



## kompleksowe programy zdrowotne

### **AKTYWIZACJA ZAWODOWA CHORYCH PRZEWLEKLE (CHOROBA ALERGICZNA) – ZAGADNIENIA PSYCHOLOGICZNE**

Istnieje wiele czynników, które można uznać za predyktory powrotu do pracy. Zdaniem Fearsa (1) najsilniejszymi determinantami powrotu do pracy są między innymi: percepcja choroby i własnego stanu zdrowia, czas, jaki upływa od momentu zaprzestania pracy, postawa wobec pracy, odczuwane wsparcie społeczne, czynniki związane ze środowiskiem medycznym, czynniki związane ze środowiskiem pracy i czynniki związane z rozwiązaniami formalno-prawnymi.

Podjęcie pracy przez osobę, która z różnych powodów (nie tylko zdrowotnych) do tej pory nie była aktywnie zawodowo, może poprawić jakość jej życia. Wyniki badań jednoznacznie wskazują, że osoby pracujące szacują wyżej jakość swojego życia w porównaniu z osobami niepracującymi (2,3). W przypadku osób chorych przewlekle praca może dodatkowo pełnić funkcje terapeutyczne. Dzięki aktywności zawodowej chory ma szansę wzmocnić własne zasoby, w tym również osobowościowe, jak poczucie własnej wartości, skuteczności i kontroli. Z kolei wiara w siebie, poczucie własnej wartości i samoakceptacji stanowi źródło ufności w siły zdrowotne i przeświadczenie o własnej zaradności (4).

Praca pozwala również na oderwanie się od spraw związanych z chorobą bądź niepełnosprawnością i ogranicza wywołane stanem zdrowia poczucie alienacji (5). Wypełnianie roli zawodowej daje poczucie człowiekowi, że nadal jest zdolny do pełnienia ważnych ról w obrębie rodziny i społeczeństwa (6). W ten sposób praca przyczynia się do podtrzymywania, a w niektórych przypadkach nawet do podnoszenia jakości życia.

#### **I. CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA FUNKCJONOWANIE ZAWODOWE CHORYCH PRZEWLEKLE (ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM CZYNNIKÓW WPŁYWAJĄCYCH NA MOTYWACJĘ DO PRACY)**

##### **1. Jakość życia**

Pojęcie jakości życia (quality of life) stało się popularne w drugiej połowie ubiegłego wieku (7,8). Początkowo rozpatrywane było w kontekście tego co gwarantuje człowiekowi egzystowanie, a więc czynników obiektywnych, takich jak zabezpieczenie finansowe czy schronienie (7). Było to więc dość wąskie spojrzenie, pomijające na przykład kontekst społeczny. Później, kiedy jakość życia nabrała trochę innego znaczenia-bardziej jako zadowolenie czy satysfakcja z życia, rozpoczęto badania, które

uwzględnili, pomijaną do tej pory płaszczyznę społeczną i indywidualną (zaczęto koncentrować się również na człowieku, a nie tylko na warunkach w jakich żyje).

Różnorodność koncepcji jakości życia powoduje, że nie ma jednej, obowiązującej definicji tego pojęcia. Definicje różnią się w zależności od podejścia do problemu oraz od takich czynników jak zawód czy specjalność osoby, która definiuje jakość życia. Na przykład Cohen uważa, że jakość życia to zdolność do realizacji planów danego człowieka, a Calman, że jest to różnica pomiędzy nadziejami i oczekiwaniami a obecnymi doświadczeniami danej osoby (za: 9). Wells i jego współpracownicy, a także Testa uważają, że jest to przede wszystkim subiektywna percepcja dobrego samopoczucia, satysfakcja z życia i codziennego funkcjonowania. Podobne stanowisko reprezentuje Tuynman-Qua upatrując jakość życia w dobrym samopoczuciu, satysfakcji z życia i pozytywnej ocenie ogólnego funkcjonowania.

Problem jakości życia związanej ze zdrowiem został ujęty, choć nie w sposób bezpośredni, w definicji zdrowia sformułowanej przez Światową Organizację Zdrowia. Zdrowie, zgodnie z tą definicją, jest stanem „pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego jednostki, a nie tylko jako stan braku choroby”. Takie podejście wskazuje na subiektywny wymiar jakości życia - czyli samopoczucia, a także na obszary jakości życia wykraczające poza chorobę somatyczną.

Najbardziej, jak się wydaje, uniwersalne podejście do omawianego problemu reprezentuje Gill i Feinstein. Zdefiniowali oni jakość życia jako sposób (spojrzenie, refleksję), w jaki pacjent odczuwa i reaguje na swój stan zdrowia i na inne, nie medyczne aspekty swojego życia (za: 11). Pojęcie to zawiera w sobie czynniki nie tylko związane ze stanem zdrowia, takie jak fizyczne, funkcjonalne, emocjonalne i intelektualne dobre samopoczucie, lecz również elementy pozamedyczne, jak praca, rodzina, przyjaciele i inne okoliczności życiowe.

Pomimo wielu koncepcji i definicji jakości życia, większość badaczy zgadza się z tym, że czynniki składające się na jakość życia należy podzielić na dwie grupy: subiektywne i obiektywne (15,9,16,17).

Do subiektywnych zalicza się:

- Stan fizyczny (np.: ogólna sprawność i wydolność, występowanie dolegliwości);
- Stan psychiczny (np.: stany lękowe, depresja, samoocena, obraz siebie);
- Sytuacja społeczna (np.: zadowolenie z pracy, zarobków, czasu wolnego);
- Relacje międzyludzkie (np.: wsparcie społeczne, interakcje z innymi).
- Z kolei do obiektywnych składowych jakości życia zaliczyć można:
- Stan zdrowia fizycznego i psychicznego (np.: wyniki badań laboratoryjnych i innych testów, wyniki badania psychologicznego, psychiatrycznego);
- Obraz kliniczny i rozpoznanie stosownie do rodzaju choroby;
- Status społeczno-ekonomiczny (np.: dochód, mieszkanie, zatrudnienie);
- Kontakty społeczne (ich ilość i jakość).

Ze względu na małe prawdopodobieństwo zmian w krótkim czasie unika się oceny: zabezpieczenia finansowego, stanu cywilnego, niezależności oraz cech osobowości.

Bez względu na sposób definiowania jakości życia warto przyjąć, że ogólna jej ocena jest wynikiem kombinacji subiektywnych i obiektywnych czynników.

## 2. Choroba przewlekła a jakość życia

Nadrzędną wartością dla większości ludzi jest zdrowie. Wyodrębnienie jakości życia związanej ze zdrowiem tylko utwierdza nas w tym przekonaniu. O tym jak ocena jakości życia może ulec zmianie – przekonujemy się w obliczu choroby, szczególnie przewlekłej. Choroba obniża jakość życia między innymi ze względu na zmiany jakie powoduje na poziomie fizycznym i psychicznym (18-20). Zmiany na poziomie psychicznym mogą być powodowe na skutek działania różnych czynników wynikających z choroby, do których zaliczyć można (19,21):

- Czynniki etiopatogenetyczne wywołujące określoną chorobę. Działanie tych czynników na funkcje komórki nerwowej ośrodkowego układu nerwowego powoduje mniejsze lub większe zaburzenia w jej czynnościach. Objawia się to między innymi zaburzeniami procesów poznawczych i emocjonalno-motywacyjnych oraz ogólnym obniżeniem sprawności umysłowej.
- Dolegliwości wypływające z choroby (np.: ból, duszności, nudności, wymioty, zawroty głowy, świąd) i ograniczenia będące jej następstwem. Dolegliwości oddziałujące negatywnie na stan psychiczny człowieka niejednokrotnie stanowią dla niego istotę samej choroby. Zaburzeniu ulegają funkcje pamięci, jak zapamiętywanie, przypominanie, zakłócona jest uwaga, zdolność uczenia się ulega upośledzeniu. Występują zaburzenia w sferze emocjonalnej, które powodują, że chory bywa przygnębiony, rozdrażniony, wybuchowy, pojawia się niepokój. Na stan psychiczny i funkcjonowanie chorego wpływa również stopień ograniczeń wynikający z ciężkości, przebiegu, czasu trwania choroby oraz z tego czy zmiany chorobowe mają charakter odwracalny, czy też prowadzą do trwałego upośledzenia.
- Tak zwana „psychologiczna droga” oddziaływania choroby na stan psychiczny człowieka. W tym przypadku oddziaływanie choroby zależy od wielu czynników, ale największą rolę odgrywają cechy osobowościowe, sposoby zachowania w sytuacjach trudnych (utrwalone i wcześniej nabyte sposoby zmagania się z sytuacjami trudnymi wpływające na stan psychiczny osoby, gdy choroba postrzegana jest jako sytuacja trudna) oraz obraz własnej choroby. Obraz własnej choroby jaki ma chory, często różni się w sposób istotny od obrazu wytworzonego przez lekarza, gdyż pacjent wykorzystuje zazwyczaj ogólne obiegowe informacje o chorobie; własną obserwację objawów; własne podsumowanie przypuszczeń i wyobrażeń choroby, oraz sądów na temat przyczyn objawów i prognozy. Obraz choroby bywa więc często wyolbrzymiony, czasem pomniejszony - z reguły jednak zniekształcony. Gdy obraz choroby jaki ma pacjent jest negatywny tzn. gdy choroba uważana jest za ciężką, zagrażającą zdrowiu, życiu, za niemożliwą do wyleczenia należy spodziewać się wielu negatywnych stanów emocjonalnych (19,21).

Zmiany na poziomie fizycznym (np.: ból, duszności, nudności, wymioty, zawroty głowy, świąd, gorączka, zmiany skórne) oraz zmiany na poziomie psychicznym (np.: przeżywanie nieprzyjemnych emocji i stanów emocjonalnych jak lęk, gniew, złość oraz zmiany w funkcjonowaniu poznawczym (jak zakłócenia uwagi, trudności w zapamiętywaniu i podejmowaniu decyzji) stanowią źródło niedogodności i ograniczeń, z którymi musi zmagać się pacjent i jego najbliższe otoczenie.

Niedogodności wynikające z choroby mogą mieć charakter obiektywny i subiektywny. Niedogodności obiektywne dotyczą na przykład konieczności zażywania leków, bycia w stałym kontakcie z placówkami opieki zdrowotnej czy też zmiany stylu życia na bardziej rygorystyczny (22). Z kolei przeżycia, odczucia na poziomie psychicznym składają się na niedogodności subiektywne.

### 3. Poznawcza reprezentacja choroby- ważny regulator zachowania

Choroba somatyczna zawiera wszystkie elementy charakterystyczne dla stresora psychicznego: posiada czynnik zagrożenia (biologicznego i psychospołecznego), zakłóca realizację celów życiowych i stawianych zadań, utrudnia bądź uniemożliwia zaspokajanie różnorodnych potrzeb życiowych chorego oraz zawiera czynnik utraty istotnych wartości (19). Sposób i intensywność przeżywania stresu wynikającego z tego, że jest się chorym zależy między innymi od całościowego obrazu choroby (22). Większego dyskomfortu można się spodziewać wówczas gdy choroba ma złe rokowanie i wyzwała poczucie beznadziejności i bezradności (np.: nowotwory złośliwe) niż w sytuacji gdy choroba poddaje się kontroli i chory ma poczucie panowania nad nią (np. astma, cukrzyca).

Obraz własnej choroby, czyli poznawcza reprezentacja choroby, należy do podstawowych elementów wchodzących w skład modeli wyjaśniających różnice indywidualne w zakresie zachowań związanych ze zdrowiem wynikających z roli chorego (23). Można wskazać na cztery istotne czynniki wchodzące w skład poznawczej reprezentacji choroby, które regulują aktywność chorego (za: 23):

- - przekonania na temat powagi choroby (liczby i ciężkości jej objawów);
- - przekonania na temat własnej podatności na komplikacje wynikające z przebieg danej jednostki chorobowej;
- - przekonania na temat korzyści z podjęcia danej formy leczenia (wiara w to, że jest sens angażować się w leczenie);
- - przekonania na temat barier i ujemnych konsekwencji związanych z daną formą leczenia (przekonanie o stopniu, w jakim przestrzeganie zaleceń lekarskich zaburza codzienne funkcjonowanie).

Podkreśla się, że istnienie związków między ukształtowanym przez chorego poznawczym obrazem choroby a poczuciem jakości życia i poczuciem pozytywnego dobrostanu (23). Istnienie takich wzajemnych wpływów daje szerokie możliwości oddziaływań terapeutycznych względem chorych. Zmiana myślenia o chorobie, własnej osobie i otaczającej rzeczywistości stanowią główny cel oddziaływań psychologicznych w tym aspekcie. Myślenie, że poprzez kontrolę własnych przekonań możemy kontrolować własną aktywność (nie tylko w aspekcie zdrowia), a przez to wpływać na postrzeganie własnej jakości życia (w potocznym rozumieniu – szczęścia), stanowi doskonały instrument własnego programu autoterapeutycznego. Poniżej poświęcono więcej uwagi zagadnieniom jakimi są przekonania poznawcze.

### 4. Przekonania poznawcze jako regulatory aktywności człowieka

Funkcjonując w rzeczywistości, postrzegając ją i analizując, odwołujemy się do uformowanych w procesie rozwoju przekonań wchodzących w skład skryptów i schematów poznawczych. Wyróżniono kilka poziomów treści poznawczych, które mają wpływ na nasze funkcjonowanie (24-26). Kategorią pierwotną są tzw. głębokie przekonania, które są kategorycznymi stwierdzeniami dotyczącymi Ja, świata i innych ludzi oraz relacji międzyludzkich. Poniżej w hierarchii treści poznawczych znajdują się założenia i zasady. Definiowane są one jako reguły lub formuły, które pomagają nadać sens doświadczeniom i uporządkować je. Założenia mogą wpływać na wnioski, jakie ludzie wyprowadzają z sytuacji, w których się znajdują, jak i mogą oddziaływać na zachowania ludzi w tych sytuacjach. Zdarza się, że treści założeń i zasad są bezpośrednim odzwierciedleniem głębokich przekonań.

Założenia i kluczowe przekonania stanowią część systemu schematów. Same schematy są głębszymi strukturami, zawierającymi oprócz struktur poznawczych, komponenty fizjologiczne, zmysłowe, emocjonalne i behawioralne np. schemat perfekcjonisty czy schemat świata jako niebezpiecznego miejsca. Cechą schematów jest to, że sprzyjają procesowi selektywnego odbioru, przetwarzania i przechowywania informacji (np. koncentracja na własnych porażkach, czy wyczulenie na informacje o zagrożeniu). Ostatnią kategorią treści poznawczych są tzw. automatyczne myśli. Są to reprezentacje z najniższego poziomu struktur poznawczych, który aktywuje się najszybciej w różnych sytuacjach życiowych. Są to te rodzaje myśli, które przebiegają przez głowę w sposób automatyczny i często bez udziału woli i stanowią komentarz do sytuacji, w której aktualnie znajduje się jednostka.

Wymienione kategorie treści poznawczych występują w dwóch odmianach – adaptacyjnej (funkcjonalnej) i dezadaptacyjnej (dysfunkcjonalnej). Miarą funkcjonalności lub dysfunkcjonalności treści poznawczych jest ich dopasowanie do rzeczywistości. Za funkcjonalne uznaje się te przekonania, założenia czy myśli, które w sposób adekwatny opisują rzeczywistość we wszystkich jej wymiarach. W im mniejszym stopniu przekonanie lub założenie oddaje złożoną rzeczywistość tym jest bardziej dysfunkcjonalne. Owe dysfunkcjonalne przekonania zostały nazwane przez Alberta Ellisa (26) przekonaniami irracjonalnymi. Wyróżnił on jedenaście głównych irracjonalnych przekonań, które współcześnie łączone są w cztery podstawowe kategorie dysfunkcjonalnych procesów poznawczych: (1) roszczeniowość, (2) katastrofizowanie, (3) nadmierne uogólnianie i samopograżanie się oraz (4) nietolerancja frustracji. Te cztery kategorie procesów poznawczych odciskają swe piętno zarówno na zachowaniu jak i samopoczuciu jednostek oraz ich związkach z innymi ludźmi (27,28).

Reasumując, na podstawie analizy zachowania, na przykład człowieka chorego, można wnosić, iż posługuje się on pewnymi konstruktami poznawczymi. Z jednej strony konstrukty te „usprawiedliwiają” trudności w wykonywaniu ról społecznych przez chorego, z drugiej działają na niego demotywująco, co utrudnia wprowadzanie zmian w życiu. Na przykład, silne przekonanie o tym, że kontrola choroby (np.: ataków astmy, poziomu cukru) w pracy nie jest możliwa- wywołuje zazwyczaj lęk, co z kolei może wiązać się z wycofaniem i rezygnacją z wytyczonych celów (np.: dana osoba miała w planach powrót do pracy, ale pod wpływem takiego myślenia- rezygnuje z planów).

## 5. Emocje a choroba

To jakie reakcje emocjonalne wywołuje choroba zależy w dużym stopniu od tego jakie znaczenie ma choroba dla pacjenta (19,21). Jeżeli choroba traktowana jako ulga (np.: zwalnia osobę od obowiązków, odpowiedzialności; umożliwia choremu tłumaczenie jego niepowodzeń życiowych,) czy też jako korzyść (np.: daje zysk w postaci gratyfikacji – renta, odszkodowanie; zaspokaja potrzebę doznawania uczucia zainteresowania, troski) – emocje jakie wywołuje choroba nie muszą być negatywne (19-21). W związku z tym, że choroba zazwyczaj wiąże się z poczuciem zagrożenia i niepewnością dalszego losu, budzi wiele negatywnych reakcji emocjonalnych (29-32). Zmiany emocjonalne nie są nie tylko reakcją na chorobę, ale stają się częścią wyzwania, z którym pacjent musi sobie radzić. Są to:

1. Lęk, który jest reakcją na chorobę dotyczy dwóch aspektów: rezultatów choroby, czyli tego, co choroba zmieni w życiu pacjenta oraz technik i sposobów leczenia, które nierzadko są nieprzyjemne, bolesne i często nieznanne pacjentowi (20).



2. Depresja, która wiąże się z niepewnością dotyczącą najbliższej przyszłości, z poczuciem zagrożenia życia, , utratą kontroli nad własnym życiem oraz niedostateczną liczbę informacji dotyczących choroby i możliwości leczenia. Jeżeli choroba spostrzegana jest jako choroba przewlekła, o niekorzystnym rokowaniu lub powodująca liczne dolegliwości – zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia stanów depresyjnych (21). Bezsilność wobec choroby oraz poczucie braku osobistego wpływu na przezwyciężanie choroby mogą osłabić skuteczność terapii, a także powrót do zdrowia i rehabilitację (20).
3. Gniew- może być reakcją chorego na swoją słabość czy też utrudnienia w zaspokajaniu różnych potrzeb. Gniew jako reakcja na „niesprawiedliwość” choroby jest podobny do agresji (20,21). Wówczas gniew może być skierowany również na personel medyczny. Emocja ta jest szkodliwa, ponieważ źle wpływa na relacje pacjent-lekarz i kieruje uwagę chorego na problemy nieistotne dla choroby i jej leczenia (20).

## 6. Znaczenie kompleksowej rehabilitacji

Kompleksowa rehabilitacja osób przewlekle chorych powinna swym zakresem obejmować również psychikę chorego. Pomoc psychologiczna poprzez pobudzenie zachowań ukierunkowanych na proces zmniejszenia i hamowania negatywnych emocji oraz tworzenie wspierającego środowiska społecznego może bowiem ułatwić proces adaptacji do choroby i poprawić jakość ich życia. Wysoka jakość życia to poczucie satysfakcji z własnego życia, na którą z kolei wpływa efektywność naszych działań. Im bardziej aktywni jesteśmy, na różnych płaszczyznach życia, tym więcej mamy szans doświadczania „bycia skutecznym”. Oczywiście im bardziej jesteśmy aktywni, tym częściej możemy napotykać sytuacje trudne, stanowiące zagrożenie lub wyzwanie. Ważnym więc jest to, by rozwijać umiejętności, które pozwolą nam skuteczniej funkcjonować w takich sytuacjach. Na przykład, umiejętność kontroli emocji obniża stres, a przez to usprawnia działanie i radzenie sobie z wyzwaniami.

Dlatego zwiększenie świadomości własnych stanów emocjonalnych oraz kształtowanie wiedzy na temat źródeł tych stanów (nasze myśli, przekonania, postawy) powinno stanowić stały punkt podczas interwencji psychologicznych skierowanych do chorych. Natomiast edukacja dotycząca natury stresu oraz jego wpływu na umysł i ciało – może być pomocna w nauce rozpoznawania wczesnych objawów ostrzegawczych (np.: niepokoju, duszności, napięcia mięśniowego) oraz szkoleniu w zakresie różnych metod walki ze stresem (relaksacja mięśni, trening autogenny). Oddziaływanie psychologiczne powinno więc wzmacniać zasoby osobiste chorych, a przez co zwiększać ich motywację do bycia bardziej aktywnym, również na płaszczyźnie zawodowej.



## Bibliografia

1. Fear, W. J. Return to work revisited. *Psychologist* 2009;22: 502-503.
2. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Working and living in an enlarged Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities 2005.
3. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. First European Quality of Life Survey: Quality of work and life satisfaction. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities 2007
4. Sarwa –atyk do przeglądu nr37 Sarwa A., Polak K., Sarna D.: Wpływ obrazu samego siebie na etiopatogenezę własnej choroby. W: Skłodowski H. [red.]. *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1996.
5. Main DS, Nowels CT, Cavender TA, Etschmaier M, Steiner JF. A qualitative study of work and work return in cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2005;14(11):992-1004.
6. Young AE, Wasiak R, Roessler RT, McPherson KM, Anema JR, van Poppel MNM. Return-to-work outcomes following work disability: Stakeholder motivations, interests and concerns. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2005;15(4):543-56.
7. Edwards L. A.: *Using Knowledge and Technology to Improve the Quality of Life of People with Disabilities*. Pennsylvania College of Optometry, Philadelphia 1991.
8. Sokolnicka H., Mikuła W.: *Medycyna a pojęcie jakości życia*. *Medycyna Rodzinna zeszyt 24 (3-4/2003)*
9. Jarema M. *Badanie jakości życia*. W: Skłodowski H. [red.]. *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1996
10. Felce D.: *Quality of life for people with learning disabilities in supported housing in the community: a review of research*. University of Exeter: Centre for Evidence based Social Services, 2000
11. Kowalczyk-Zieleniec E., Nowicki R., Majkiewicz M.: *Jakość życia w dermatologii. Metody pomiaru*. *Przegl. Dermatol.* 1999; 86: 153- 158
12. Farnik-Brodzińska M., Pierzchała W.: *Znaczenie badań jakości życia w chorobach alergicznych*. <http://www.nexter.pl>
13. Jaeschke R., Guyatt G., Cook D., Miller J.: *Określanie i mierzenie jakości życia związanej ze zdrowiem*. *Medycyna Praktyczna* 1999, 4: 155-162
14. Ferrans C. E., Zerwic J.J., Wilbur J.E., Larson J.L.: *Conceptual model of health-related quality of life*. *Journal of Nursing Scholrship* 2005, 37: 336-342
15. Żelazny I., Nowicki R., Majkiewicz M., Samet A.: *Jakość życia w chorobach skóry*. *Przew Lek* 2004, 9, 60-65
16. Jarema A.: *Badanie jakości życia w chorobach nowotworowych*. W: Skłodowski H. [red.]. *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1996
17. O'Connor R.: *Measuring quality of life in health*. Elsevier/ Churchill Livingstone, 2004



18. Hołub G.: Etyczna problematyka chorób przewlekłych. *Medycyna Praktyczna* 2007,2:165-168.
19. Czubalski K.: Wpływ choroby na stan psychiczny i zachowanie człowieka chorego. *Sztuka Leczenia* 1995,3:53-60.
20. Salmon P.: *Psychologia w medycynie*. GWP, Gdańsk 2002.
21. Jarosz M.: *Psychologia lekarska*. PZWL, Warszawa 1978.
22. Hołub G.: Etyczna problematyka chorób przewlekłych. *Medycyna Praktyczna* 2007,2:165-168.
23. Starowicz A.: Rola poznawczego obrazu własnej choroby w adaptacji do cukrzycy-charakterystyka zagadnienia i przegląd badań. *Diabetologia Praktyczna* 2009;3
24. Beck A., Freeman A.: *Cognitive therapy for personality disorders*, Guilford Press, New York 1990
25. Beck A.: *Cognitive therapy and the emotional disorders*, Penguin Books, New York, 1991
26. Ellis A.: *Reason and emotion in psychotherapy*, Stuart, New York, 1962
27. Szentagotai A., Schnur J., DiGiuseppe R., Macavei B., Kallay E., David D.: The organization and the nature of irrational beliefs: schemas or appraisal? *J Cognitive Behavioral Psychotherapies*, 2, 139-158, 2005
28. David A., Ghinea C., Macavei B., Kallay E.: A search for 'hot' cognitions in a clinical and non-clinical context: appraisal, attributions, core relational themes, irrational beliefs, and their relation to emotion. *J Cognitive Behavioral Psychotherapies*, 1, 1-42, 2005
29. Goethe J.W., Maljanian R., Wolf S. i wsp.: The impact of depressive symptoms on the functional status of inner-city patients with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2001, 87:205-10.
30. Najtek V.A., Brown ES., Khan D.A. i wsp.: Prevalence of mood disorders and relationship to asthma severity in patients at an inner-city asthma clinic. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2001,87:129-133.
31. Mancuso C.A., Peterson M.G., Charlson M.E.: Effects of Depressive Symptoms on Health-Related Quality of Life in Asthma Patients. *Journal of General Internal Medicine* 2000, 15:301-310.
32. Jaracz J.: Depresja i lęk w przewlekłych chorobach płuc. *Przew Lek.* 2007,1: 139-141