

Konstantinos Tsirigotis¹, Wojciech Gruszczyński²

Received: 26.03.2010

Accepted: 07.04.2010

Published: 30.06.2010

Model współpracy lekarza rodzinnego, psychologa klinicznego i psychiatry

A model of cooperation between family doctor, clinical psychologist and psychiatrist

¹ Zakład Psychologii, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim. Kierownik: dr Andrzej Witusik

² Klinika Zaburzeń Nerwicowych Związanych ze Stresem, Uniwersytet Medyczny w Łodzi.

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Wojciech Gruszczyński

Adres do korespondencji: Dr Konstantinos Tsirigotis, Zakład Psychologii, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim, ul. Słowackiego 114-118, 97-300 Piotrków Trybunalski, tel.: 44 732 74 00 w. 141, e-mail: Kostek@esculap.pl; psyche1@onet.eu; ewkom@poczta.onet.pl

Praca finansowana ze środków własnych

Streszczenie

Choroba somatyczna to dla pacjenta i jego bliskich sytuacja emocjonalnie trudna i dlatego oprócz pomocy lekarza rodzinnego często konieczna jest również pomoc psychologiczna. Nabiera to szczególnego znaczenia w przypadku „małego pacjenta”, tj. chorującego dziecka, lub dziecka zdrowego, korzystającego z usług lekarza POZ. Znaczna część pacjentów zgłasza się do lekarza z problemami natury psychologicznej, niezależnie od somatycznej symptomatologii oraz od tego, czy pacjent jest tego świadomy. W związku z czym lekarz rodzinny, spotykając się z ludźmi cierpiącymi na schorzenia somatyczne, ma do czynienia również z różnymi przejawami stanu psychicznego pacjenta. W swojej praktyce lekarz rodzinny często spotyka się z objawami zaburzeń psychosomatycznych lub somatomorficznych. Zaburzenia psychosomatyczne to choroby, w których etiopatogenezie i przebiegu istotna rola przypada czynnikom psychicznym. Przez „czynniki psychiczne” rozumie się tu przede wszystkim czynniki emocjonalne (np. hipoglikemia emocjonalna, tj. niedocukrzenie krwi pochodzenia emocjonalnego). Pomoc psychologiczna obejmuje takie działania, jak profilaktyka psychologiczna, terapia psychologiczna, psychoterapia, edukacja psychologiczna, doradztwo, poradnictwo psychologiczne, interwencje systemowo-organizacyjne, mediacje, rehabilitacja, reedukacja, resocjalizacja. Współpraca między lekarzem rodzinnym, psychologiem klinicznym a psychiatrą może przebiegać w następującym zakresie: diagnoza różnicowa: astenia prodromalna – zaburzenia psychosomatyczne/somatomorficzne – zaburzenia nerwicowe – zaburzenia psychotyczne; pomoc psychologiczna dla pacjenta i jego rodziny; terapia psychologiczna i psychoterapia w przypadkach zaburzeń psychosomatycznych/somatomorficznych i nerwicowych oraz farmakoterapia w przypadku zaburzeń depresyjnych i psychotycznych; unikanie błędów jatrogennych; rehabilitacja, uspołecznienie i uzawodowienie pacjentów, zwłaszcza psychotycznych.

Słowa kluczowe: medycyna rodzinna, pediatria, psychologia kliniczna, pomoc psychologiczna, psychiatria

Summary

Somatic disease makes the situation emotionally difficult for the patient and his near persons and this is why psychological help, except the family doctor's help, is more than once necessary. This issue is of great importance for the ill child or for the healthy one at the doctor's. Many patients go to the doctor with problems of a psychological nature, regardless of the somatic symptomatology and whether the patient is aware of this or not; because of that, the family doctor in his practice, meeting with people suffering from somatic disorders, also meet with various manifestations of mental or psychological state of the patient. The family doctor in his practice often meets symptoms of e.g. psychosomatic or somatoform disorders. In the aetiopathogenesis and the course of psychosomatic disorders important is the role of psychological factors; by "psychological factors" one understands mainly emotional factors (e.g. emotional hypoglycaemia). Psychological help

includes such actions as psychological prevention, psychological therapy, psychotherapy, psychoeducation, psychological counselling, systemic-organisational interventions, mediation, re-education, and rehabilitation. The cooperation between family doctor, clinical psychologist and psychiatrist may proceed as follows: differential diagnosis: prodromal asthenia – psychosomatic/somatoform disorders – neurotic disorders – psychotic disorders; psychological help for the patient and his family, psychological therapy and psychotherapy in the case of psychosomatic/somatoform disorders and pharmacotherapy in the case of depressive and psychotic disorders; avoiding the iatrogenic faults; rehabilitation, socialisation and professional activation of patients, especially the psychotic ones.

Key words: family medicine, paediatrics, clinical psychology, psychological help, psychiatry

Należy leczyć człowieka, a nie objawy jego choroby

Hipokrates

Nους υγιής εν σώματι υγιεί (w zdrowym ciele zdrowy umysł/duch) – powiadali Hellenowie, *mens sana in corpore sano* – powtarzali Rzymianie. Już Platon interesował się zachowaniem ludzkim. Uważał, że pierwotnym, podstawowym zadaniem człowieka jest dbałość o swoją duszę, rozwijanie i trenowanie umysłu. Dusza, podobnie jak i ciało, może być zdrowa lub chora. Platona interesowało to, co dziś nazywamy zdrowiem psychicznym; można stwierdzić, że pojęcie zdrowia psychicznego było właśnie „odkryciem” Platona⁽¹⁾. Dostrzegał on związki między zdrowiem somatycznym a zdrowiem psychicznym; gdy cierpi dusza, cierpi też ciało, i odwrotnie. Nie obdarzał zbytnim zaufaniem leków i postulował, że terapia (θεραπεία) powinna być psychosomatyczna (ψυχοσωματική); gimnastyka dla ciała i dwojaki trening dla duszy: sztuka dla emocji oraz matematyka, nauka i filozofia dla umysłu.

Choroba somatyczna to dla pacjenta i jego bliskich sytuacja trudna emocjonalnie i dlatego oprócz pomocy lekarza rodzinnego często konieczna jest również pomoc psychologiczna; w przypadku zaburzeń psychosomatycznych i nerwicowych niejednokrotnie oprócz pomocy psychologicznej (psychokorekcja i psychoterapia) potrzebna jest także pomoc psychiatry w zakresie farmakoterapii. W przypadku zaś zaburzeń depresyjnych i psychotycznych oprócz pomocy lekarza rodzinnego i pomocy psychologicznej zawsze konieczna jest farmakoterapia prowadzona przez psychiatrę.

Znaczny odsetek pacjentów zgłasza się do lekarza z problemami natury psychologicznej, niezależnie od somatycznej symptomatologii oraz od tego, czy pacjent jest jej świadomy. W związku z czym lekarz rodzinny w swojej praktyce, spotykając się z ludźmi cierpiącymi na mniej czy bardziej poważne schorzenia somatyczne, spotyka się również z różnymi przejawami stanu psychicznego pacjenta. O ile w kwestii większości schorzeń somatycznych lekarz rodzinny jest w stanie skutecznie pomóc pacjentowi, o tyle różnicowanie przejawów stanu psychicznego może nastęrczać problemy; chodzi tu o rozróżnienie między objawami związanymi ze stanem chorobowym a objawami zaburzeń nerwicowych

czy psychotycznych. Jeszcze większe problemy może mieć w leczeniu tych zaburzeń.

Dolegliwości odczuwane przez chorego (ból, duszność, zawroty głowy, ucisk itp.) stanowią dla niego „istotę jego choroby” i to one właśnie wpływają bezpośrednio na jego samopoczucie, wywołując różne nieprzyjemne (tzw. negatywne) emocje (dyskomfort psychiczny, lęk, frustrację, gniew itp.). Na stan psychiczny wpływają również następstwa tych dolegliwości, w postaci różnych ograniczeń czy zmian aktywności życiowej. Z psychologicznego punktu widzenia w oddziaływaniu choroby na stan psychiczny chorego ważną rolę odgrywają: stworzony przez niego obraz własnej choroby (nie zawsze zgodny z rzeczywistym rozpoznaniem lekarskim), właściwości jego osobowości oraz sposoby jego zachowania w sytuacjach trudnych⁽²⁾. W reakcji człowieka na chorobę decydujące są następujące czynniki: ocena ciężkości swojej choroby, jej znaczenie dla chorego, jego reakcje emocjonalne, sposoby zmagania się z chorobą oraz jej psychopatologiczne następstwa. W ocenie choroby częstym zjawiskiem jest zaprzeczanie lub wyparcie, pomniejszenie za pomocą racjonalizacji, przyjęcie diagnozy lekarskiej lub wyolbrzymianie. Nadając znaczenie swojej chorobie, chory przeżywa ją jako przeszkodę (wyzwanie lub wróg), jako stratę lub uszkodzenie, jako ulgę, jako korzyść (strategię) lub jako wartość. Wśród reakcji emocjonalnych najczęściej występuje strach, lęk (potęgujące ból), gniew, przygnębienie, nastrój wyrównany (odważny spokój, rzeczywisty spokój, pozorny brak reakcji emocjonalnej) lub nastrój podwyższony. Wśród sposobów zmagania się z chorobą wymienia się walkę, rezygnację, przeciwstawianie się i uleganie. Jeżeli chodzi o psychopatologiczne następstwa choroby, uważa się, iż może być ona przyczyną zaburzeń reaktywnych, takich jak zaburzenia nerwicowe, psychozy reaktywne, depresje reaktywne, epizodyczne zaburzenia świadomości i stany urojeniowe⁽²⁾.

Zagadnienia te nabierają szczególnego znaczenia w przypadku „małego pacjenta”, tj. chorującego dziecka, lub dziecka zdrowego, korzystającego z usług lekarza POZ. Niezależnie od tego, czy personel medyczny, zwłaszcza pediatra, jest tego świadomy czy nie, jego praca oddziałuje nie tylko medycznie i leczniczo, lecz również wychowawczo; pediatra może przyczyniać się

do internalizacji słusznych poglądów w sprawach zdrowotnych i gotowości do pewnych działań (np. szczepienia ochronne, korygowanie niewłaściwych nawyków żywieniowych czy ogólnozdrowotnych itp.)⁽²⁾.

Oprócz zależności somatopsychicznych (ciało – psychika) występują też zależności odwrotne: psychika – ciało. W swojej praktyce lekarz rodzinny często spotyka się z objawami zaburzeń psychosomatycznych. Zaburzenia psychosomatyczne to choroby, w których etiopatogenezie i przebiegu istotna rola przypada czynnikom psychicznym; przez „czynniki psychiczne” rozumie się przede wszystkim czynniki emocjonalne (np. hipoglikemia emocjonalna, tj. niedocukrzenie krwi pochodzenia emocjonalnego).

Wyniki wielu badań wskazują, że emocje ujemne oznaczonym natężeniu, a zwłaszcza utrzymujące się długo i wielokrotnie przeżywane, mogą spowodować nie tylko zaburzenia funkcji narządów, lecz również zmiany strukturalne⁽²⁾. Czynniki psychiczne mogą wpływać na stan wielu części organizmu: skóry, układu kostno-mięśniowego, oddechowego, sercowo-naczyniowego, krwionośnego i limfatycznego, żołądkowo-jelitowego, moczowo-płciowego, hormonalnego i na narządy zmysłów^(3,4).

W przypadku zaburzeń psychosomatycznych czynniki emocjonalne odgrywają zasadniczą rolę, a leczenie wymaga głównie stosowania metod psychologicznych, skojarzonych często z podawaniem środków psychotropowych. Szacuje się, że około 50% pacjentów zgłasza się do lekarza z powodu objawów somatycznych, niemających swego odpowiednika w zmianach organicznych. Do czynnościowych zaburzeń psychosomatycznych zalicza się zespół hiperwentylacji, wymioty psychogenne, stany kurczowo-wydzielnicze jelita grubego (*colica mucosa*), chorobę wrzodową i inne. Ważny problem medyczny i psychologiczny stanowią również otyłość, nadwaga i zawał serca⁽⁵⁾.

Osobowość, zachowanie, emocje i procesy poznawcze mogą wpływać na reakcję immunologiczną ciała i w ten sposób zwiększyć lub zmniejszyć ryzyko pojawienia się wielu chorób. Psychoneuroimmunologia (PNI) to nowy dział psychologii, badający, w jaki sposób czynniki psychiczne zmieniają system immunologiczny i w efekcie zwiększają ryzyko wystąpienia chorób wiążących się z tym systemem^(4,6). Wyniki licznych badań wykazują na przykład, że poczucie bezradności i beznadziejności ma związek z zachorowaniem na raka czy chorobę wieńcową serca i na umieralność z powodu tych chorób. Wyuczona bezradność osłabia system immunologiczny, np. w depresji obniża się poziom aktywności katecholamin i zwiększa aktywność endorfin, co powoduje obniżenie aktywności układu immunologicznego; stres również działa podobnie: kortyzol, zwany hormonem stresu, tłumi działanie systemu immunologicznego, a stale podwyższony jego poziom w organizmie osłabia funkcjonowanie tego systemu.

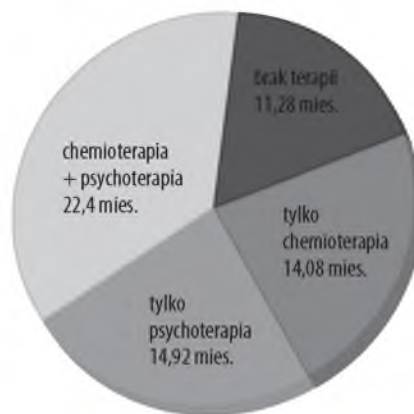
W związku z tymi odkryciami powstała hipoteza, według której terapia psychologiczna może zaktywizować źle działający system immunologiczny. Liczne badania wykazały, że terapia psychologiczna bardzo wzmocniła aktywność systemu immunologicznego (np. w przypadku czerniaka i raka okrężnicy). Wyniki szeregu badań wykazały, że psychoterapia może zapobiec rakowi i chorobie wieńcowej lub przynajmniej odwlec moment zachorowania oraz przedłużyć życie osób, które zachorowały (rys. 1). Jak widać na wykresie, łączne stosowanie chemoterapii i psychoterapii jest wyraźnie skuteczniejsze od każdej z nich oddzielnie; należy też zaznaczyć, że sama psychoterapia była skuteczniejsza niż sama chemioterapia. Zatem oddziaływania o charakterze psychologicznym mogą odgrywać ważną rolę w profilaktyce i terapii chorób somatycznych^(7,8).

Terapia psychologiczna znajduje zastosowanie m.in. w przypadku wrzodziejącego zapalenia okrężnicy (*colitis ulcerosa*), zespołu nadwrażliwego jelita, astmy oskrzelowej, choroby wrzodowej, migrenowych bólów głowy, choroby wieńcowej i innych⁽⁹⁾.

Takie zmiany stanu psychicznego, jak zaburzenia świadomości (przymglenia, przyćmienia świadomości, śpiączka, stany pomroczone), zaburzenia orientacji czy stany majaczeniowe występują w przypadku schorzeń somatycznych, takich jak dur brzuszny, płatowe zapalenie płuc, zimmica, zapalenie opon mózgowych, wydzielający gruczolak trzustki, zatrucia itp.

Astenia prodromalna (reakcja startowa) to często powtarzające się, mało specyficzne zaburzenia psychiczne będące reakcją na czynniki zewnątrzpochodne (egzogenne) w stosunku do układu nerwowego. Obejmuje ona najczęściej następujące objawy: drażliwość, przygnębienie, obniżenie aktywności i zainteresowań, nastawienie lękowe, skargi na osłabienie i szybkie wyczerpanie się itp. Astenia schyłkowa przebiega podobnie, z tym że zdarzają się wyraźniejsze objawy typu neurastenicznego.

W symptomatologii psychopatologicznej chorób somatycznych niejednokrotnie obserwuje się zmiany stanu



Rys. 1. Średni okres przeżywalności pacjentek w zależności od rodzaju stosowanej terapii

psychicznego, takie jak zaburzenia świadomości, objawy rzekomonerwicowe, zmiany otępienne (rzeczywiste lub pozorne), urojenia, stany urojeniowo-depresyjne, stany hipomaniakalne itd.⁽²⁾

Objawy astenii prodromalnej oprócz schorzeń somatycznych mogą być również zwiastunem zaburzeń nerwicowych, a nawet psychotycznych; poza tym często objawy nasuwające podejrzenia depresji mogą w istocie być objawami negatywnymi w schizofrenii. Na uwagę zasługuje także rzekomonerwicowy początek schizofrenii. Różnicowanie w takich przypadkach bywa trudne nawet dla psychiatry i psychologa klinicznego, tym bardziej dla lekarza rodzinnego.

Błędy jatrogenne lub czynniki jatropatogenne są to takie zachowania lekarza lub innego pracownika służby zdrowia, które wpływają szkodliwie na stan zdrowia pacjenta. Wśród przyczyn wymienia się czynniki osobowe (np. eufemistycznie nazwana „postawa egocentryczna”) i zewnętrzne, a wśród motywów m.in. niewiedzę i chęć zysku. W następstwie czynników jatropatogennych mogą wystąpić: pogorszenie choroby podstawowej, zaburzenia psychosomatyczne, epizodyczne reakcje nerwicowe, nerwice, farmakomania lub psychozy reaktywne. Psycholog kliniczny i psychiatra mogą pomóc w unikaniu tego typu błędów^(2,10).

Psycholog kliniczny zajmuje się ludźmi przeżywającymi problemy życiowe, których nie potrafią samodzielnie i pozytywnie rozwiązać⁽¹¹⁾. Pomoc psychologiczna obejmuje takie działania, jak profilaktyka psychologiczna, terapia psychologiczna, psychoterapia, edukacja psychologiczna, doradztwo, poradnictwo psychologiczne, interwencje systemowo-organizacyjne, mediacje, rehabilitacja, reedukacja, resocjalizacja^(7,9). Terapia psychologiczna to wszelkie zamierzone działania lecznicze wykorzystujące bezpośrednio lub pośrednio środki psychologiczne w celu przywracania zdrowia lub zmniejszania ludzkiego cierpienia⁽⁹⁾. Zbliżone do powyższych jest pojęcie psychokorekcji, ujmowanej jako psychologiczne oddziaływanie zmierzające do poprawy psychologicznych aspektów niezadowolającego, problemowego położenia życiowego⁽¹¹⁾.

Choroby somatyczne czy zabiegi operacyjne mogą wywoływać wiele stanów emocjonalnych trudnych do zniesienia, a możliwych do częściowego chociaż złagodzenia przez odpowiednio przygotowanego psychologa klinicznego⁽¹¹⁾.

W przypadku chorób i hospitalizacji „somatycznej” przedmiotem pracy psychologa jest psychologiczna analiza i poprawa psychologicznych aspektów położenia życiowego człowieka chorego; poza pomocą skierowaną do samego chorego może on wskazać lekarzowi najlepszy sposób wyjaśnienia prawdziwego obrazu dolegliwości⁽¹¹⁾.

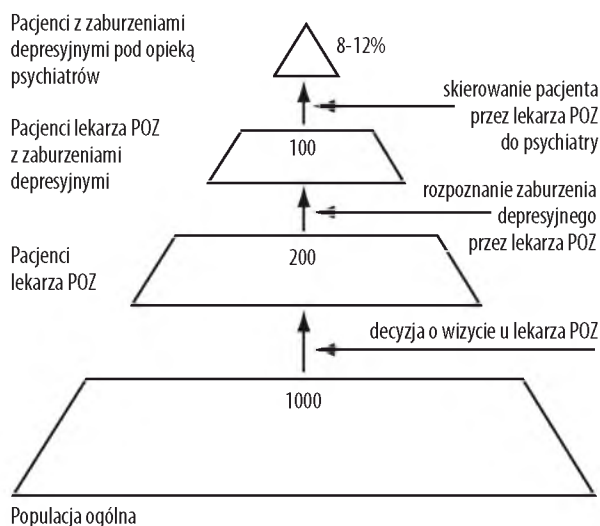
Psycholog wspiera pracę lekarza szeregiem istotnych informacji o czynnikach współdziałających w powstawaniu choroby, w kształtowaniu jej indywidualnego

obrazu, o osobowości pacjenta, o jego linii życiowej, o właściwych mu sposobach „zmagania się” z sytuacjami trudnymi i o reakcjach emocjonalnych, o nastawieniu pacjenta do choroby i do postępowania diagnostyczno-terapeutycznego⁽¹²⁾.

Powyższe zależności i prawidłowości trochę inaczej wyglądają w przypadku dzieci. Przedmiotem psychologii klinicznej dziecka są zaburzenia rozwoju czynności psychicznych w okresie dzieciństwa, w powiązaniu z sytuacjami trudnymi, które je warunkują, jak np. adaptacja w przedszkolu, rozłąka z matką itd. Do zaburzeń specyficznych dla okresu dziecięcego (niewystępujących w innych okresach życia) zalicza się chorobę sierocą czy dysharmonie rozwojowe. Z kolei przykładem form zachowań uważanych w pewnych okresach za patologię, w innych zaś za objaw fizjologiczny, jest mczenie nocne, jąkanie czy pismo lustrzane⁽¹³⁾. Pokrewną dziedzinę stanowi psychologia pediatriczna, ujmowana jako interdyscyplinarna nauka interesująca się fizycznym, poznawczym, społecznym i emocjonalnym funkcjonowaniem i rozwojem – w relacji do zdrowia i choroby u dzieci, młodzieży i w rodzinie. Ważne tu jest ujmowanie choroby według modelu holistycznego, w kategoriach socjo- i psychofizycznych oraz duchowych, z koncentracją na osobie człowieka chorego⁽¹⁴⁾. Poza wczesną interwencją czy wspomaganie rozwoju dzieci i młodzieży, poza psychoterapią indywidualną ważnym rodzajem pomocy psychologicznej jest (psycho)terapia rodzinna, ujmowana najczęściej jako system⁽¹⁵⁾.

Obecnie szacuje się, że w USA 74% pacjentów szukających pomocy z powodu depresji zgłasza się do lekarza POZ – spośród nich dopiero po roku do psychiatry zostało skierowanych 84%. U 56% pacjentów POZ cierpiących z powodu dolegliwości psychicznych

Koncepcja poziomów i filtrów Goldberga i Huxleya



Rys. 2. Droga pacjenta do opieki specjalistycznej

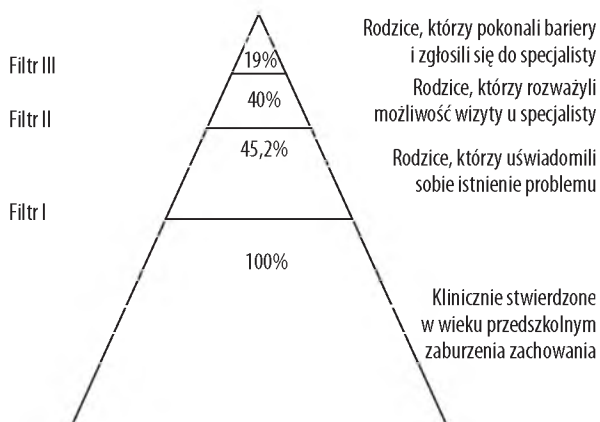
występowały objawy somatyzacji i depresji, a tylko około 1% wymieniało depresję jako powód zgłoszenia się (rys. 2).

Jako przyczyny tak niskiej zgłaszalności do specjalisty wymienia się głównie ekspozowanie dolegliwości somatycznych, niemożność dostrzegania u siebie objawów depresji i obawy przed stygmatyzacją związaną z zaburzeniami psychicznymi (po stronie pacjenta) oraz niewystarczający czas konsultacji, nadmierną koncentracją na objawach somatycznych, niedostateczną wiedzę i niedostateczną współpracę z psychiatrą (po stronie lekarza)⁽¹⁶⁾.

Nie lepiej przedstawia się sprawa dzieci; okazuje się, że jedynie 19% potrzebujących pomocy specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego rzeczywiście zgłasza się po nią (rys. 3).

W przypadku dzieci jako przyczyny niskiej zgłaszalności wymienia się głównie przekonanie rodziców, że problem sam ustąpi lub że go sami rozwiążą, oraz niedostateczną wiedzę o instytucjach i brak dostępu do nich⁽¹⁷⁾.

Warto zwrócić uwagę na zjawisko „torowania przez psychologa drogi do psychiatrii” (robocza nazwa nadana zjawisku przez autorów niniejszej pracy). Z naszej praktyki wynika, że często w celu pokonania bariery związanej z obawami przed stygmatyzacją lekarze innych („somatycznych”) specjalizacji proponują pacjentowi wizytę u psychologa i dopiero w wyniku takiego spotkania pacjent zgłasza się do psychiatrii. W wielu krajach organizuje się działania samorządów lokalnych dotyczące profilaktyki i ograniczania zasięgu zaburzeń psychicznych za pomocą psychologów i psychiatrów. Współpraca psychologów z samorządem lokalnym odbywa się na trzech płaszczyznach: profilaktyki, ograniczania zasięgu problemów oraz alternatywnych metod terapii i rehabilitacji. W ramach profilaktyki organizuje się miejsca opieki nad małym dzieckiem, przygotowanie do szkoły oraz szkolenie zawodowe. W celu ograniczania zasięgu problemów powoływane są służby



Rys. 3. Droga małego pacjenta do specjalisty w zakresie zdrowia psychicznego

kryzysowe (np. interwencyjny ośrodek kryzysowy, telefony zaufania), oferuje się krótkoterminową terapię kryzysową, pomoc dla ofiar i ich rodzin, konsultacje i zmierza się do wczesnego wykrywania problemów psychologicznych. W ramach rehabilitacji organizowane są szkolenia dla paraprofesjonalistów, alternatywne ośrodki terapeutyczne oraz grupy samopomocy⁽⁴⁾. Działania takie przeprowadza się skutecznie, wykorzystując pomoc psychologów klinicznych i psychiatrów; specjaliści ci mogą również wskazać możliwości ewentualnej rehabilitacji, uspołecznienia czy uzawodowienia pacjentów, zwłaszcza z zaburzeniami psychotycznymi.

WNIOSKI

Współpraca między lekarzem rodzinnym, psychologiem klinicznym a psychiatrą może przebiegać w następującym zakresie:

- diagnoza różnicowa: astenia prodromalna – zaburzenia psychosomatyczne/somatomorficzne – zaburzenia nerwicowe – zaburzenia psychotyczne;
- pomoc psychologiczna dla pacjenta i jego rodziny;
- terapia psychologiczna i psychoterapia w przypadkach zaburzeń psychosomatycznych/somatomorficznych i nerwicowych oraz farmakoterapia w przypadku zaburzeń depresyjnych i psychotycznych;
- unikanie błędów jatrogennych;
- rehabilitacja, uspołecznienie i uzawodowienie pacjentów, zwłaszcza psychotycznych.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Hearnshaw L.S.: The Shaping of Modern Psychology. Routledge and Kegan Paul, London and New York 1987.
2. Jarosz M. (red.): Psychologia lekarska. PZWL, Warszawa 1983.
3. Looney J.G., Lipp M.G., Spitzer R.L.: A new method of classification for psychophysiological disorders. Am. J. Psychiatry 1978; 135: 304-308.
4. Seligman M.E.P., Walker E., Rosenhan D.L.: Abnormal psychology. W.W. Norton, New York 2001.
5. Czubalski K.: Znaczenie czynników psychicznych w niektórych chorobach wewnętrznych a postępowanie lekarza internisty. W: Jarosz M. (red.): Psychologia lekarska. PZWL, Warszawa 1983: 379-391.
6. Seligman M.E.P.: Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie. Media Rodzina, Poznań 1993.
7. Sęk H.: Podstawowe rodzaje pomocy psychologicznej. W: Sęk H. (red.): Społeczna psychologia kliniczna. PWN, Warszawa 1998: 365-380.
8. Eysenck H.J., Eysenck M.: Podpatrywanie umysłu. GWP, Gdańsk 2000.
9. Mellibruda L.: Terapia psychologiczna w chorobach somatycznych. W: Heszen-Niejodek I. (red.): Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych. PZWL, Warszawa 1990: 66-94.

10. Bilikiewicz T.: Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej. PZWL, Warszawa 1976.
11. Gerstmann S., Gerstmann P.: Podstawy psychologii klinicznej. UŁ, Łódź 1982.
12. Jarosz M., Sęk H.: Niektóre metody badań psychologicznych. W: Jarosz M. (red.): Psychologia lekarska. PZWL, Warszawa 1983: 114-138.
13. Bogdanowicz M.: Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym. WSiP, Warszawa 1985.
14. Kościelska M.: Psychologia kliniczna dziecka. W: Strelau J. (red.): Psychologia. Tom III, GWP, Gdańsk 2003: 623-648.
15. Obuchowska I.: Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia. W: Sęk H. (red.): Psychologia kliniczna. Tom II, PWN, Warszawa 2005: 25-46.
16. Araszkiwicz A.: Depresja – wspólny problem psychiatry i lekarza POZ. XL Zjazd Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 06 VI 2001.
17. Pavuluri M.N., Luk S.L., McGee R.: Help-seeking for behavior problems by parents of preschool children: a community study. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 35: 215-222.