

Objawy depresyjne i lękowe zależne od cech demograficznych i klinicznych hospitalizowanych pacjentów

Depression and anxiety symptoms related to demographic and clinical features of the hospitalized patients

Paweł Grabowski^{1,2}, Bartosz Łoza¹

¹ Klinika Psychiatrii, Oddział Fizjoterapii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Oddział Psychiatryczny w Parczewie

STRESZCZENIE

Pacjenci przebywający na oddziale psychiatrycznym (niezależnie od diagnozy) są ekspozowani na wiele czynników, które mogą indukować negatywne emocje, takie jak lęk i depresja. 422 hospitalizowanych pacjentów zostało zbadanych za pomocą skali HADS i Inwentarza Demograficzno-Epidemiologicznego. Szereg cech demograficznych i klinicznych miało związek z lękiem i depresją. Podwyższone ryzyko wystąpienia lęku i depresji dotyczy głównie kobiet, osób rozwiedzionych, żyjących samotnie, starających się utrzymać w pracy, bez problemów ze spożyciem alkoholu, ale palących papierosy i przyjmujących substancje psychoaktywne.

Słowa kluczowe: lęk, depresja, hospitalizacja

NAJWAŻNIEJSZE

Poziom objawów lękowych i depresyjnych w trakcie hospitalizacji jest zależny nie tylko od zaburzenia podstawowego, ale również od cech samych pacjentów i warunków hospitalizacji.

HIGHLIGHTS

The level of anxiety and depression symptoms during hospitalization depends not only on the basic disorder, but also on the patients' characteristics and the condition of the hospitalization.



Paweł Grabowski

Magister pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Absolwent Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Pracuje na Oddziale Psychiatrycznym z Pododdziałem Leczenia Uzależnień Alkoholowych w Parczewie. W samorządzie pielęgniarstwie pełni funkcję Przewodniczącego Komisji ds. Pielęgniarstwa Psychiatrycznego. Zainteresowania: orientalistyka, muzyka, dziennikarstwo muzyczne.

ABSTRACT

Patients of psychiatric department, independently from diagnosis, are exposed on many factors which induce some negative emotions, like anxiety and depression. 422 hospitalized patients were interviewed with HADS and Demographic-Epidemiological Inventory. Lots of demographic and clinical features unveiled their relationships with anxiety and depression. The main risk for the higher level of anxiety and depression was in subgroups of hospitalized women, divorced ones, living alone, struggling for a job, smoking cigarettes (but not drinking) and taking some psychoactive drugs.

Key words: anxiety, depression, hospitalization

CEL PRACY

Lęk stanowi jeden z wymiarów psychopatologicznych obecnych w każdym zaburzeniu psychicznym. Z kolei zaburzenia depresyjne, chociaż także powszechne, mają genezę bardziej złożoną, mniej związaną z bieżącym stresem. Paradoksalnie, miejsce leczenia tych zaburzeń (oddział psychiatryczny), a także sposób leczenia (hospitalizacja) również mogą być przyczynami zaburzeń emocji [1]. Interakcje między zasadniczym zaburzeniem a specyficznymi okolicznościami hospitalizacji wydają się oczywiste, chociaż nie zostały odpowiednio zbadane [2, 3]. Nie można ograniczyć się do samej sfery psychopatologicznej, lecz należy brać pod uwagę negatywne oddziaływania społeczne [4–8]. Z drugiej strony, wzorzec przeżywania tych emocji jest bardzo zindywidualizowany, wynika ze zdolności do adaptacji, równoważenia wewnętrznych zasobów i deficytów samych pacjentów.

Celem przedstawionego badania było określenie podatności pacjentów, wzięwszy pod uwagę czynniki demograficzne i kliniczne, na występowanie zaburzeń lękowych i depresyjnych w trakcie hospitalizacji.

METODA

Badanie miało charakter screeningowy. Objęto nim pacjentów przebywających na oddziale ogólnopsychiatrycznym. Każdy pacjent, niezależnie od rozpoznania, mógł uczestniczyć w badaniu jednorazowo lub kilkakrotnie, o ile w kolejnym dniu badania przebywał na oddziale. Wykluczono, ze względu na brak współpracy, pacjentów w stanie dezorganizacji psychotycznej, z otępieniem lub ciężkimi zaburzeniami organicznymi ośrodkowego układu nerwowego oraz osoby, które nie wyraziły zgody na badanie.

Zastosowano użycie skali HADS Snaitha i Zigmunda (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, Szpitalna Skala Depresji i Lęku, adaptacja polska B. Łoza). Skala ta jest uznawa-

na za bardzo dobre narzędzie do badań populacyjnych. Dodatkowy inwentarz demograficzno-epidemiologiczny został opracowany na potrzeby niniejszego badania.

W opracowaniu wyników posługiwano się przede wszystkim analizą wariancji ANOVA. Ponadto przeprowadzono testy post hoc oraz posłużono się metodami parametrycznymi i nieparametrycznymi korelacji (Pearsona i Spearmana). Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

GRUPA BADANA

Dane demograficzne

W badaniu uczestniczyło 422 pacjentów (66,98%) spośród 630 przebywających w czasie całego cyklu badań na oddziale (15 tygodni). Wśród badanych było 255 mężczyzn (60,42%) i 167 kobiet (39,58%).

Średnia wieku badanych wynosiła 44,08 roku, w przedziale wiekowym od 19 lat do 84 lat.

149 (35,31%) badanych mieszkało w mieście, a 273 (64,69%) na wsi.

Ustalono, że spośród badanych 51 (12,09%) to osoby mieszkające samotnie, a 371 (87,91%) to osoby mieszkające z rodziną lub innymi osobami.

Różnicując badanych pod względem stanu cywilnego, stwierdzono: 204 (48,35%) osoby żyjące samotnie, 132 (31,28%) pozostające w związku małżeńskim, 48 (11,37%) wdów/wdowców, 21 (4,98%) osób rozwiedzionych, 9 (2,13%) osób przebywających w separacji i 8 (1,89%) osób żyjących w związku nieformalnym.

Spośród badanych 199 (47,15%) osób nie miało dzieci, a 223 (52,85%) osoby posiadały od 1 do 9 dzieci. Średnia liczba dzieci w całej grupie wynosiła ok. 1,3.

Poziom wykształcenia rozkładał się następująco: wykształcenie podstawowe miało 151 (35,78%) osób, zawodowe 157 (37,21%), średnie 111 (26,30%), a wyższe 3 (0,71%).

Sposób utrzymania: 251 (59,48%) pacjentów pobierało rentę/emeryturę, 74 (17,54%) korzystało z zasiłku, 31 (7,35%) utrzymywało się z pracy dorywczej, 23 (5,45%) było na utrzymaniu rodziny, 23 (5,45%) prowadziło samodzielną działalność gospodarczą, a 20 (4,73%) pacjentów utrzymywało się z pracy etatowej.

Dane kliniczne

143 (33,88%) pacjentów deklarowało co najmniej problemowe spożycie alkoholu, a 279 (66,12%) negowało. Palenie papierosów potwierdziło 240 (56,87%) osób, zanegowało je 182 (43,13%) osoby. Przyjmowanie innych substancji psychoaktywnych, takich jak leki, narkotyki itp., potwierdziło 56 (13,28%) osób, a zanegowało je 366 (86,72%) osób.

Czas obecnej hospitalizacji (czyli czas od przyjęcia do szpitala do momentu badania mierzony w tygodniach) wynosił średnio 5,08 tygodnia, w przedziale od 0 do 37 tygodni.

Liczba hospitalizacji psychiatrycznych w ciągu całego życia wynosiła od 1 do 27, średnio – 5,25. Czas od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej do dnia badania wynosił od 0 do 44 lat, średnio – 8,58 roku.

Wśród badanych 394 (93,36%) pacjentów było poddawanych farmakoterapii, a 28 (6,63%) psychoterapii i farmakoterapii równocześnie. Nie analizowano tych zmiennych ze względu na dysproporcję w liczebności podgrup.

U 34 (8,05%) badanych zastosowano przymus bezpośredni w czasie minionych siedmiu dni przed badaniem, natomiast u 388 (91,95%) nie stosowano przymusu.

WYNIKI

Zmienne demograficzne

Płeć

Średni poziom lęku u badanych mężczyzn wyniósł 8,27, przy odchyleniu standardowym (OS) 4,510, natomiast u kobiet 9,40 (OS = 5,519).

Średni poziom depresji u badanych mężczyzn wyniósł 8,59 (OS = 4,802), natomiast u kobiet 9,78 (OS = 5,826). Kobiety cechowały się istotnie wyższym poziomem lęku i depresji niż mężczyźni.

Miejsce zamieszkania

Brak istotnych statystycznie różnic w poziomie lęku między grupami osób mieszkających w mieście i na wsi.

Średni poziom depresji u badanych zamieszkałych w mieście wyniósł 9,85 (OS = 4,977), natomiast u osób zamieszkałych na wsi 8,63 (OS = 5,364).

Osoby z grupy mieszkającej w mieście mają wyższy poziom depresji niż osoby z grupy mieszkającej na wsi.

Mieszkanie razem czy osobno?

Średni poziom lęku u osób mieszkających z rodziną wyniósł 8,47 (OS = 4,857), u mieszkających samotnie 10,46 (OS = 5,589), natomiast u mieszkających z innymi osobami 8,63 (OS = 4,097).

Średni poziom depresji u osób mieszkających z rodziną wyniósł 8,77 (OS = 5,132), u osób mieszkających samotnie 10,65 (OS = 5,820), natomiast u osób mieszkających z innymi osobami 10,25 (OS = 5,323).

Osoby samotne mają wyższy poziom lęku i depresji, chociaż wyniki nie były istotne statystycznie.

Liczba dzieci nie różnicowała wyników w zakresie poziomie lęku i depresji.

Stan cywilny

Średni poziom lęku u osób pozostających w małżeństwie wyniósł 8,74 (OS = 4,607), u osób bez formalnego związku 7,58 (OS = 4,476), u osób rozwiedzionych 15,67 (OS = 5,228), u osób przebywających w separacji 10,33 (OS = 4,899), u wdowców/wdów 8,56 (OS = 5,331), a u osób żyjących w związku nieformalnym 8,00 (OS = 4,342).

Średni poziom depresji u osób bez formalnego związku wyniósł 9,45 (OS = 5,280), u osób pozostających w małżeństwie 7,82 (OS = 5,313), u osób rozwiedzionych 11,24 (OS = 4,242), u osób przebywających w separacji 8,78 (OS = 2,108), u wdowców/wdów 10,13 (OS = 5,246), a u osób żyjących w związku nieformalnym 8,00 (OS = 5,237).

Rozwód powodował istotny wzrost ryzyka lęku i depresji.

Wykształcenie

Średni poziom lęku u osób z wykształceniem podstawowym wyniósł 7,84 (OS = 4,373), zawodowym 9,18 (OS = 5,045), średnim 9,40 (OS = 5,429), a z wyższym 4,00 (OS = 1,000).

Średni poziom depresji u osób z wykształceniem podstawowym wyniósł 9,55 (OS = 4,808), zawodowym 8,71 (OS = 5,632), średnim 8,96 (OS = 5,339), a z wyższym 6,67 (OS = 2,082).

Niewielka liczba pacjentów z wykształceniem wyższym uniemożliwiła jednoznaczne porównania.

Źródło utrzymania

Średni poziom lęku wyniósł:

- u osób pobierających zasiłek 7,19 (OS = 3,902)
- u posiadających pracę dorywczą 8,42 (OS = 3,922)
- u utrzymywanych przez rodzinę 8,48 (OS = 3,788)
- u osób na rencie/emeryturze 9,10 (OS = 5,267)
- u osób prowadzących samodzielną działalność gospodarczą 9,17 (OS = 4,877)
- u posiadających pracę etatową 9,80 (OS = 6,330).

Średni poziom depresji wyniósł:

- u osób pobierających zasiłek 7,09 (OS = 4,732)
- u posiadających pracę dorywczą 7,77 (OS = 4,240)
- u osób utrzymywanych przez rodzinę 8,26 (OS = 6,319)
- u osób prowadzących samodzielną działalność gospodarczą 8,30 (OS = 4,958)
- u osób na rencie/emeryturze 9,84 (OS = 5,347)
- u posiadających pracę etatową 10,40 (OS = 4,235).

Zestawienia te nie różnicowały grup w sposób istotny statystycznie, jednak widać, że utrzymanie się w pracy jest obarczone bezwzględnie największym ryzykiem stresu, a w rezultacie – podwyższonym poziomem lęku i depresji.

Wiek

Ujawniła się istotna statystycznie, ale słaba korelacja o charakterze dodatnim między wiekiem a poziomem depresji. Oznacza to, że im starsi byli badani, tym wyższy był u nich poziom depresji.

Natomiast poziom lęku nie korelował z wiekiem.

Zmienne kliniczne

Spożycie alkoholu

Średni poziom lęku w grupie deklarujących co najmniej problemowe picie alkoholu wyniósł 8,74 (OS = 5,526), natomiast w grupie negującej co najmniej problemowe picie 8,71 (OS = 4,652).

Średni poziom depresji w grupie deklarujących co najmniej problemowe picie alkoholu wyniósł 8,06 (OS =

5,266), natomiast w grupie osób negujących co najmniej problemowe picie 9,57 (przy odchyleniu 5,187).

Lęk nie różnicował istotnie grup, natomiast osoby z grupy z co najmniej problemowym pićm miały istotnie niższy poziom depresji niż osoby z grupy negującej tego rodzaju picie.

Palenie papierosów

Średni poziom lęku u badanych w grupie palących papierosy wyniósł 9,35 (OS = 5,163), natomiast w grupie niepalących 7,88 (przy odchyleniu 4,556).

Średni poziom depresji u badanych w grupie palących papierosy wyniósł 9,26 (OS = 5,325), natomiast w grupie niepalących 8,80 (przy odchyleniu 5,168).

Palenie papierosów nie chroniło przed lękiem (różnica istotna statystycznie), natomiast różnica w poziomie depresji nie była istotna statystycznie.

Inne substancje psychoaktywne

Średni poziom lęku w grupie potwierdzających przyjmowanie innych substancji wyniósł 11,61 (OS = 5,419), natomiast w grupie negujących przyjmowanie innych substancji 8,28 (OS = 4,739).

Średni poziom depresji w grupie potwierdzających przyjmowanie innych substancji wyniósł 8,66 (OS = 4,730), natomiast w grupie negujących przyjmowanie innych substancji 9,12 (OS = 5,336).

Występowała istotna statystycznie różnica w poziomie lęku między grupą potwierdzających a grupą negujących przyjmowanie innych substancji. Nie było natomiast istotnych różnic w poziomie depresji.

Przymus bezpośredni

Średni poziom lęku u osób, u których zastosowano przymus bezpośredni w ciągu minionego tygodnia przed badaniem, wyniósł 9,97 (OS = 5,633), natomiast w grupie, w której nie stosowano przymusu bezpośredniego w ciągu minionego tygodnia, wyniósł on 8,61 (OS = 4,888).

Średni poziom depresji u osób, u których zastosowano przymus bezpośredni w ciągu minionego tygodnia, wyniósł 7,94 (OS = 4,592), natomiast w grupie, w której nie stosowano przymusu bezpośredniego w ciągu minionego tygodnia, 9,16 (przy odchyleniu 5,305).

Stosowanie przymusu bezpośredniego nie miało wpływu na poziom lęku i depresji u badanych osób.

Długotrwałość i liczba hospitalizacji psychiatrycznych

- W zakresie lęku:
 - Istnieje istotna statystycznie słaba ujemna korelacja z długością obecnej hospitalizacji. Oznacza to, że im dłużej trwa hospitalizacja, tym niższy poziom lęku.
 - Istnieje istotna statystycznie słaba dodatnia korelacja z liczbą hospitalizacji. Oznacza to, że im więcej hospitalizacji, tym wyższy poziom lęku.
- W zakresie depresji:
 - Istnieje istotna statystycznie słaba dodatnia korelacja z liczbą hospitalizacji. Oznacza to, że im więcej hospitalizacji, tym wyższy poziom depresji.
 - Istnieje istotna statystycznie słaba dodatnia korelacja z czasem od pierwszej hospitalizacji. Oznacza to, że im więcej czasu upłynęło od pierwszej hospitalizacji, tym wyższy poziom depresji.

Pozostałe korelacje były nieistotne.

OMÓWIENIE

1. Kobiety cechują się wyższym poziomem lęku i depresji, co potwierdza literatura dotycząca epidemiologii zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych [9, 10].
2. Im starsi są pacjenci, tym wyższy mają poziom depresji. To także jest uważane za kanon starzejącego się społeczeństwa. Nie wykazano natomiast zależności między wiekiem pacjentów a poziomem lęku.
3. Pacjenci pochodzący z miasta i pacjenci pochodzący ze wsi nie różnią się pod względem średniego poziomu lęku. Natomiast pacjenci mieszkający w mieście mają wyższy poziom depresji niż pacjenci mieszkający na wsi.
4. To, z kim mieszka pacjent w domu, istotnie różnicuje wysokość obserwowanego u niego poziomu lęku i depresji. Najwyższe poziomy lęku i depresji odnotowano u mieszkających samotnie, natomiast najniższe – u mieszkających z rodziną. Wyniki te znajdują potwierdzenie w literaturze [11].
5. Stan cywilny pacjentów również ma istotny wpływ na poziom odczuwanego przez nich lęku i doznawanej depresji, chociaż wyniki nie są już tak jednoznaczne jak zróżnicowanie w kwestii zamieszkania z innymi osobami. Najwyższy poziom lęku i depresji odnotowano u pacjentów rozwiedzionych, natomiast najniższy – u pozostających w związku małżeńskim. Podobnie, wyniki te mają potwierdzenie w literaturze [11]. Należy jednak uwzględnić, że osób rozwiedzionych w badanej grupie było stosunkowo mało.
6. Liczba dzieci nie różnicowała wyników w zakresie poziomu lęku i depresji.
7. Niewielka liczba pacjentów z wykształceniem wyższym uniemożliwiła jednoznaczne porównania. Za uważalną była jednak tendencja, że niskie wykształcenie chroni przed lękiem, ale nie przed depresją, i odwrotnie – wzrost wykształcenia nie chroni przed lękiem, ale chroni przed depresją.
8. Najwyższym poziomem lęku i depresji cechowali się pacjenci utrzymujący się z pracy etatowej, a najniższym – pacjenci pobierający zasiłek.
9. Co najmniej problemowe spożycie alkoholu nie ma wpływu na poziom lęku u badanych pacjentów. Natomiast osoby z grupy z co najmniej problemowym spożyciem mają istotnie niższy statystycznie poziom depresji niż te z grupy negującej nadużywanie alkoholu. Taki wynik nie zaskakuje, wzięwszy pod uwagę negatywne rezultaty wielu prób leczenia uzależnienia od alkoholu lub ograniczenia spożycia alkoholu za pomocą leków przeciwdepresyjnych. Należałoby postawić tezę o zróżnicowaniu etiopatogenetycznym i klinicznym zaburzeń nastroju w przebiegu uzależnienia od alkoholu vs endogennych zaburzeń depresyjnych.
10. Palenie papierosów nie chroni przed lękiem. Uspokojenie po zapaleniu papierosa jest więc nieprawdziwym stereotypem. Palenie papierosów nie ma istotnego wpływu na poziom depresji.
11. Pacjenci przyjmujący inne substancje psychoaktywne mają istotnie wyższy poziom lęku od osób nieprzyjmujących tych substancji. Ich przyjmowanie nie ma natomiast wpływu na poziom depresji. Mogłoby to stać w sprzeczności z hipotezą, że jednym z czynników etiologicznych depresji jest właśnie nadużywanie lub uzależnienie od substancji chemicznych, zarówno uspokajających, jak i pobudzających [11]. Hipoteza ta jest jednak coraz mniej akceptowana. Substancje psychoaktywne prowadzą do niestabilności, natomiast raczej nie tworzą warunków do rozwoju klasycznej depresji. Stąd obecność lęku, ale nie depresji w związku z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Bardziej prawdopodobna jest sytuacja odwrotna – gdy osoby cierpiące na zaburzenia emocji nadużywają różnych substancji w celu wtórnego zmniejszenia poziomu napięcia, lęku, dezorganizacji itp. [12].
12. Interesujące jest, że stosowanie przymusu bezpośredniego nie ma wpływu na poziom lęku i depresji u pacjentów. Najwyraźniej są to rozdzielne kategorie kliniczne, bardziej związane z dezorganizacją i stanami psychotycznymi.
13. Im dłużej trwa hospitalizacja, tym niższy jest poziom lęku. Natomiast pozostaje to bez związku z poziomem

depresji. Z kolei im więcej hospitalizacji psychiatrycznych, tym wyższy poziom lęku i depresji. Ponadto im więcej czasu upłynęło od pierwszej hospitalizacji, tym wyższy jest poziom depresji, co zazwyczaj wiąże się z większą liczbą hospitalizacji psychiatrycznych.

WNIOSKI

Ujawniono szereg cech demograficznych mających związek z poziomem przeżywania lęku i depresji. Ryzyko jest szczególnie wysokie w przypadku kobiet, osób samotnych i obciążonych koniecznością utrzymania pracy na etacie.

Ujawniono również szereg zmiennych klinicznych mających związek z poziomem lęku i depresji. Jednak wiele z tych związków było słabych pod względem siły. Interesujące było niewykazanie związku występowania depresji ze spożywaniem alkoholu, nikotyny i innych substancji psychoaktywnych.

Na podstawie otrzymanych wyników można się pokusić o stworzenie profilu hospitalizowanego pacjenta najbardziej i najmniej podatnego na występowanie lub współwystępowanie zaburzeń lękowych i depresyjnych.

Pacjentem najbardziej podatnym byłaby kobieta, w wieku powyżej 44 lat (im starsza, tym bardziej podatna), samotna i/lub rozwiedziona, z wykształceniem średnim, mieszkająca w mieście, pracująca etatowo, nienadużywająca alkoholu, ale paląca papierosy i/lub nadużywająca innych substancji psychoaktywnych, mająca za sobą wiele hospitalizacji i długi czas od pierwszej hospitalizacji (im dłuższy czas od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej i im większa liczba tych hospitalizacji, tym większa podatność), leczona tylko farmakologicznie (bez psychoterapii).

Pacjentem najmniej podatnym byłby mężczyzna w wieku poniżej 44 lat (im młodszy, tym mniej podatny), żonaty, mieszkający na wsi z rodziną, z wykształceniem wyższym, pobierający zasiłek, niepalący i niestosujący innych substancji psychoaktywnych, ale nadużywający alkoholu, mający za sobą najmniej hospitalizacji i najkrótszy czas od pierwszej hospitalizacji, a w czasie bieżącej hospitalizacji leczony farmakologicznie i psychoterapeutycznie.

PODSUMOWANIE

Prezentowane wyniki stanowią fragment większych badań. Rezultaty mogą być interpretowane w różnorodny

sposób. Poziom lęku i depresji może być integralną częścią zasadniczych zaburzeń, ale może też być reakcją na hospitalizację, wynikiem relacji z personelem lub innych przyczyn. Prezentowane rezultaty części badań potwierdzają istotne związki wyższego poziomu lęku i depresyjności z określonymi cechami demograficznymi i klinicznymi.

PIŚMIENNICTWO

1. Kulczycki M. *Pacjent w szpitalu*. W: Jarosz M (red.). *Psychologia lekarska*. PZWL; Warszawa 1988: 283-286, 291-295, 297-299.
2. Nowak R. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa psychiatrycznego*. W: Koślacz A, Nowak R. *Psychiatria kliniczna i pielęgniarstwo psychiatryczne*. PZWL; Warszawa 1988: 191, 194-196, 241, 266-269.
3. Jarosz M (red). *Psychologia lekarska*. PZWL; Warszawa 1988: 312-313, 326-329.
4. Zajac J, Rymaszewska J, Hadryś T, Adamowski T, Szurmińska M, Klejna A. *Leczenie szpitalne w opinii pacjentów z ostrymi zaburzeniami psychicznymi*. *Psych Pol* 2006; XL(4): 671-681.
5. Friis S. *Jakie jest znaczenie otoczenia terapeutycznego dla występowania przemocy w oddziałach psychiatrycznych?* W: Friis S, Wistedt B (red). *Agresja w instytucjach psychiatrycznych. Materiały z sympozjum, Oslo, 1 października 1990*; 1991: 21-26.
6. Zadecki J. *Model społeczności terapeutycznej a sytuacja społeczna salowych*. *Psychoterapia* 1979; XXVIII(3): 16, 18-19.
7. Jarosz M. *Lekarz psychiatra i jego pacjent*. PZWL; Warszawa 1982: 13, 19, 26, 29, 38, 216, 286-289.
8. Stojnowski J. *Psychoterapia*. Instytut Wydawniczy Pax; Warszawa 1985: 21-23.
9. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. *Psychopatologia*. Wydawnictwo Zysk i S-ka; Poznań 2003.
10. Stirling JD, Hellewell JSE. *Psychopatologia*. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne; Gdańsk 2005.
11. Preskorn SH. *Depresja – postępowanie w lecznictwie otwartym*. *Podręcznik dla lekarzy praktyków*. Wydawnictwo Triangulum M.B.P.; Kraków 2004.
12. Meyer R. *Psychopatologia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; Gdańsk 2003.

Adres do korespondencji:

Klinika Psychiatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
05-802 Pruszków, ul. Partyzantów 2/4
e-mail: klinika@tworki.com.pl