perception as fatigue, fear, pain and depression. Their intensification can have unfavourable influence on treatment, weaken the will of fight and make the process of adaptation more difficult. They are also the source of sufferings and lack of understanding some behaviour by the nursing staff. Methods: In order to assess the scale of problems an investigation was carried out on the day of admission to the hospital on a group of 45 patients, qualified for the radiotherapy treatment. Analogue scales were used to the assessment of pain and fatigue as while questionnaire HADS were used for pain and depression assessment. Results: In the day of admission to hospital 53% of patients defined their fatigue as mean or pretty large as symptoms of depression on the mean level were defined as dominated in 47% of patients. Pain on the mean level was notified by 22% of patients. Only 15% of patients felt fear on a high level. Conclusion: Intensive manifestation of symptoms on the day of admission to hospital of the cancer patients (85%) required applied complex-aid by an interdisciplinary team.

**Key words:** cancer, fatigue, depression, pain, fears.

Choroba nowotworowa jest źródłem silnych zaburzeń emocjonalnych o charakterze negatywnym. Uraz psychiczny spowodowany „piętnem chorego na raka” staje się na tyle silny, że może spowodować przeciążenie organizmu, w wyniku którego nierzadko pojawia się załamanie funkcji adaptacyjnych z wszelkimi następstwami. W związku z tym dochodzi do uruchamiania się całego szeregu mechanizmów kontrolujących emocje oraz mechanizmów obronnych, takich jak: wyparcie, tłumienie, unikanie myśli i rozmów na temat choroby, odrzucenie diagnozy, izolowanie się, fantazjowanie itp. Mogą pojawić się zachowania agresywne, dezintegracja osobowości, czy w skrajnych przypadkach psychozy. Częściowo tłumaczy to trudności, z jakimi musi się uporać pielęgniarka opiekująca się pacjentem leczonym z powodu choroby nowotworowej.

W celu rozpoznania problemów związanych ze sferą doznań, poddano badaniom grupę 45 chorych zakwalifikowanych do leczenia radioterapią.

W dniu przyjęcia do szpitala oceniano przy pomocy dziesięciopunktowej skali zmęczenie i ból oraz lęk i depresję, stosując kwestionariusz HADS. Z badań wykluczano osoby z zaburzeniami związanymi z chorobą nowotworową centralnego układu nerwowego. Ośmiu pacjentów w badanej grupie nie było w stanie, pomimo pomocy, udzielić odpowiedzi na podstawowe pytania.



Ryc. 1 Częstość zgłaszanych dolegliwości przez pacjentów w dniu przyjęcia N=34

Po obliczeniu wyników okazało się, że dominującym odczuciem w dniu przyjęcia jest zmęczenie (53% badanych), określane jako średnie i duże. 47% pacjentów wykazywało objawy depresji na średnim poziomie. Ból na średnim poziomie zgłaszało 22% chorych. Natomiast najmniejszą grupę stanowiły osoby cechujące się wysokim poziomem lęku (15%).

## ZMĘCZENIE

Zmęczenie jest mechanizmem o charakterze sygnalizacyjno-obronnym, pozwalającym wyrównać organizmowi niedobory, powstające w czasie wykonywania pracy. Ogólnie można określić zmęczenie jako „przejściowy i odwracalny stan obniżenia sprawności organizmu w wyniku wykonywanej pracy, któremu towarzyszą obiektywne zmiany fizjologiczne na przykład chemizmu krwi, zapisu EKG, tętna, odruchu skórno-galwanicznego, oraz subiektywne, takie jak uczucie znużenia, spadek zainteresowania pracą”. Zmiany czynnościowe stwierdzane w zmęczeniu mogą dotyczyć zarówno całego ustroju, jak i poszczególnych jego narządów i układów, gdy obejmują niektóre funkcje psychiczne bądź niewielką grupę mięśni.

Zależnie od wysiłku dominującego przy wykonywaniu danej czynności wyróżnia się zmęczenie:

- fizyczne,
- psychiczne,
- psychonerwowe.

Natomiast ze względu na czas trwania i jego intensywność:

- zmęczenie ostre i zmęczenie umiarkowane (podostre) uważane za reakcje obronne organizmu,
- zmęczenie przewlekłe uważane za stan chorobowy.

Zmęczenie może wystąpić wskutek wadliwie zorganizowanej i długotrwałej pracy, a także pracy wykonywanej w niekorzystnych warunkach środowiska fizycznego lub ludzkiego. Jego intensywność zależy od rodzaju i czasu wykonywanej czynności oraz od wydolności fizycznej i psychicznej człowieka.

Zjawisko powstawania zmęczenia, pomimo licznych badań, nadal nie jest do końca wyjaśnione. Najbardziej znane teorie to:

- teoria zatrucia kwasem mlekowym powstającym w wyniku przemiany cukrowej w mięśniach,
- teoria opierająca się na stwierdzeniu długu tlenowego na skutek spadku poziomu tlenu we krwi,
- teoria neuronalna przyjmująca jako przyczyny zmęczenia proces hamowania w neuronach przedmięśniowych.

Różnorodność teorii wskazuje na możliwość występowania wielu czynników odpowiedzialnych za zmęczenie. Można powiedzieć, że jest to spadek aktywności organizmu, występujący mimo wzrostu siły bodźca. Pojawia się „wąskie gardło” w obwodzie czynnościowym, któremu towarzyszą określone objawy i procesy zmierzające do wyrównania zakłóceń.

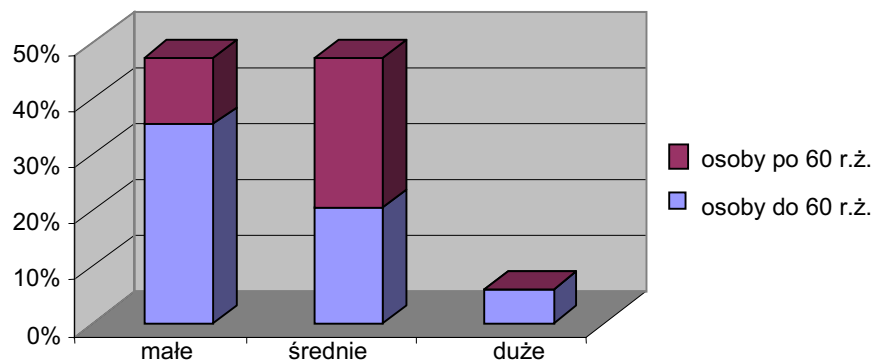
Z punktu widzenia człowieka, zmęczenie jest subiektywnym wrażeniem psychologicznym, porównywalnym z wrażeniami takimi jak pragnienie czy ból. Zmęczenie jest też wewnętrznym doznaniem osoby stanowiącej całość psychofizyczną i znajdującej się w określonej sytuacji środowiskowej, z której nie potrafi się ona wyłączyć.

Ze zmęczeniem jako mechanizmem obronnym wiąże się zjawisko faz, mogących zwiastować groźące uszkodzenia:

1. Faza wyrównawcza polega na pobudzeniu psychoruchowym, w którym silne bodźce odnoszą takie same skutki jak słabe.
2. Faza paradoksalna charakteryzuje się tendencją do przerzucania uwagi na inne bodźce, nie mające związku z bodźcami obciążającymi. Występuje roztargnienie, niechęć do koncentrowania uwagi. Następuje hamowanie czynności organizmu.
3. Faza ultraparadoksalna jest wynikiem nadmiernego zmęczenia. Zahamowana pozornie komórka reaguje na bodźce pobudzające hamowaniem, natomiast ulega pobudzeniu przez bodźce hamujące.

Zmęczenie traktowane jest jako zaburzenie obejmujące całość procesów zachodzących w organizmie. Często dochodzi do dewiacji w odbiorze sygnału zmęczenia w sytuacjach wzmożonego napięcia emocjonalnego. „Zmęczenie będące odpowiedzią (sygnałem) na wywołujące je uprzednio wysiłek nazywamy »zdrowym« zmęczeniem”. Stworzenie jednostce właściwych warunków odciążeniowych likwiduje je. Natomiast zmęczeniem psychopatycznym nazywamy takie, które jest wynikiem jakichś procesów somatycznych organizmu (np. zaburzenia gruczołu tarczycowego czy nadnerczy) lub zaburzeń psychicznych. Podobnym rodzajem zmęczenia jest takie, które, jak np. w neurastenii, zdaje się nie wykazywać konkretnych powodów do występowania. Musimy zdawać sobie jednak sprawę, że mogą tu występować skumulowane, nie ujawniające się na zewnątrz silne wysiłki emocjonalne czy nerwowe, które są zupełnie wystarczającym uzasadnieniem zmęczenia. Jego „patologiczność” przejawia się uporczywą reakcją na każdy, nawet słaby bodziec.

Pośród badanych osób, 47% określiło swoje zmęczenie jako małe. Tyle samo pacjentów oceniało zmęczenie jako średnie. Duże natomiast podawało 6% ankier-



Ryc. 2. Poziom zmęczenia w dniu przyjęcia do szpitala z uwzględnieniem wieku pacjentów N=34

towanych. Większość chorych w pierwszej grupie rekrutowała się z osób poniżej 60. r. ż. (35%), co można wiązać z lepszą wydolnością organizmu i możliwością sprawniejszej regeneracji sił. W grupie o średnim zmęczeniu przeważali pacjenci powyżej 60. r. ż. (26%), co potwierdza mniejsze możliwości odnowy w starszym wieku. Wśród badanych o dużym stopniu zmęczenia znalazły się tylko osoby poniżej 60. r. ż. Wydaje się jednak, że fakt ten należy przypisać zastosowaniu skali polegającej na samoocenie, bez kontroli przy pomocy na przykład Obserwacyjnej Skali Zmęczenia. Ponieważ osiem osób w trakcie badania było zbyt rozkojarzonych i znużonych, by prawidłowo wypełnić kwestionariusz, nie zostało uwzględnionych w prezentowanych wynikach. Można jednak domniemywać, że większość z nich wykazywała silne zmęczenie.

Jak pokazują badania, ponad połowa pacjentów już w pierwszym dniu leczenia wymaga rozpoznania przyczyn zmęczenia i podjęcia środków zaradczych. Należy bowiem uwzględnić fakt zwiększenia się zmęczenia w wyniku wyczerpującej i długotrwałej terapii.

## **BÓL**

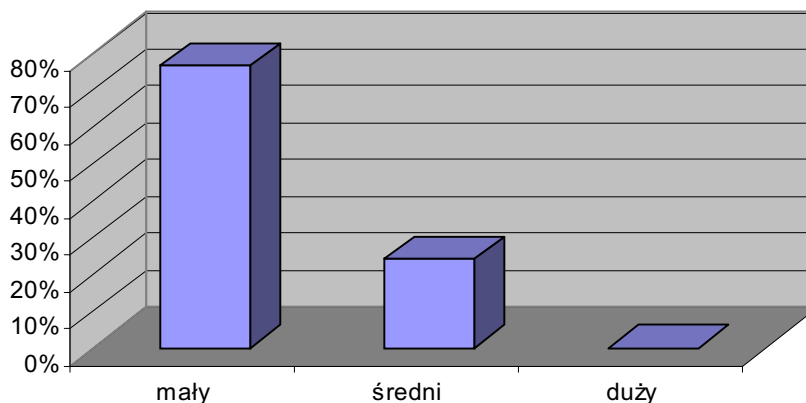
Ból jest mechanizmem przystosowawczo-obronnym, powstającym pod wpływem bodźców uszkodzających tkanki lub zagrażających ich zniszczeniu. Wrażenie bólu może powstać również na skutek podrażnienia narządów zmysłu, np. słuchu czy wzroku, bodźcami właściwymi dla nich, ale przewyższającymi granice fizjologiczne. Tak więc silny dźwięk lub oślepiające światło, poza wywołaniem wrażeń słuchowych czy wzrokowych, mogą wywołać wrażenie bólu. Impulsy bólowe mogą stać się przyczyną odruchowych zaburzeń czynności ustroju, ponieważ mogą na różnych piętrach układu nerwowego „przerzucić się” na drogi odruchowe lub wpływać drogą indukcji na ośrodki wegetatywne. Tłumaczy to możliwość powstania wstrząsu, zwłaszcza w przypadkach, gdy nadmierne nasilenie bólu pochodzi z okolic wstrząsородnych. Specyficzne właściwości mają receptory bólowe, zwane nocycceptorami. Odmienne niż pozostałe receptory, pomimo długotrwałego drażnienia, nie stają się mniej wrażliwe na bodźce (zjawisko sensytyzacji). Badania wykazały, że ból ma nie tylko właściwości wrażenia, ale ma on również cechy o charakterze motywacyjno-emocjonalnym. Odnosi się do tego definicja Komitetu Taksonomii Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu, która mówi „ból jest zmysłowym i emocjonalnym odczuciem towarzyszącym obecnemu lub potencjalnie zagrażającemu uszkodzeniu tkanki, bądź jedynie odnoszonym do takiego uszkodzenia”.

Stwierdzenie charakteru psychicznego bólu, wskazuje na takie czynniki odpowiedzialne za jego nasilenie i czas trwania, jak: lęk, strach, doświadczenia, osobowość itp. Tak więc, odczuwany jako reakcja negatywna, zawiera składniki poznawcze i emocjonalne. Opierając się na takich właściwościach bólu, można go

osłabić lub częściowo znieść, stosując metody pozafarmakologiczne, przy czym należy uwzględnić cztery grupy czynników związanych:

- 1) z osobowością chorego, głównie z jego sugestywnością, motywacjami i oczekiwaniami,
- 2) osobowością terapeuty,
- 3) z atrakcyjnością formy leczenia,
- 4) z warunkami leczenia, m.in. atmosferą i dodatkową informacją czy brakiem przejawów bólu w otoczeniu pacjenta.

Ból, podobnie jak inne mechanizmy obronne, może poza swą funkcją alarmową stać się czynnikiem szkodliwym wtedy, gdy utrzymuje się zbyt długo i wywołuje ujemne reakcje emocjonalne, doprowadzając w konsekwencji do upośledzenia funkcji niektórych organów na drodze odruchowej. Ponadto działa destruktywnie na aktywność chorego, osłabiając wolę walki z chorobą.



Ryc. 3. Wysokość dolegliwości bólowych N=34

W badanej grupie pacjentów, w dniu przyjęcia na oddział i rozpoczęcia radioterapii, znaczna część nie zgłaszała większych dolegliwości bólowych. 76% zgłaszało brak bólu lub tylko niewielkie dolegliwości. 24% określiło je jako średnie, natomiast nikt z ankietowanych nie zgłosił silnych dolegliwości bólowych. Stosunkowo dobra kontrola bólu w porównaniu z innymi negatywnymi odczuciami wiąże się z pewnością z dobrym opanowaniem zasad walki z nim, a także z wprowadzeniem nowych, skuteczniejszych leków.

## LEK

Lęk jest jednym z podstawowych mechanizmów sygnalizacyjno-obronnych o charakterze przystosowawczym. Jego podłożem strukturalnym jest układ emo-

cyjny, złożony z układu siatkowatego, limbicznego i podwzgórzowo-wzgórzowego. Wskazuje się również na rolę kory mózgowej w korygowaniu lęku, polegającą na dostrajaniu wielkości reakcji do bodźca. Kora tworzy przy tym i przecho-wuje sposoby zachowania się redukującego emocje, pośredniczy w ich wywoły-waniu, jak również sama może być ich źródłem.

Obawa, lęk, strach są dominującymi uczuciami w stanie spowodowanym re-akcją na zachorowanie i dolegliwości z tym związane. Każda choroba może roz-począć się obawami, strachem lub nieokreślonym lękiem, które po uświadomie-niu sobie przyczyny uruchamiają nieco odmienne mechanizmy. Strach uruchamia mechanizmy obronne w celu usunięcia lub przeciwdziałania szkodliwemu czyn-nikowi, natomiast lęk uruchamia przede wszystkim mechanizmy poznawcze w celu ustalenia przyczyny. Lęk najczęściej określany jest jako emocja zbliżona do stra-chu, lecz bez uchwytnej, dającej się łatwo określić i usunąć przyczyny. Powstaje najczęściej w sytuacjach nieustabilizowanych, niezrozumiałych, stawiających człowieka w wobec konfliktowych wymagań.

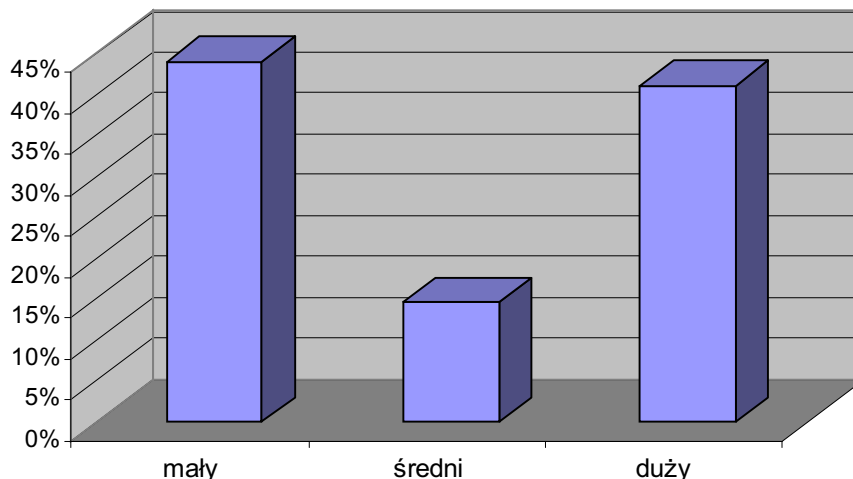
Lęk może mieć charakter przewlekły lub krótkotrwały jako napad lękowy. Można wyróżnić w nim trzy komponenty:

- 1) Psychosomatyczny charakteryzujący się pobudzeniem lub zahamowaniem psy-chosomatycznym, odpowiednią mimiką.
- 2) Psychopatologiczny, w którym powstaje uczucie nieokreślonego zagrożenia, skrepowania, wewnętrznego niepokoju i napięcia. Pojawia się przekonanie o „sytuacji bez wyjścia”.
- 3) Wegetatywny, gdzie można obserwować rozszerzenie źrenic, zblednięcie twa-rzy, poty, biegunkę, brak łaknienia, wzrost ciśnienia krwi, bezsenność i inne objawy wegetatywne.

Z lękiem ściśle wiążą się formy przetwarzania, które stosowane są świadomie lub nieświadomie. Najkorzystniejszą formą są mechanizmy racjonalizacji, dające poczucie komfortu psychicznego. Mechanizmy prowadzące z reguły do psycho-patologicznych zespołów podlegają głównie procesom nieświadomym.

Reakcja emocjonalna u chorych onkologicznych jest typową reakcją na zagro-żenie, jakie niesie choroba i poczucie bezsilności. Silny lęk powoduje pogorsze-nie stanu psychicznego pacjentów, co sprawia, że bardziej cierpią, pogarsza się stan somatyczny, tracą wiarę w siebie. Obserwuje się również wzajemne zależności pomiędzy lękiem i bólem. Niski poziom lęku u pacjentów może świadczyć o bra-ku wykształconych mechanizmów przystosowawczych, co w sytuacjach zagroże-nia może skutkować agresją i oporem. Pacjenci o średnim poziomie lęku najczę-ściej opanowują emocje dzięki dostarczanym informacjom, są skłonni do współ-pracy z personelem. Osoby o wysokim poziomie lęku mają silną motywację do rozwijania mechanizmów redukujących lęk, ale nie potrafią go rozładować. Pró-ba kontroli emocji jest u nich trudna i mało skuteczna.

W badanej grupie niskim lękiem cechowało się 47% pacjentów, co zdaje się potwierdzać opinię wielu badaczy, mówiących o typowym dla chorych na nowo-



Ryc. 4. Poziom lęku u pacjentów rozpoczynających leczenie N=34

tworzy niskim poziomie lęku. Tłumaczy się to wzmożoną tendencją do kontrolowania emocji. Lęk na poziomie średnim stwierdzono u 15% osób, a na poziomie wysokim u 41%. Biorąc pod uwagę możliwości współpracy chorych z personelem, taki rozkład nasilenia lęku, wydaje się niezbyt korzystny, ponieważ tylko niewielka grupa pacjentów wykazuje emocje na poziomie średnim, a więc najbardziej optymalnym.

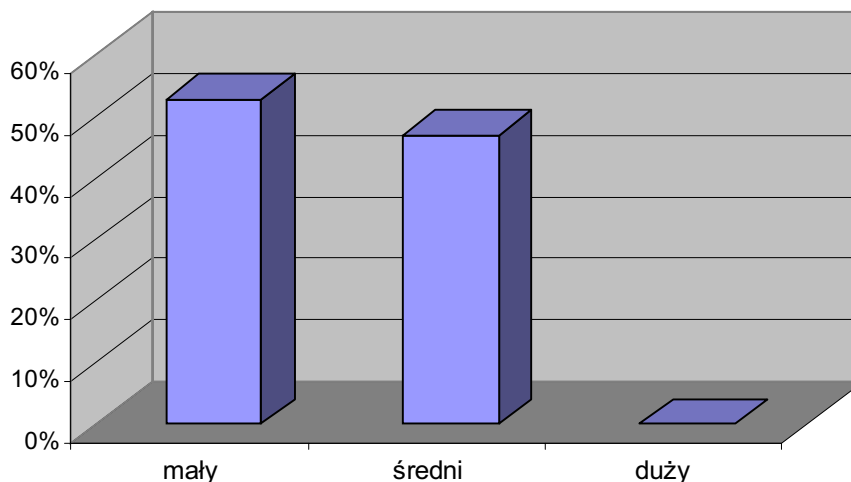
#### DEPRESJA

Depresja często pojawia się u osób dotkniętych chorobą nowotworową w okresie leczenia, remisji czy też po wyleczeniu. Głównym symptomem jest obniżenie nastroju, który utrzymuje się stale, pogarszając komfort życia. Przygnębienie trwa ciągle i niezależnie od tego, co się dzieje. Upośledza zdolność utrzymania codziennej aktywności.

Wystąpienie depresji można podejrzewać u pacjentów wykazujących przez większość dnia smutny nastrój, brak zadowolenia i zainteresowania wykonywanymi czynnościami. Zauważalna jest utrata lub zwiększenie masy ciała, połączone ze zmianami apetytu. Dołączają się zaburzenia snu. Chorzy stają się apatyczni lub nadmiernie ruchliwi. Mają uczucie ciągłego zmęczenia. Pojawia się poczucie winy i obniżenie poczucia własnej wartości, niekiedy z myślami o śmierci bądź samobójstwie. Pacjenci nie mogą skupić uwagi i mają problemy z podejmowaniem decyzji. Rozpoznanie depresji wymaga podjęcia działań psychoterapeutycznych połączonych często z farmakoterapią.

W badanej grupie chorych 53% osób nie wykazywało objawów depresji, natomiast 47% wykazywało objawy na poziomie średnim. Wśród ankietowanych nie





Ryc. 5. Poziom depresji N=34

zaobserwowano objawów świadczących o dużym poziomie depresji. Często nasilenie depresji w przebiegu choroby nowotworowej wiąże się z przekonaniem pacjenta o własnej bezsilności i beznadziejności sytuacji, w której się znalazł, powodując pojawienie się „chaosu psychicznego”. Najczęściej ten stan pojawia się w początkowej fazie choroby.

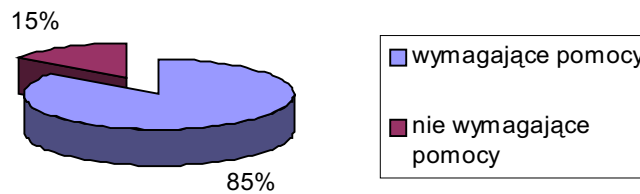
Czas, jaki upłynął od postawienia diagnozy, wśród ankietowanych wynosił od jednego miesiąca do kilku lat. W badanej grupie pacjentów nie zaobserwowano jednak związku z nasileniem objawów depresji i czasu, jaki upłynął od rozpoznania choroby.

## PODSUMOWANIE

Podsumowując wyniki badań, należy stwierdzić, że wśród pacjentów cierpiących na chorobę nowotworową, już w pierwszym dniu leczenia, niepokojąco duży procent chorych (85%) wymaga udzielenia kompleksowej pomocy, ze względu na manifestowanie objawów nadmiernego zmęczenia, depresji, bólu czy lęku.

Objawy te wpływają niekorzystnie na wolę walki z chorobą i podważają wiarę w możliwość leczenia. Same w sobie są źródłem cierpienia. Zwłaszcza może niepokoić duża liczba pacjentów zgłaszających zmęczenie, czasami określane jako „najgorsze, jakie można sobie wyobrazić”. Biorąc pod uwagę fakt, że pacjenci ci zostali zakwalifikowani do długotrwałego i wyczerpującego leczenia, a objawy w takim nasileniu występują w pierwszym dniu terapii, sugeruje, że powinni oni być objęci szczególną opieką.

By zapobiec tak wielkiej liczbie negatywnych objawów, należałoby zdiagnozować je i podjąć odpowiednie działania jeszcze przed hospitalizacją. Niezbędne



Ryc. 6. Porównanie liczby pacjentów wymagających podjęcia działań ze względu na nasilenie objawów N=34

staje się również stworzenie interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych w ramach których, już przy przyjęciu, będą rozpoznane problemy pacjenta i zostanie opracowany sposób postępowania. Ważne staje się także oparcie opieki nad pacjentem na współpracy z jego rodziną jako naturalnym i najbliższym mu środowiskiem. Aby osiągnąć te cele, konieczna jest edukacja personelu pielęgniarskiego w kierunku wykrywania i oceny problemów natury psychologicznej u chorych onkologicznych oraz wprowadzenie do praktyki prostych skal pomiaru zmęczenia, bólu, lęku i depresji.

#### Piśmiennictwo

- [1] Dobrogowski J., Kuś M., Sedlak K. i wsp., Ból i jego leczenie. Springer PWN, Warszawa 1996.
- [2] Buckman R., Jak zwalczać raka? Bertelsmann Media, Warszawa 2000.
- [3] Falicki Z., Zespoły psychopatologiczne w medycynie. Stan psychiczny chorego somatycznie. PZWL, Warszawa 1984.
- [4] De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
- [5] Jarosz M., Psychologia lekarska. PZWL, Warszawa 1983.
- [6] Larkowa H., Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne. PWN, Warszawa 1987.
- [7] Roźniatowski T., Mała encyklopedia medycyny. PWN, Warszawa 1979.
- [8] De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Akademia Medyczna, Gdańsk 2001.
- [9] Obuchowska I., Dynamika nerwic. PWN, Warszawa 1983.
- [10] Dąbrowski S., Jaroszyński J., Puzyński S., Psychiatria. PZWL, Warszawa 1987.
- [11] Peter S., Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
- [12] Szewczuk W., Słownik psychologiczny. Wiedza Powszechna, Warszawa 1985.
- [13] Gomułka W. S., Rewerski W., Terapia bólu. PZWL, Warszawa 1989.
- [14] Terapia grupowa w psychiatrii. H. Wardaszkowska-Łyskowska. PZWL, Warszawa 1980.