

OMÓWIENIA KSIĄŻEK I CZASOPISM

Leon Drobnik

DO-MYŚLENIA

Wydawnictwo Akademia Medycyny, Warszawa 2012, stron 101.

Książkę tworzy osiem artykułów wstępnych otwierających kolejne numery kwartalnika „Anestezjologia i Ratownictwo”, z lat 2010–2011. Napisał je profesor Leon Drobnik, redaktor naczelny tego czasopisma.

To samo wydawnictwo wydało już zbiór wcześniejszych jego artykułów zatytułowany „Zamyślenia”. Miałem przyjemność przedstawić go na łamach „Psychoterapii” (nr 2, 2010). Wiedza, rozległość zainteresowań autora sprawiają, że to, co pisze, mogłoby otwierać każde czasopismo medyczne i być wstępem do podręczników medycyny. Jeśli bowiem Immanuel Kant nakazywał: „myśleć więcej” [wg 1] to profesor Drobnik nakłania do zamyślenia i do myślenia. Psychiatrze przychodzi też na myśl to, co pisał profesor Stefan Leder o poszukiwaniu nici Ariadny, by odnaleźć się w przyszłości będącej synonimem poruszania się w labiryncie pełnym wyzwania i zagrożeń [2].

Już same tytuły kolejnych rozdziałów książki skłaniają do zadumy: Na polu białych narcyzów; Kłamstwo; Człowiek chory czy choroba człowieka?; Radość życia; Lekarstwo przebaczenia; Zdrada porzucenia bólu; Zabaweczki; Czy starość się Panu Bogu nie udała? Rozważania nawiązujące do Biblii, pism wielkich filozofów, dzieł wybitnych pisarzy i sztuki w szerszym znaczeniu, mitologii, autor łączy z odniesieniami do chorych, którzy szczególnie zapisali się w jego pamięci. Natomiast zwięzłe, jasne informacje o neurofizjologii kłamstwa, nienawiści, przebaczenia, zdrady, radości, zmianach w starzejącym się mózgu, mogłyby znaleźć miejsce w stosownych leksykonach.

Podziw nie oznacza zgody na wszystko, co autor pisze. Bywa, że wywołuje opór, gdy wydaje się, iż wymaga od czytelnika zbyt wiele. Chce byśmy zrezygnowali z egoizmu, kłamstwa, patrzyli na „innego” (zwłaszcza chorego) z wielu perspektyw, zastanawiali się nad sensem życia, przebaczeni, byli wierni, ratowali cywilizację. Tymczasem jak słusznie, moim zdaniem, wskazywała profesor Barbara Skarga [1] ludzie są bardzo słabi i zbyt wiele od nich nie należy wymagać.

W miarę lektury opór ten jednak słabnie, nawet jeśli nie ze wszystkim się zgadzamy. Bowiem istotą tego, o czym autor pisze, jest szacunek dla drugiego człowieka, zwłaszcza słabszego, zależnego, pełnego bólu i lęku.

Najpewniej wśród nas, lekarzy, można spotkać zapatrzonych w siebie następców mitycznego Narcyza. Nie mają oni czasu, by wysłuchać pacjenta, nie biorą pod uwagę zdania kolegi. Jaki jest każdy z nas, musi odpowiedzieć sobie sam. Podobnie jak profesor Drobnik, o potrzebie traktowania pacjenta jako partnera pisał profesor Leder [2]. Prosty wyrazem tego jest, wskazywana przez autora, konieczność przedstawiania się choremu imieniem i nazwiskiem.

Pyta autor, czy nasza cywilizacja jest cywilizacją kłamstwa. Rację ma pisząc, że fałsz nigdy nie jest niewinny. Nie mam jednak przekonania do posługiwania się prawdą zawsze i wszędzie. Chyba nikt z nas nie potępiał bohaterki noweli Bolesława Prusa „Kamizelka”, która robiła zaszewki na kamizelce śmiertelnie chorego męża, by ten nie orientował się, jak znacznie chudnie. Czyśmś podobnym medycyna posługuje się „od zawsze” i będzie tak dopóki nie stanie się nauką ścisłą. Wbrew zdaniu autora, jak i cytowanego profesora Ledera, nie sądzę, by mogło dojść do pełnego partnerstwa w relacjach leczącego i leczonego. Chory ma prawo do rzetelnej informacji, życzliwości, pomocy, odpowiedniego leczenia. Pragnie też jednak widzieć w nas

tych, którzy pewną ręką wyprowadzą go z opresji choroby. Chce więc czegoś w rodzaju łagodnego paternalizmu. Jednym z naszych zadań w relacjach z pacjentem jest pogodzenie postaw pozornie sprzecznych. Połączenia miękkiego paternalizmu z działaniem „... ani dla próżnej chwały, lecz w pokorze oceniając jedni drugich za wyżej stojących” [św. Paweł z Tarsu wg 3]. W tym mieści się również trudna sztuka powiedzenia pacjentowi, że czegoś się nie wie.

W rozważaniach o kłamstwie, dobru i złu, autor odwołuje się do znakomitego filozofa Leszka Kołakowskiego. Sądzę jednak, że niedaleka od prawdy była Simone Weil pisząc, że dobro jest anormalne. A dobrem jest to, że chociaż anormalne to jednak możliwe [wg 4]. Podobno cała metafizyka sprowadza się do rozważań nad bytem, czasem, złem, miłością, śmiercią [Leszek Kołakowski wg 5]. Codziennosc naszych kontaktów z chorymi nie wiąże się z takimi rozważaniami. Wystarczy, że przekonamy ich i siebie, że dobro jest możliwe. Dobro oznacza tu możliwość wyzdrowienia, ulżenia cierpieniu.

Oczywiście, że bycie lekarzem to zawód, a nie poświęcenie. Czymś szczególnym staje się w godzinie próby. Tak jest obecnie i tak było kiedyś. W zapiskach Samuela Pepysa [6] zachowanie londyńskich lekarzy, w czasie zarazy w roku 1665, przedstawiane jest pozytywnie w przeciwieństwie do innych osób „zaufania publicznego”.

Ważne są rozważania autora zawarte w rozdziale „Człowiek chory czy choroba człowieka?”. Choroba, każda, jest przeciwieństwem szczęścia i trudno nad tym dyskutować. Jak zauważył psychiatra profesor Marek Jarosz, „pacjent” oznacza cierpliwego wobec choroby i leczenia [7]. Przed prymatem zysku, handlowych pośredników w opiece zdrowotnej autor ostrzega z takim samym naciskiem jak czynił to profesor Leder [2]. Jak wspominałem, nie sądzę, by kiedykolwiek zniknęła asymetria pozycji leczącego wobec leczonego. Oczywiście pierwszy nie powinien wymagać ślepej wiary od drugiego. Jednak wiara wspomaga leczenie.

Autor wskazuje, że psychiatrom i psychologom zostawiono sferę związków stanów chorobowych człowieka z jego sferą psychiczną, duchową. To byłoby jeszcze nieźle. Pisze też, że jeśli w oddziałach szpitalnych są psycholodzy, to ich działanie nie jest w pełni spójne z podejściem do chorego innych członków zespołów prowadzących leczenie. Nie jest „w pełni spójne”? To też byłoby nieźle. Zdarza się, że psychiatra, oddział psychiatryczny/psychogeriatryczny to końcowy etap, do którego dociera stary, dotknięty wieloma chorobami somatycznymi człowiek. Sądząc ze spostrzeżeń Kena Hillmana [8] w tym psychiatria staje się podobna do oddziałów intensywnej opieki medycznej. Rację ma autor, pisząc o potrzebie nowego spojrzenia na człowieka chorego. Ciekawe są uwagi o chorym widzianym w optyce zmiennoogniskowej. Jeszcze bardziej interesujące jest to, co autor pisze o chorym widzianym w ogniskowej energetycznej. To prawda, że czasami zachowania chorobowe wyprzedzają laboratoryjne i kliniczne objawy zakażenia. Z moich własnych obserwacji wynika, że na przykład zachowania psychoendokrynopatyczne na długo mogą wyprzedzać kliniczne objawy choroby endokrynej.

Pisząc o radości, cytując poetów, filozofów, autor traktuje ją jako nieodłączną towarzyszkę uczciwości, prawdy, miłości. Zastanawia się także nad sensem życia. To jedno z wielkich pytań filozofii, na które jak dotąd nie ma odpowiedzi. Profesorka Barbara Skarga wskazywała, że życie rozwija się samo, czy tego chcemy czy nie i nie wiedziała, czy ma sens [1]. Trudno nie podzielać jej wątpliwości. Jednak lekarz nie powinien zastanawiać się nad metafizycznym sensem życia. Winien w każdym człowieku widzieć niepowtarzalną jednostkę wartą szacunku i starania.

Dobrze, że autor pisze o radości życia w chorobie. Nie wiem, czy istnieje trudniejszy rodzaj radości. Dobrze, że jest możliwa. Także taka, jakiej autor bywa świadkiem w oddziałach intensywnej opieki medycznej.

Warto, tak jak autor, zadać sobie pytanie, czy przebaczenie może być lekarstwem. Z pewnością poczucie krzywdy ma chory z racji samej choroby, z poczucia, że nie spełnia-

my jego oczekiwań. Stopień subiektywności krzywdy nie ma tu znaczenia. Nie sposób nie zwrócić na to uwagi i może utrwalić się w nas przekonanie, że to pacjent i/lub jego rodzina nas krzywdzą swymi pretensjami. Słusznie więc autor pisze o ciężkiej pracy przebaczenia. Trudność polega na uchwyceniu punktu, od którego przyznawanie pacjentowi racji, ustępowanie żądaniom, „lekarstwo przebaczenia” staną się dla niego szkodliwe. Nie ma tu żadnych ogólnych zasad. Potrzebne jest bardzo zindywidualizowane podejście.

Zdrada, porzucenie to sprawy bardzo bolesne. Autor wymienia różne rodzaje zdrady – dziecka, rodziców, chorego. Dla nas istotne jest, czy i kiedy, jako lekarze, zdradzamy naszych pacjentów. Gdy nie poświęcamy im należytej uwagi, rezygnujemy z leczenia, nie jesteśmy dość kompetentni? I co jest zdradą większą? Ken Hillman [8] zauważa, że nieuwaga jest gorsza niż niewiedza. W tym, co autor pisze, jest sporo gorczy. Tym bardziej cieszy, że nie ulega jednak zgorzknieniu. Bo w moim przekonaniu ludzie na ogół się sprawdzają. Zarówno w codzienności, jak i stanach wyjątkowych. Lekarze, niezależnie od specjalności, często stykają się z sytuacjami skrajnymi. Jednak widząc starą, schorowaną kobietę, opuszczoną przez dzieci, muszą też widzieć mężczyznę z nowotworem płuca, który opiekuje się otepiałą matką i upośledzonym umysłowo synem. Są to elementy tej samej mozaiki, czyli naszego życia.

Pisząc o dzieciach („Zabaweczki”) autor pyta, czy współcześnie mają się one czego bać. Wpisuje się to w treść wcześniejszych rozdziałów, rzucone na szerokie tło cywilizacji, poglądy wielkich filozofów, czy mamy, obecnie, do czynienia z darwinizmem społecznym? Profesor Leder pisał o neodarwinizmie. Odnosił jednak swój niepokój do genotechnologii [2]. Warto zapamiętać, co autor pisze o „dziecku w szpitalu” – zależnym od wieku wpływie hospitalizacji na psychikę dziecka.

Pyta autor, czy starość się Panu Bogu nie udała. Stwierdza, że starość się Bogu udała, ale nie zawsze udaje się człowiekowi. Cóż, jest to piękna figura retoryczna. Ilu jednak znamy takich, którym ona się udała? Z cytowanych przez autora filozofów tylko Arystoteles nazwał rzeczy po imieniu. Trafnie wymienił cechy starości ze szczególnie istotną, jaką jest brak nadziei. Łatwiej jednak wymienić jej cechy niż uchwycić sens. Czy trwa ewolucyjnie spojrzenie na starość człowieka? Wątpię, by coś się zmieniło w ostatnich tysiącletniach. Pewien Egipcjanin, 4500 lat temu, napisał: „To, co starość czyni z człowieka, jest złe pod każdym względem” [9]. Nie inaczej odnoszą się do własnej starości, w swoich dziennikach, współcześni nam pisarze.

Związły wykład o związanych z wiekiem zmianach w mózgu, ich wpływie na zachowanie i funkcjonowanie w wieku podeszłym, warto zapamiętać. Może być pomocny w wyjaśnieniu pacjentowi, jego opiekunom, co i dlaczego się zmieniło i jeszcze może zmienić, a niekoniecznie oznacza chorobę. Chciałoby się podpisać pod stwierdzeniem, że: „Mając 65, 70, 80, 90 lat, jeśli jesteśmy zdrowi, możemy nadal zabiegać o to, by nasze życie było piękne”. Niestety, problem tkwi w „jeśli”. Starość chorobą nie jest, ale dochodzi w niej do kumulacji licznych, zwykle przewlekłych chorób. Medycyna oferująca coraz dłuższe życie nie przedłuża jednak młodości. Trudno nie podzielać gorczy autora, gdy pisze o oddziałach intensywnej terapii zablokowanych ludźmi, których nikt nie chce. Jednak mówiąc o starości jako przedwiośni dalszego ciągu, którego nie znamy, autor daje czytelnikowi piękny prezent. Nawet jeśli ten, tak jak ja, myśli inaczej. Bo niezależnie od tego winienem moim psychogeriatrycznym pacjentom przekazać jego nadzieję i optymizm. Bywa, że niewiele więcej można im ofiarować.

Ja mam nie tylko nadzieję, ale i wiarę, że będą kolejne tomiki, równie pięknie wydane, przemyśleń profesora Leona Drobniaka.

Piśmiennictwo

1. *Innego końca świata nie będzie*. Z Barbarą Skargą rozmawiają Katarzyna Janowska i Piotr Mucharski. Kraków: Wydawnictwo Znak; 2008.

2. Leder S. *W poszukiwaniu nici Ariadny*. W: Stefan i Witold Lederowie: *Czerwona nić*. Warszawa: Wydawnictwo Iskry; 2005. s. 329–338.
3. Misjonarz. *Miesięcznik Polskiej Prowincji Księży Werbistów*. 2012; 3: 19.
4. Herling- Grudziński G. *Dziennik pisany nocą*, t.1. 1971–1981. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2011.
5. Skarga B. *Kwintet metafizyczny*. Kraków: Universitas; 2005.
6. *Dziennik Samuela Pepysa*, t.1/2. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1966.
7. Jarosz M. *Wspomnienia psychiatry*. Łódź: Piątek Trzynastego Wydawnictwo; 2001.
8. Hillman K. *Oznaki życia. Przypadki z Intensywnej Terapii*. Kraków: Wydawnictwo Znak; 2011.
9. Daumas F. *Od Narmery do Kleopatry. Cywilizacja starożytnego Egiptu*. Warszawa: PWN.

Stefan Krzymiński

Janusz Rybakowski i Jan Jaracz

LEKSYKON MANII I DEPRESJI

Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2010, stron 134.

Książka ta powinna mieć podtytuł: „Czyli to, co o chorobach afektywnych wiedzieć powinniśmy, a bywa, że nie wiemy”. Jej autorów przedstawiać nie trzeba. Dzięki swoim publikacjom są na co dzień obecni w naszym zawodowym życiu. Zapytano mnie niedawno, jaki jest pożytek z leksykonów. Intencją pytającej było wskazanie, że opracowania podręcznikowe dają szersze spojrzenie na przedmiotowe zagadnienie. Najpewniej zwykle tak jest. Ten leksykon to jednak coś więcej niż słownik encyklopedyczny. Logicznie łączy się z książką „Oblicza choroby maniako-depresyjnej” [1] i rozdziałem poświęconym chorobom afektywnym w książce „Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych” [2]. W krótkim czasie powstało więc coś, co nazwać można tryptykiem poświęconym chorobom afektywnym. Leksykon ten ważny jest jeszcze z jednego powodu. Niedawno dr hab. Jan Jaracz [3] zadał pytanie, czy istnieje świat akademickiej psychiatrii i świat praktyki szpitalnej, a prawdy obowiązujące w jednym nie sprawdzają się w drugim. Uznając zasadność tego pytania, muszę jednocześnie stwierdzić, że autorzy omawianego leksykonu uczynili wiele, by zbliżyć do siebie oba te światy. Każde z jego haseł jest mikrowykładem napisanym jasnym, prostym, co nie znaczy uproszczonym, językiem. Prowadzą nas one przez neuroanatomie, neurofizjologię i neuropatologię emocji, genetykę, diagnostykę kliniczną i leczenie chorób afektywnych, ich związki z innymi chorobami i zaburzeniami. Te trzy ostatnie kategorie haseł mają znaczną wartość praktyczną.

Mijałoby się z celem krótkiego omówienia przywoływanie wszystkich, z ponad trzystu, zawartych w leksykonie haseł. Jednak nie sposób pominąć biografie tych, którzy od starożytności do współczesności mieli/mają istotny udział w poznawaniu różnych wymiarów chorób afektywnych. Warto wiedzieć, że przed Johnem Cadem litem zajmowali się dwaj Duńczycy, bracia Carl i Fritz Lange. Rolę innego Duńczyka Mogensa Schou w upowszechnianiu leczenia litem trudno przecenić. Pamiętam, jakie wrażenie wywarł na słuchaczach jego wykład w Poznaniu, wiosną 1975 roku, tłumaczony przez doktora wówczas Janusza Rybakowskiego.

Ważną jest konsekwencja, z jaką autorzy piszą o „chorobach afektywnych” nie „zaburzeniach”, jak to ujmują aktualne jeszcze wersje klasyfikacji ICD oraz DSM. Można oczywiście dyskutować, czy słusznie obecnie termin „psychoza” ograniczono do występowania urojeń i/lub omamów. Psychoza (choroba psychiczna) jest stanem, w którym zakłócenia psychiczne spowodowane są objawami psychopatologicznymi jakościowo różnymi od normalnego funkcjonowania człowieka [4]. Trudno nie uznać za takie jakościowo różne

objawy zaburzeń nastroju w dużej (endogennej) depresji lub manii. Być może jest to jednak dzielenie włosa na czworo. Zwłaszcza wobec wspomnianej konsekwencji autorów w posługiwaniu się pojęciem „chorób afektywnych”.

Godna uwagi jest informacja, iż w DSM-V przewidziano uwzględnienie wymiaru objawów lękowych we wszystkich postaciach chorób afektywnych. Trudno było zaakceptować opuszczenie lęku, jako objawu depresji, w obecnych klasyfikacjach diagnostycznych. Zwłaszcza że długo zaliczany był do jej objawów podstawowych (osiowych, pierwotnych) [5].

Siłą rzeczy wiele miejsca poświęcono lekom przeciwdepresyjnym, normotymicznym, przeciwpsychotycznym. Trudno jednak oswoić się z faktem zniknięcia z naszego rynku leków imipraminy. Natomiast cenna, praktycznie znacząca, jest informacja, że po rozpoczęciu leczenia klozapiną ocena obrazu krwi powinna być dokonywana co tydzień przez pierwsze 8 tygodni a następnie co 4–8 tygodni w ciągu całego dalszego leczenia. Warto też mieć na uwadze, iż skojarzenie klozapiny i litu może zmniejszyć ryzyko agranulocytozy.

Trudno przecenić inne, praktyczne, informacje o potencjalizacji leków przeciwdepresyjnych, postępowaniu w depresji z objawami psychotycznymi czy depresji pojawiającej się w przebiegu chorób somatycznych, zapobieganiu nawrotom chorób afektywnych.

Związek depresji/chorób afektywnych z chorobami somatycznymi zawsze wart jest uwagi, tak z powodów diagnostycznych, jak leczniczych. Im populacja starsza, tym relacje te stają się bardziej złożone. Wynika to z właściwej wiekowi podeszłemu wielochorobowości i związanej z nią polifarmakoterapii. W naszym kraju na jedną osobę po 65. roku życia przypadają, średnio, ponad cztery choroby somatyczne [6]. W leksykonie trafnie ujęto te złożone relacje. Tak jak i złożoność związków depresji i choroby Alzheimera. W tym podobieństwo objawów depresji i wczesnych objawów choroby Alzheimera. Obniżenie, rzeczywiste, sprawności poznawczej w przebiegu depresji w wieku podeszłym nie wydaje mi się jednak częste. Oczywiście zdarzają się przypadki określone w leksykonie jako pseudootępienie depresyjne. Podstawową cechą różnicującą jest, jak sądzę, zgodność lub brak zgodności zgłaszanych deficytów funkcji poznawczych, przede wszystkim pamięci, z rzeczywistym poziomem funkcjonowania. Pacjenci z objawami pseudootępienia depresyjnego, mimo podkreślanej ciężkości problemów z pamięcią, zwykle dość szybko orientują się w topografii oddziału, w tym kto jest kim spośród jego pracowników. U chorych z rzeczywistym otępieniem jest odwrotnie. W sytuacjach wątpliwych zasadne jest zastosowanie leków przeciwdepresyjnych. Wówczas o ostatecznym rozpoznaniu zadecyduje ich skuteczność. Słusznie wskazano na to w leksykonie.

Inna rzecz, iż takie leki przeciwdepresyjne jak citalopram czy trazodon są nierzadko skuteczne w leczeniu zaburzeń zachowania u chorych z otępieniem różnej etiologii. Nie poprawiają jednak u nich funkcjonowania poznawczego.

Złożoność związków chorób afektywnych, oraz innych chorób/zaburzeń psychicznych z chorobami somatycznymi miewa także inny wymiar niż zwykle ujmują to podręczniki psychiatrii. Coraz częściej do oddziału psychogeriatrycznego trafiają pacjenci z rozpoznaną dziesiątki lat wcześniej chorobą afektywną lub schizofrenią, do której w wieku podeszłym dołączyło kilka chorób somatycznych, zwykle przewlekłych. Od chorób układu krążenia, cukrzycy po choroby nowotworowe. Postawione przed laty rozpoznanie choroby psychicznej dominuje nad możliwym wpływem tych chorób na aktualny stan psychiczny pacjenta. Diagnostyka różnicowa bywa wówczas trudna, a decyzja, co i jak w pierwszym rzędzie leczyć, może być jeszcze trudniejsza. Stosowne piśmiennictwo nie poświęca temu zjawisku szczególnej uwagi. Jednak pewne hasła leksykonu sugerują, że nie są to sprawy obce jego autorom. Wskazywałby na to sposób przedstawienia takich haseł jak: Depresja a choroba niedokrwienna serca; Depresja a cukrzyca; Depresja po zawale serca; Depresja poudarowa; Depresja w wieku podeszłym. Także, gdy w podobnym kontekście mowa jest

o manii. Ciekawa jest wzmianka o „manii naczyniowej”. Jest w tym analogia do częściej chyba opisywanej „depresji naczyniowej” [7]. Dostrzega się to również w troskliwości z jaką prezentowane są interakcje leków przeciwdepresyjnych, przeciwpsychotycznych, normotymicznych, działania niepożądane, przeciwwskazania i możliwości bezpiecznego ich kojarzenia, jeśli taka potrzeba zaistnieje.

Gdy kolejny raz czytałem hasła leksykonu poświęcone terapii chorób afektywnych, wyobraziłem sobie sytuację, w której musiałbym wybrać i pozostawić 3–4 metody ich leczenia farmakologicznego, „zabiegowego”. Wybrałem leczenie elektrowstrząsowe (EW), lit, imipraminę i haloperidol. Obecnie lit szczęśliwie trzyma się mocno, z EW i haloperidolu jeszcze nie zrezygnowano. Tylko (?) imipramina jest u nas niedostępna, więc pozostałby wybór między amitrypyliną i moklobemidem.

Nie sposób oddzielić sztuki od emocji/nastroju. Nie pominięto tego związku w leksykonie. Jego okładkę zdobi obraz „Mania” Florencia Yllany, jest też odpowiednie hasło. W szerszym kontekście profesor Janusz Rybakowski poświęcił temu obrazowi osobny artykuł [8]. Sądzę, że dobrze byłoby zamieścić ten artykuł, jako suplement, w kolejnym wydaniu „Leksykonu manii i depresji”. Mam bowiem nadzieję na kolejne jego wydanie, z pożytkiem dla nas wszystkich.

Piśmiennictwo

1. Rybakowski J. *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2008.
2. Rybakowski J, Dudek D, Jaracz J. *Choroby afektywne*. W: Jarema M. red. *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Gdańsk: VM Media sp. z o.o.; 2011. s. 47–115.
3. Jaracz J. *Komentarz*. *Psychiatria po Dyplomie*. 2011; 8(2): 22.
4. Jarema M. *Leksykon schizofrenii*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2010.
5. Pużyński S. *Depresja endogenna. Hasło*. W: Pużyński S. red. *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1993. s. 89–91.
6. Szczerbińska K. *Problemy starzejącego się społeczeństwa polskiego*. W: Szczerbińska K. red. *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006. s. 29–43.
7. Ramos-Rios R, Berdullas Barreiro J, Varela-Casal P, Arauxo Vilar A. *Vascular depression with melancholic symptoms: response to electroconvulsive therapy*. *Actas Esp. Psiquiatr*. 2007; 35 (6): 403–405.
8. Rybakowski JK. *Painting “Mania”*. *J. Affective Disorders*. 2011; 128: 319–320.

Stefan Krzywiński