

## Objawy lękowe i depresyjne u pacjentów leczonych na nowotwory hematologiczne\*

### Anxiety and depressive symptoms in patients treated due to haematologic malignancies

Krzysztof Małyszczak<sup>1</sup>, Tomasz Wróbel<sup>2</sup>, Grzegorz Mazur<sup>2</sup>,  
Karolina Lindner<sup>2</sup>, Angelika Pyszczel<sup>2</sup>, Andrzej Kiejna<sup>1</sup>,  
Kazimierz Kuliczkowski<sup>2</sup>, Ryszard Andrzejak<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

<sup>2</sup>Z Katedry i Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. K. Kuliczkowski

<sup>3</sup>Z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego  
AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. R. Andrzejak

#### Summary

**Background:** Haematological treatment is associated with excessive distress due to side effects of cytostatics and due to severe life consequences of the illness. It could be a cause of anxiety or depressive states in vulnerable persons.

**Aim:** The purpose of the study was to assess prevalence of depression, anxiety disorders, and distress among patients treated due to haematologic malignancies.

**Methods:** 45 patients with leukaemia or lymphoma, 29 treated due to other internal diseases and 28 healthy persons were assessed. The following research instruments were used: the Present State Examination (PSE), the General Health Questionnaire (GHQ-30), criteria scales (ICD-10) for depression and anxiety.

**Results:** Depression was diagnosed in 29% of the patients with hematological illnesses and in 11% of patients with other internal illnesses. Prevalence of GAD was appropriately 11% and 9%. Generally, psychiatric disorders were present in a half of the patients in every group. About 1/4<sup>th</sup> of the haematologic patients had much more severe depressive symptoms than others.

**Conclusion:** The groups of patients have much higher, depressive and distress scores than controls. Psychiatric or psychotherapeutic treatment could be considered as part of the treatment of malignant haematologic cancers.

*Słowa kluczowe:* stres, depresja, lęk

*Key words:* stress, depression, anxiety

---

\*Badanie było finansowane z grantu AM we Wrocławiu, nr 909/03.

## Wstęp

Leczenie hematologiczne jest związane z przewlekłym stresem z powodu poważnych konsekwencji życiowych. Stres powoduje wystąpienie objawów lękowych i depresyjnych u osób podatnych. U około połowy pacjentów leczonych onkologicznie można rozpoznać współwystępujące zaburzenie psychiczne [1, 2, 3, 4]. Są to najczęściej: zaburzenia adaptacyjne, depresja oraz zaburzenia lękowe. U ciężiej chorych spotyka się także organiczne zaburzenia psychiczne, szczególnie majaczenie i otępienie.

Zaburzenia psychiczne u chorych somatycznie spowodowane są stresem, związanym z przeżywaniem choroby, z jej biologicznymi konsekwencjami oraz bezpośrednim działaniem leków na ośrodkowy układ nerwowy. U większości pacjentów duże znaczenie ma czynnik psychogeny. Sama świadomość rozpoznania zwiększa zapadalność na zaburzenia psychiczne u chorych na raka [5, 6], wpływa na nią także występowanie uciążliwych objawów somatycznych [7].

Zaburzenia psychiczne współwystępujące z chorobami nowotworowymi skracają czas przeżycia, powodują gorszą tolerancję ubocznych skutków leków oraz zmniejszają skłonność pacjenta do współpracy z lekarzami [1, 8]. Dlatego leczenie zaburzeń psychicznych u tych chorych może być traktowane jako część podstawowego leczenia przeciwnowotworowego.

## Badani i metody

Do badania włączonych zostało 136 osób, w tym 45 pacjentów z rozpoznaniem nowotworów hematologicznych (szpiczak mnogi 9, chłoniaki złośliwe 14, ostre białaczki 22), 46 pacjentów leczonych z powodu różnych innych, nienowotworowych chorób wewnętrznych (nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia, dławica piersiowa, hiperlipidemia, pylica, ołowica, choroba wibracyjna, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca typu 2, POChP, zakrzepica żył głębokich, przewlekła zatorowość płucna, kamica nerkowa, zapalenie oskrzeli, choroba wrzodowa) oraz 45 osób z grupy kontrolnej. Pacjenci z chorobami hematologicznymi byli badani w Klinice Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku AM we Wrocławiu, pacjenci z innymi chorobami internistycznymi (najczęściej były to rozpoznania wielokrotne) byli badani w Klinice Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego AM we Wrocławiu. Grupa kontrolna pochodziła z populacji ogólnej. Podstawowe parametry demograficzne badanych osób przedstawiono w tabeli 1.

Cierpienie psychiczne oceniano za pomocą Ogólnego Kwestionariusza Zdrowia (GHQ-30). Nasilenie objawów lękowych i depresyjnych oraz rozpoznania ustalano za pomocą inwentarza objawów PSE (Present State Examination) dostosowanego do klasyfikacji ICD-10. Objawy kodowano w czterostopniowej konwencji badania PSE, to znaczy następująco:

- 0 – nieobecne lub bez znaczenia klinicznego, lub mające przyczynę organiczną,
- 1 – obecne, mające znaczenie kliniczne,
- 2 – obecne, o dużym nasileniu, zaburzające funkcjonowanie lub powodujące znaczne pogorszenie samopoczucia,
- 3 – obecne, o skrajnym nasileniu.

Lista objawów pokrywa zakres zaburzeń lękowych z grupy F41 oraz depresji. Rozpoznanie ograniczono do depresji i zaburzenia lękowego uogólnionego.

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu Statistica for Windows, wersja 5.0, stosując głównie testy nieparametryczne: Manna–Whitneya oraz Kruskala–Wallisa.

### Wyniki

Tabela 1 przedstawia podstawowe parametry demograficzne badanych osób. Liczbę rozpoznań depresji i zaburzenia lękowego uogólnionego przedstawiono w tabeli 2.

Nasilenie objawów depresyjnych, lękowych oraz wartości GHQ przedstawiono w tabeli 3.

Podstawowe parametry demograficzne badanych osób

Grupa	Chorzy hematologicznie	Chorzy internistycznie	Grupa kontrolna	Razem
Liczba badanych (kobiecy/mężczyźni)	45 (20/25)	46 (26/20)	45 (22/23)	136 (68/68)
Wiek – mediana (min., maks.)	56 (23, 73)	54 (21, 88)	53 (20, 82)	54 (20, 88)

Tabela 2

Rozpoznania depresji i zaburzenia lękowego uogólnionego w grupach badanych

	Grupa hematologiczna	Grupa internistyczna	Grupa kontrolna
Depresja	13 (29%)	4 (9%)	1 (2%)
Zaburzenie lękowe uogólnione	5 (11%)	4 (9%)	3 (7%)

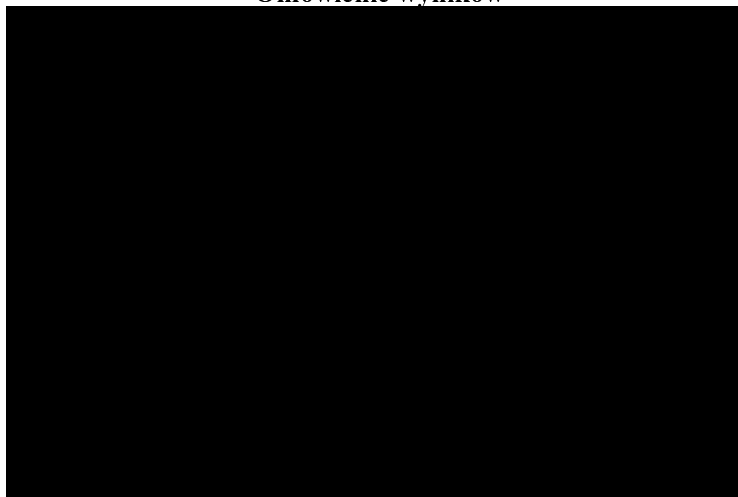
odpowiednio na rysunkach 1–3.

Obydwie grupy pacjentów różniły się od grupy kontrolnej pod względem nasilenia objawów depresyjnych (test Kruskala–Wallisa:  $H(2, N=136) = 17,22, p = 0,0002$ ). Różnice w nasileniu objawów depresyjnych pomiędzy grupami chorych nie były istotne statystycznie (test U Manna–Whitneya,  $Z=-0,63, p=0,53$ ). Różnice w nasileniu objawów lękowych pomiędzy wszystkimi trzema grupami badanych były na granicy statystycznej istotności (test Kruskala–Wallisa:  $H(2, N=136) = 4,98, p = 0,0831$ ), porównania za pomocą testu Manna–Whitneya wykazały, że istotna jest różnica pomiędzy grupą chorych hematologicznych a grupą kontrolną (test U Manna–Whitneya,  $Z=-2,025, p=0,043$ ). Następnie podzielono objawy lękowe na psychiczne i wegetatywne oraz ponownie porównano wartości średnie. Różnice w nasileniu wegetatywnej składowej lęku były minimalne (test Kruskala–Wallisa:  $H(2, N=136) = 0,27, p=0,87$ ), grupy różniły się nasileniem składowej psychicznej lęku (test Kruskala–Wallisa:  $H(2, N=136) = 5,81, p=0,055$ ). Podobnie jak w przypadku całościowego nasilenia objawów lękowych, najbardziej znaczącą różnicę stwierdzono pomiędzy grupą pacjentów hematologicznych a grupą kontrolną (test U Manna–Whitneya,  $Z=-2,33, p = 0,02$ ). Różnice pomiędzy grupą chorych internistycznie a grupą kontrolną

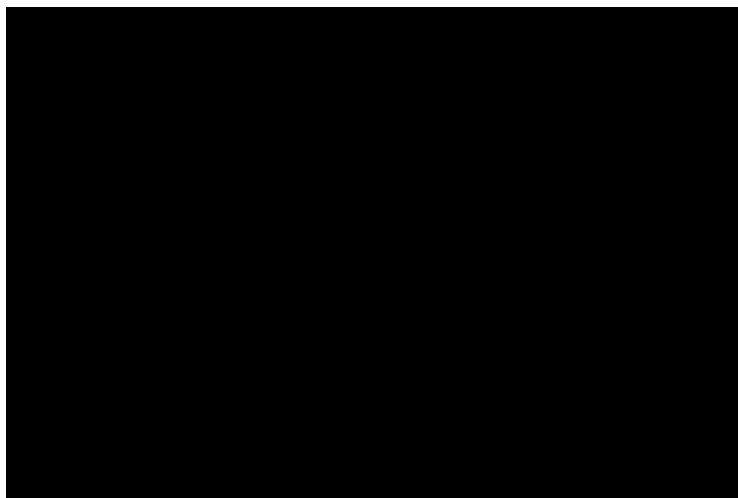
i grupą chorych hematologicznie nie były znaczące statystycznie (test U Manna–Whitneya, odpowiednio  $Z=-0,38$ ,  $p=0,7$  i  $Z=1,74$ ,  $p=0,081$ ).

Wartości GHQ różniły się pomiędzy grupami w stopniu istotnym statystycznie (test Kruskala–Wallisa:  $H(2,N=136) = 17,69$ ,  $p=0,0001$ ). Różnica pomiędzy grupami chorych była nieistotna statystycznie (test U Manna–Whitneya,  $Z=-0,79$ ,  $p=0,43$ ). Znamienne statystycznie były oba porównania z grupą kontrolną (test U Manna–Whitneya, oba poniżej 0,01).

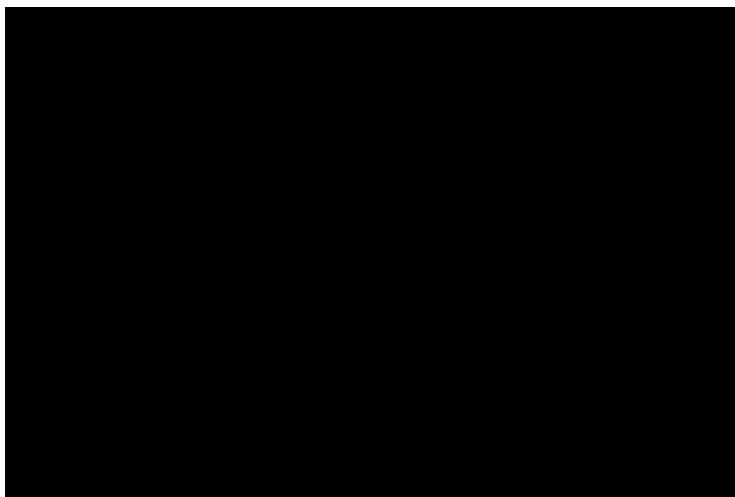
### Omówienie wyników



Rys. 1. Nasilenie objawów depresyjnych w grupach osób badanych



Rys. 2. Nasilenie objawów lękowych w grupach osób badanych



Rys. 3. Wartości GHQ w grupach osób badanych

Największy odsetek rozpoznania depresji (29%) stwierdzono w grupie chorych hematologicznie. Uzyskany wynik jest zgodny z wynikami innych badań przedstawionych w pracy przeglądowej Jabłońskiego i wsp. (25%–33%) [3]. Grupa pacjentów z innymi, na ogół mniej poważnymi, chorobami internistycznymi charakteryzowała się znacznie mniejszym odsetkiem rozpoznania depresji (11%). Pomimo znacznej różnicy odsetka rozpoznania, mediana nasilenia objawów depresyjnych w obu grupach była taka sama. Różnica częstości występowania depresji pomiędzy grupami chorych zależy zatem od względnie niewielkiej liczby osób podatnych na depresję, u których nasilenie objawów było większe w grupie pacjentów hematologicznych. Jak wynika z rozkładu nasilenia objawów depresyjnych (rys. 1) połowa badanych w obu grupach chorych charakteryzowała się niskim nasileniem objawów depresji (poniżej 4 punktów).

Różnica częstości zaburzenia lękowego uogólnionego pomiędzy grupami była mniejsza niż w przypadku depresji (tabela 2). Jest to wynikiem niskiego nasilenia objawów somatycznych lęku we wszystkich grupach oraz wymaganego w klasyfikacji ICD-10 długiego czasu (6 miesięcy) utrzymywania się objawów. Wiele osób chorych charakteryzowało się znacznym napięciem psychicznym, lękiem o przyszłość i zamartwianiem się, czemu nie towarzyszyły objawy somatyczne lęku. U tych osób można rozpoznać zaburzenie adaptacyjne. Jak wynika z rozkładu wartości GHQ (rys. 3), w grupach chorych połowa osób charakteryzowała się zwiększonym cierpieniem psychicznym, a 1/3 osób przekraczała próg odcięcia (12/13), który można traktować jako przybliżoną wartość dyskryminacyjną w polskiej populacji chorych somatycznie [9]. Porównanie częstości rozpoznania i rozkładu wartości GHQ prowadzi do konkluzji, że w obu grupach chorych odsetek zaburzeń psychicznych wynosi ok. 50%, przy czym w grupie pacjentów hematologicznych przeważa depresja, natomiast w grupie z innymi schorzeniami internistycznymi przeważają zaburzenia adaptacyjne. Podobny odsetek uzyskał Ford i wsp. [10] stosując kwestionariusz GHQ-30 w grupie pacjentów ambulatoryjnych leczonych z powodu nowotworów. Harter i wsp. [2] stwierdzili podwyższoną wartość GHQ (stosując kwestionariusz GHQ-12) u 44%–49% pacjentów

leczonych i rehabilitowanych z powodu raka.

Porównując obie grupy chorych z grupą kontrolną można zauważyć następujące zjawisko: odsetek zaburzeń w grupie kontrolnej jest mały, z przewagą zaburzenia lękowego, w grupie pacjentów internistycznych jest pośredni, z równowagą pomiędzy zaburzeniami, natomiast u pacjentów hematologicznych przeważa depresja. Można to interpretować jako pojawianie się i nasilanie objawów lękowo-depresyjnych pod wpływem stresu. Niewątpliwym czynnikiem stresującym jest świadomość choroby i jej konsekwencji [11, 6, 12]. Najcięższe konsekwencje dotyczą pacjentów z nowotworami hematologicznymi, oni też mają najbardziej nasilone objawy.

Naturalną kwestią jest leczenie depresji i zaburzeń lękowych u pacjentów z nowotworami hematologicznymi i innymi chorobami internistycznymi. Wyniki wykazują, że leczenie psychiatryczne lub psychoterapeutyczne byłoby uzasadnione u połowy pacjentów hematologicznych, a u prawie 1/3 pacjentów są ściśle wskazania psychiatryczne do takiego leczenia (rozpoznanie depresji). Ponieważ leczenie psychiatryczne, a szczególnie psychoterapia wydłużają życie pacjentów z nowotworami [1], należy rozważyć, czy nie mogłyby być naturalną częścią leczenia przeciwnowotworowego, a nie jedynie jego fakultatywnym uzupełnieniem.

Badanie obejmowało stosunkowo niewielką liczbę osób, być może w innych grupach pacjentów uzyskane wyniki byłyby inne, chociaż rezultaty wielu badań przeprowadzanych w różnych populacjach chorych w różnych krajach były podobne. Nie wiadomo, na czym polega podatność na depresję i zaburzenia lękowe u pacjentów z nowotworami. Prawdopodobnie istotne znaczenie mają niektóre cechy osobowości, szczególnie wysoki poziom lęku jako cechy lub neurotyczność. Podgrupę chorych podatnych można w trakcie leczenia przeciwnowotworowego zidentyfikować na podstawie objawów depresyjnych i lękowych. Można przypuszczać, że po ustaleniu czynników predykcyjnych związanych z osobowością możliwa byłaby także wcześniejsza identyfikacja osób podatnych na depresję zależną od stresu.

### Wnioski

Grupy pacjentów charakteryzowały się znacznie większym nasileniem objawów depresyjnych i cierpienia psychicznego niż grupa kontrolna. Wskazane jest zatem traktowanie leczenia psychiatrycznego i psychoterapeutycznego jako części leczenia przeciwnowotworowego.

Óiačéiúí ě áld'dlínčáíúí nčéd'něú ó d'röčlímä,  
él-líiúó d'i-d'iaáo áler'něiäč-lněčó id'óóielé

### Niáidčričl

Áler'něiäč-lněčl élmäú él-líč' ná čriú ní nndlíně d'i-d'iaáo nldulciúó iněičilicé, n óadičie äe' ččič. Dč nřčó élmäó nldřčč d'i äe' jn' d'iai-iúí nčéd'něú ä néó+r'ó él-líč' očnínřnřč-lněčč d'dl'dřnřč. Nndlín éičl'n, iníálíí ó náld=óánnäčnlěüiúó ččó, d'čaiäčnū ē nčéd'něřé óiačč ě áld'dlínčč.

**Čřářičl:** Čnnělaiäričl áüei d'diáláí äe' id'dlälélic' d'rd'dinnřilic' áld'dlínčč ě óiačéiúó ířdóřlicé ó ářeüiúó, él-líiúó d'i-d'iaáo čeiřč-lnnálíiúó áler'ně-ěiäč-lněčó íiáidčřčáričé.

**Élmä:** D'diáláíí čnnělaiäričl 54 ářeüiúó n äčřaičie éléčičř ččč ččéoi-ädríóěiřmíčř, 46 d'röčlímä, él-líiúó d'i-d'iaáo d'řčč=iúó niěřnč-lněčó átelčilé, í nřčl 45 =lěiälē ēinděüiřé ädó'd'ü. Ä čnnělaiärič' ó čnd'ěüčičářiř řēřēř Čnnělaiärič' ířnñí' úláí nññí' íč' (DSL), d'nčóč-lněčl

crēmū āūēc īōlīlīū īāūcē āēīnīrdēlē çāīdīāū` (G-HQ – 30), ī ōñ` ēlēlīēlī dīācēīūō ē āīd`dīnīcāīūō nēēd`nīēīā īūēē īōlīlīū d`dē d`īēīūē ēīālīnīrd` nēēd`nīēīā ICD-10.

**Dīçōēūñrū:** Ā ōīāl ēñēlāīāīcē ō 29% ālēīīēīāc`-īnēçō āīēūīūō īāīrdōēlīīr āīd`dīnīc` ē ō 11% d`rōēlīnīā n` ēīūēē īlīd`ōōīēlāūēē āīēlçī` ēē āīōndlīūō īdārīā. Ā d`dīōlīnīē īnīīrlīēē dīācē nīnīēūīāī ōrd`rēīlīdīr īāīrdōēlīū nīnāīnīnāīlīī ō 11 ē 9%. Īf īnīīāīcē ēñēlāīāīcē` rēfēū G-HQ d`nēçōē-īnēçēl īrdōrlīē` d`īr āē`ēēnū ā īālçō ādōd`d`ū. Dī`nē ō 1/4 d`rōēlīnīā n` ālēīīēīāc`-īnēçōē çēīēf`-īnīāīlīūēē āīēlçī` ēē nīlīd`līū n` ēlīnē āīd`dīnīcāīūō ēñēd`nīēīā āūēf` āīēūrlē, `lē ō īnīrēūīūō.

**Āūāīāū:** Īnēlāīāīīūl nēūīūl ōrd`rēīlīdēçīārēēçnū çīf`-ēñlēūīīr āīēūīcē n` ēlēūē d`īr āēlīēlē āīd`dīnīcāīūō nēēd`nīēīā ē d`nēçōē-īnēçōē nīndārīāīēlē, `lē ēçōr çīīndīēūīē ādōd`d`ū. Īnīīār ēñlē-rlīn īlīōīācēīnīnū d`nēçōērdē-īnēçīāī ē d`nēçōīnīlīrd`lānc`-īnēçīāī ēl`-līē` çfē `rñēē fīnēīd`ōōīēlāīāī nīlīrd`lānc`-īnēçīāī d`īālāīē`.

### Angst- und Depressionssymptome bei den Patienten, die wegen hämatologischer Geschwulste behandelt werden

#### Zusammenfassung

Einleitung: Hämatologische Behandlung ist mit Stress wegen der ernstesten Konsequenzen der Krankheit und unerwünschter Nebenwirkungen bei der Anwendung der zytostatischen Arzneimittel verbunden. Der Stress kann bei anfälligen Patienten Angst- und Depressionsstörungen hervorrufen.

**Ziel:** Die Studie wurde durchgeführt, um die Verbreitung der Depression und Angststörungen bei den Patienten mit der Diagnose hämatologische Neubildung zu bestimmen.

**Methode:** Es wurden 45 Patienten mit der Diagnose Leukämie oder Lymphadenom, 46 mit unterschiedlichen anderen internen Krankheiten und 45 Personen aus der Kontrollgruppe beurteilt. Die Störungen wurden mit Hilfe von der Untersuchung des jetzigen Zustandes (PSE) diagnostiziert, psychisches Leiden wurde mit Hilfe des Allgemeinen Fragebogens der Gesundheit (GHQ – 30) beurteilt, die Intensität der Angst- und Depressionsstörungen mit Hilfe des Symptomeninventars ICD-10.

**Ergebnisse:** Die Depression wurde bei 29% der hämatologisch Kranken und bei 11% der Patienten mit nicht krebsähnlichen internen Krankheiten festgestellt. Der Prozentsatz der allgemeinen Angststörung betrug entsprechend 11% und 9%. Aufgrund der GHQ – Werte traten die psychischen Störungen bei der Hälfte der Patienten in beiden Gruppen auf. Bei ca. ¼ der hämatologischen Patienten war die Intensität der Depressionssymptome bedeutend größer als bei den anderen.

**Schlussfolgerungen:** Die Patientengruppen charakterisierten sich mit einer stärkeren Intensität der Depressionssymptome und des psychischen Leidens als die Kontrollgruppe. Es ist deshalb ratsam, die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung als ein Teil der antikarzinogenen Behandlung zu betrachten.

### Les symptômes d'anxiété et de dépression des patients traités à cause des tumeurs hématologiques

#### Résumé

**Introduction:** La thérapie hématologique se lie avec le stress causé par ses graves conséquences dans la vie du patient et avec les effets défavorables de la thérapie des cytostatiques. Ce stress peut causer les symptômes d'anxiété et de dépression chez les personnes vulnérables.

**Objectif:** On essaie de déterminer la fréquence d'apparition des troubles anxieux et dépressifs chez les patients suivant la thérapie à cause des tumeurs hématologiques.

**Méthode:** On examine: 45 patients souffrant de leucémie et des lymphomes, 46 patients souffrants d'autres maladies internes, 45 personnes du groupe de contrôle. On les examine en usant: Present State Examination (PSE), General Health Questionnaire (GHQ-30), ICD-10 pour

la dépression et l'anxiété.

**Résultats:** La dépression est diagnostiquée chez 29% de patients hématologiques et chez 11% d'autres patients. Les troubles anxieux sont diagnostiqués respectivement chez 11% et 9%. D'après les valeurs de GHQ on trouve les troubles psychiques chez la moitié de patients des deux groupes. Environ chez le ¼ de patients hématologiques on note l'intensité plus élevée des symptômes dépressifs.

**Conclusions:** Chez les patients des deux groupes les symptômes dépressifs et de la douleur psychique sont plus intenses que chez les personnes du groupe de contrôle. Donc il faut traiter la thérapie psychiatrique et la psychothérapie comme partie constituante de la thérapie des tumeurs hématologiques.

#### Piśmiennictwo

1. Spiegel D. *Cancer and depression*. Brit. J. Psychiatry 1996; (supl. 30): 109–116.
2. Harter M, Reuter K, Schretzmann B, Hasenburg A, Aschenbrenner A, Weis J. *Comorbid psychiatric disorders in cancer patients in acute inpatient treatment and medical rehabilitation*. Rehabil. 2000; 39: 317–323.
3. Jabłoński M, Lebedowicz H, Dudek D, Zięba A, Skotnicki AB. *Zaburzenia depresyjne w przebiegu białaczki*. Psychiatr. Pol. 2003; 37: 799–809.
4. Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, Katsumata N, Ando M, Adachi I, Akechi T, Uchitomi Y. *Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors*. Breast Cancer Res. Treat. 2000; 61: 131–137.
5. Atesci FC, Oguzhanoglu NK, Baltalarli B, Karadag F, Ozdel O, Karagoz N. *Psychiatric disorders in cancer patients and associated factors*. Turk Psikiyatri Derg. 2003; 14:145–152.
6. Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS. *Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome*. Acta Oncol. 1993; 32: 623–626.
7. Hardman A, Maguire P, Crowther D. *The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward*. J. Psychosom. Res. 1989; 33: 235–239.
8. Ayres A, Hoon WP, Franzoni BJ. *Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients*. J. Psychosom. Res. 1994; 38, 5: 394–402.
9. Małyszczak K. *Właściwości dyskryminacyjne kwestionariusza ogólnego zdrowia Discriminatory power of the General Health Questionnaire (GHQ-30)*. Post. Psychiatr. Neurol. 2003; 12: 37–44.
10. Ford S, Lewis S, Fallowfield L. *Psychological morbidity in newly referred patients with cancer*. J. Psychosom. Res. 1995; 39: 193–202.
11. Atesci FC, Baltalarli B, Oguzhanoglu NK, Karadag F, Ozdel O, Karagoz N. *Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness*. Support Care Cancer. 2004; 12: 161–167.
12. Chandra PS, Chaturvedi SK, Kumar A, Kumar S, Subbakrishna DK, Channabasavanna SM, Anantha N. *Awareness of diagnosis and psychiatric morbidity among cancer patients – a study from South India*. J. Psychosom. Res. 1998, 45: 257–261.

Otrzymano: 12.05.2004

Zrecenzowano: 9.06.2004

Przyjęto do druku: 10.08.2004

Adres: Krzysztof Małyszczak  
Katedra i Klinika Psychiatrii  
Akademii Medycznej we Wrocławiu  
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10