

SOOČANJE Z BOLEZNIJO, STRAHOM IN BOLEČINO

Marija Vegelj Pirc, Z. Kralj

Izvleček

Članek opisuje del bolnikovega doživljanja ob soočanju z boleznijo, stiske in strahove ob sporočilu diagnoze »rak« in sprejemanju zdravljenja. Posebej opozarja na nekatera stališča zdravnikov in poudarja pomembnost odnosa med bolnikom in zdravnikom. Veščino empatije je potrebno nenehno razvijati in razreševati tudi lastne stiske. Ustrezno učenje lahko poteka v Balintovih ali Monte Verita skupinah, ki jih natančneje opiše in prikaže njihov razvoj v svetu in pri nas.

Uvod

Učenje za življenje ne vsebuje »senčnih plati«. V učni snovi ne predvidevajo priprave na bolezen, na težke in nerešljive situacije. Človeka ne pripravljajo niti na možnost, da bi skrenil iz začrtanih normalnih tirnic življenja. Tudi starši si kar najbolj prizadevajo, da bi svoje otroke - celo v mislih - karseda zavarovali pred negativno platjo življenja. Zato ljudje kaj malo vedo o tem, kako obvladovati krize in težke življenjske situacije, kako prebroditi izgube v življenju in se spopasti z občutki obupa in žalosti, kako živeti z boleznijo, z omejitvami in bolečino.

Ko nenadoma nastopi bolezen, je človek praviloma nepripravljen. Za izhod iz krize ni enostavnega »recepta« in vsakdo mora najti svojo pot. Pri tem pa potrebuje pomoč svojih najbližjih in pomoč svojega zdravnika. Vendar je tudi zdravnik večkrat nepripravljen za tovrstno pomoč. Tudi on se v procesu izobraževanja uči predvsem o bolezni, o njenih simptomih in telesnih težavah ter o metodah in tehnikah zdravljenja. Ko pa se pri delu sooči z bolnikom, dobi vse poprejšnje znanje novo razsežnost. Pretrese ga spoznanje: »Saj to se lahko kadarkoli zgodi tudi meni.« Zato se počuti dostikrat nemočnega, vzbudil se mu je strah pred lastno boleznijo in smrtjo.

Rak je bolezen, ki s svojo grožnjo življenju vzbudi številne strahove in postavlja različna vprašanja, tudi o smislu življenja. Za spopad z različnimi strahovi in za iskanje odgovorov na številna težka vprašanja potrebuje bolnik sogovornika. Zdravnik in bolnik morata biti zaveznika v boju z boleznijo. Zato sta pri delu z bolnikom enako pomembna tako strokovna obravnava kot primeren čustveni odnos. Tak odnos daje bolniku varnost, mu vzbuja zaupanje do posegov in zdravljenja ter ščiti njegovo, z boleznijo ogroženo, samozavest. (1)

V nadaljevanju bomo opisali del bolnikovega doživljanja in zdravnikovih stisk, kot tudi model skupinskega učenja za pridobivanje vpogleda v lastna doživljanja. Različne izkustvene skupine so marsikje po svetu že postale sestavni del strokovnega dela.

SPOROČILO DIAGNOZE

Sporočilo diagnoze »rak« je obremenjujoče za bolnika in zdravnika. Pogosto zdravnik odlaša z odkritim pogovorom o tem, ali pa prelaga svojo dolžnost na naslednjega specialista, s katerim se bo bolnik v procesu ugotavljanja bolezni ali zdravljenja še moral srečati. Številnim preiskavam, ki potekajo največkrat ambulantno, se bolnik nemočen prepusti. Čakalna doba utruja in jemlje energijo; bolj ko je dolga, bolj ga obhajajo občutki strahu, negotovosti, nemoči, jeze. Veliko ga sprašujejo, malo mu odgovarjajo, dajejo navodila, a premalo informacij. Komunikacija je zožena le na najnujnejše. Zdravnik ohranja varnostno razdaljo in največkrat bolnik sliši odgovor: »Nimamo še vseh izvidov.«

Sporočilo o diagnozi pride tako do bolnika na različne načine, posredno ali neposredno in vsakdo se na svoj način odzove. Uporabi načine, ki so njemu lastni in že uporabljeni v različnih prejšnjih situacijah ob slabih sporočilih ali kritičnih dogodkih. Lahko bo instinktivno izbral pravo pot, ali pa bo začel delati napake, ki jih bo kasneje popravljaj, če jih bo spoznal. Nekateri se trudijo, kljub strahu, obdržati razum in razsodnost, drugi pa se najprej umaknejo, da se izjokajo in prebolijo prvi šok. Šele nato so sposobni sprejemati informacije in se začeti aktivno spopadati z boleznijo.

Pri tem želimo opozoriti predvsem na nujnost odkritega pogovora med zdravnikom in bolnikom, ki je osnova za nadaljnje aktivno bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju. Temu se zdravnik ne bi smel izogniti s prenačljeno oceno, češ da bolnika ne sme prizadet, da ga mora vnaprej zavarovati. Ob takih odločitvah bi moral preveriti tudi svoje občutke. Morda želi s tem zavarovati sebe pred bolnikovimi »nenormalnimi reakcijami«. Spet drugi se drži pravila, da bo povedal le toliko, kot bolnik sam želi vedeti ali vprašati. Nekateri pa informirajo le svoje.

Res je, da ne moremo nikoli vnaprej vedeti, kako bo bolnik reagiral, vendar se moramo zavedati, da gre za dinamičen proces in bolnikova zmožnost za soočanje in sprejemanje bolezni se spreminja in postopno razvija. Zato sporočilo diagnoze ne pomeni le enkratnega dejanja, temveč proces empatičnega razumevanja bolnikovega stanja in odgovarjanja na njegove občutke ter določanje korakov, ki so bolniku potrebni, da doseže cilje na poti ozdravitve.

ZDRAVLJENJE V BOLNIŠNICI

Po ugotovitvi diagnoze običajno hitro sledi prvo zdravljenje, ki je v večini primerov najprej kirurško. Bolnik je, ločen od doma, v tujem brezosebnem okolju bolnišnice, še dodatno prizadet. Obiski mu predstavljajo edini stik z zunanjim svetom. Življenje in delo v bolnišnici potekata po točno določenem programu. Bolnika neguje in zdravi cel tim, srečuje se z različnimi ljudmi, od katerih ima vsak svoje, s pravili določene pristojnosti. Zdravljenje doživlja kot tehniko, kjer gre za srečanje aktivnega terapevta in pasivnega bolnika.

Bolnik se težko znajde in ne ve, kdo je tisti, ki bi mu lahko potožil o svojih strahovih, mu zaupal skrbi zaradi bolezni in zdravljenja ter svoje bodočnosti. Tudi o diagnostičnih in terapevtskih postopkih neha spraševati, ker večkrat dobi odgovor: »Prepustite te skrbi zdravnikom in nam zaupajte.« Vendar pri tem ne gre za vprašanje zaupanja, temveč za klic po človeški pomoči. Zato je

potreben celostni pristop k bolniku. Odnos terapevt - bolnik je že po svojem bistvu naravnani na sodelovanje. Če postane enosmeren, tako da je prvi subjekt in drugi objekt, je to obema v bistvu tuje in nehumano (2).

V času bivanja v bolnišnici se lahko prej odrinjeni strahovi povrnejo in pojavljajo novi. Če je po začetnem zdravljenju in končni določitvi stadija potrebno še dodatno zdravljenje z obsevanjem in/ali kemoterapijo, mnogi bolniki doživljajo to kot slab znak. Sopojavi zdravljenja se lahko močno okrepijo. Pogovori z zdravniki, osebjem in sobolniki bolniku lahko pomagajo pretrgati anonimnost bolnišničnega okolja in predelovati lastne strahove. Vendar pa je najvažnejši individualni pogovor z njegovim zdravnikom, v katerem lahko razjasni svoja osebna vprašanja. V odkritem pogovoru ne pride le do olajšanja in sprostitve, temveč se odnos in s tem tudi zaupanje okrepi.

V bolnišnici bolniki zelo pogosto tožijo zaradi nespečnosti in zdravniki jim predpisujejo različna uspavala in pomirjevala. Če je bolnik ponoči vznemirjen in zaskrbljen, pokliče dežurno sestro, ta pa gre vprašat zdravnika, kakšno zdravilo naj mu da, nato pa bolnik spet ostane sam. Če prvo zdravilo ne pomaga, dobi drugo, močnejše. V takih in podobnih primerih, ko na primer tudi zdravilo proti bolečini ne pomaga, bi vedno morali najprej ponuditi »besedo«, se z bolnikom pogovoriti, mu dati možnost, da z nekom podeli svoje strahove in pot za razrešitev problema se nato lahko pokaže kar sama.

Nekaj opisanega razmišljanja bomo v nadaljevanju prikazali z opisom pogovora z 49-letno ginekološko bolnico. Z že ugotovljeno diagnozo v drugi bolnišnici je bila sprejeta za zdravljenje na Onkološki inštitut.

»Mislila sem, da bo šlo, da bom zmogla sama. Sedaj pa sploh ne morem več spati, kljub zdravilom. V prsih me tišči in v grlu me stiska, nemirna postajam. Pa ne mislim na nič slabega. Kar naprej si govorim, da bo pri meni še vse dobro. Tudi domači mi tako govorijo. Ampak v bolnišnici je vseeno hudo. Ko bi bila bliže, da bi hodila od doma na obsevanje. Saj nimam posebnih težav. Bolezen je prišla kot strela z jasnega, upam, da bo tako tudi minila. Sama ne vem, kaj je to sedaj z mano. Tudi doma na prostem izhodu mi ni bilo nič laže, čeprav mi družina zelo stoji ob strani in me vsi vzpodbujajo. Tudi na oddelku so vsi zelo prijazni in se trudijo.«

Dolgo je govorila, kot da bi želela preglasiti strah v sebi. Celotno telo je bilo napeto in oči so s strahom iskale potrditev, da ima prav, da bo še vse dobro. Besede rak se je izogibala. Vendar se človek lahko le začasno zavaruje z zanikanjem, trajno pa ne more utišati potlačenih strahov, ker ga začno izdajati in opozarjati na to telesni znaki. Diagnoze rak ni mogoče kar tako zaobiti. Bolnik se v začetku rad prepusti zaščitniškemu okolju, vendar želi nato tudi sam kaj prispevati. Prvi korak v tej smeri je, da čim bolj spozna svojo bolezen. Povprašana o prvih znakih bolezni in nadaljnjih postopkih je bolnica nadaljevala:

»Ob rednem ginekološkem pregledu sem nenadoma pričela krvaveti in morala sem takoj v bolnišnico na nadaljnje preiskave. Po enem tednu so mi rekli, da moram na zdravljenje v Ljubljano. Tukaj pa so samo rekli, da je potrebno najprej obsevanje, potem bodo pa že še videli, kaj bo. Sama nisem nič spraševala, rekla sem si, da bo še vse dobro. Sedaj pa me vse bolj skrbi

ta negotovost in tudi pogovori s sobolnicami me vse bolj vznemirjajo. Nisem želela z njimi govoriti o svoji bolezni, pa so me same začele spraševati, kako in kaj. Rekla sem jim, da je z mano vse v redu, samo obsevati me morajo zaradi nenadne krvavitve. Pa je ena bolnica kar ostro okarala mojo nevednost, saj bi vendar že lahko vedela, da kadar se odločijo za obsevanje, gre zagotovo za raka in najbrž je že napredoval, ker se niso odločili za operacijo. Te besede me kar naprej spremljajo, čeprav si skušam dopovedati, da nima prav, saj ne ve ničesar o meni in rakov je tudi najbrž več vrst in bolezen poteka pri vsakem človeku drugače.»

V pogovoru sva nato še večkrat izrekli besedo rak in tudi njej je šla vse laže z jezika. Skušali smo jo motivirati, da zbere pogum in zaprosi zdravnico za pogovor ali sobno sestro, da posreduje zanjo. Ob koncu pogovora je bila že veliko bolj umirjena in sproščena ter odločena za realno soočenje.

»Pa bom res zaprosila zdravnico za pogovor. Kar rekla ji bom, da se do sedaj nisem še z nikomer zares pogovorila o svoji bolezni in da me to vse bolj preganja in mi ne da spati. Prihodnji teden me bo spet pregledala. Med obsevanjem imam redne preglede. V ordinaciji bova za nekaj časa sami in takrat bo priložnost, da jo bom prosila za pogovor. Pa saj mi je že sedaj veliko laže.«

Posebno obravnavo bi zahtevalo delo s svojci, tudi z njimi bolnik dostikrat ne vzpostavlja pristnega odnosa in odkrit pogovor je velikokrat zaradi različnih vzrokov oviran (3). Svojci so v posebno težkem položaju, če prvi zvedo za diagnozo. V mnogih bolnišnicah se, žal, kaže tendenca, da svojce popolno informirajo, bolnike pa nepopolno. Mogoče mislijo, da svojci zaradi večjega zaupanja najbolj vedo, kako bodo bolniku posredovali diagnozo in nujne informacije o zdravljenju. Ali pa zdravnik zastopa mnenje, da je še najbolje, če bolnika ne informira. To še posebej velja za težje primere bolezni. Toda, ali ni to le beg pred realnostjo? Milčinski (3) takole razmišlja: »Ali imamo pravico pacientu kratiiti resnico o prognozi njegove bolezni, ali je vsebina načela »aegroti salus suprema lex«, res ta, da bolnika z zavezanimi očmi pripeljemo na prag smrti? Ali naše ravnanje, ki gre večinoma v tej smeri, ni stranpot? Ali ga ne narekuje naš odpor proti izgubljanju časa z »infaustnimi primeri«, ko bi svoje sposobnosti lahko plodneje naložili v oskrbovanje ozdravljivih bolnikov? Morda je zaverovanost v lastno vsemogočnost tista, ki nam brani, da bi skromno priznali meje naših možnosti, in bi pacientu, ki stopa proti smrti kot drugemu, poleg rojstva najbolj fiziološkemu dogodku v svojem življenju, posvetili nekaj našega časa in naše ne brez vzroka slavljene humanosti«.

Spremljanje bolnika se začenja brez inštrumentov, v smislu srečanja, ko dopustimo srečanje tudi z njegovim trpljenjem, strahom in bolečino, da ne zbežimo pred njegovim doživljanjem bolezni. Pripravljenost, da človek dopusti, da ga to prizadene, pa je že začetek spremljanja. Bolnik bo začutil to pripravljenost.

54-letna bolnica je zbolela zaradi raka na dojki in preživela 4 leta. Ob koncu so ji pljučne metastaze delale vedno več težav. Želela je točno vedeti, pri čem je in natačno se je seznanjala z vsakim novim izvidom. Ohranjala je vero in optimizem do konca. Nekajkrat je tudi sodelovala na seminarjih za specializante splošne medicine. V pogovorih je odkrito spregovorila o vseh svojih stiskah ob

prvem soočanju z boleznijo, o strahu in obupu ob ugotovitvi metastaz v pljučih, o trenutnih težavah, premišljevanjih o življenjskih vprašanjih in o svojih gledanjih nanje. Na enem od srečanj je skupina zelo močno podoživljala njeno pripoved in naslednji dan je bolnica takole pripovedovala:

»Morala sem priti, kar ne morem pozabiti včerajšnje skupine. Ali ste tudi vi opazili, kako je nekatere moja pripoved prizadela? Ena zdravnica je celo zapustila prostor, da ne bi jaz opazila, da je imela solze v očeh. Pa saj nisem povedala nič takega in tudi še kar dobro izgledam. Nikoli si nisem mislila, da je tudi zdravnike strah. O tem spoznanju sem takoj včeraj morala govoriti tudi z možem. Sedaj bolje razumem tudi svojega zdravnika in mi je žal, da sem bila včasih jezna nanj. Bolj mu moram pomagati, če hočem, da bo tudi on lahko meni. Kar takoj ga želim obiskati v ambulanti in mu odnesti nekaj naše literature in revijo Okno, da nas bo bolje poznal in lažje razumel«.

O svojem zdravniku je nato vedno govorila z velikim zaupanjem in hvaležnostjo. In on jo je spremljal do konca.

Zaradi enkratnosti vsakega odnosa, ki ga predstavlja prepletanje bolnikovih in naših razmišljanj ter čustev, je potrebno veččino empatije ves čas razvijati. To pomeni, da se učimo spoznavati zakonitosti človekovega psihičnega življenja in da stalno prepoznavamo svoje čustvene stiske ter jih ustrezno preoblikujemo (1).

MODEL ASCONA - OD BALINTOVIH DO MONTE VERITA SKUPIN

Razvoj programa v svetu

Michael Balint (1896-1970) je bil psihoanalitik, vsesplošno pa tudi priznan po svojem delu s področja splošne medicine in vzgoje študentov. Z Madžarske je prišel v Anglijo leta 1939. Splošni zdravniki so tedaj tožili, da so slabo pripravljene za delo, da se niso naučili, kako ravnati s čustvenimi težavami svojih bolnikov. Leta 1950 je pričel s seminarji, katerih namen je bil raziskati čustveni del odnosa med zdravnikom in njegovim bolnikom. Skupina naj bi zdravniku omogočila opazovanje samega sebe, razmišljanje in izmenjavo izkušenj. Preizkušali so nove oblike pogovora z bolnikom. Zdravnik je prišel do svojega lastnega sklepanja in odnos z bolnikom razvijal naprej (5).

Balintove skupine so se po svetu hitro širile. O dobrih izkušnjah niso poročali le v skupinah s splošnimi zdravniki, ampak tudi na različnih bolnišničnih oddelkih, pri delu z umirajočimi in drugimi. Učenje v Balintovih skupinah temelji torej na spoznanju, da zdravnikova lastna osebnost, občutki in reakcije sestavljajo pomemben diagnostični in terapevtski inštrument. Poudarek pri delu v skupini je na izkušnjah sodelujočih, razvijali pa naj bi sposobnost za razumevanje odnosa zdravnik - bolnik (6, 7, 8). Zdravnik mora v sebi najti sposobnost, da odkrije o svojih bolnikih stvari, ki jih je sicer težko izraziti z besedami. Zato mora pričeti s »prisluškovanjem« jeziku znotraj samega sebe. Ko v skupini predstavlja primer, ga oživi, zave se mnogih čustev in reakcij v odnosu do bolnika, čeprav so mu le-te v odnosu z bolnikom ušle (9). Zavedati se mora svojih lastnih vzorcev vedenja in svojega lastnega vpliva kot »zdravila« (10).

Pokazalo se je, da so Balintove skupine praktično edina uspešna pot posredovanja psihoterapevtskega načina mišljenja somatsko orientiranim zdravnikom. A ne le zdravnikom, tudi medicinskim sestram, socialnim delavcem, psihologom, učiteljem in drugim, saj je učenje o čustvenem zanemarjeno, a nujno potrebno pri vseh poklicih, ki delajo z ljudmi.

Balintove skupine so se po svetu povezovala v državna združenja in v skupno Mednarodno združenje Balintovih skupin, ki je v Asconi prirejalo redna letna srečanja.

Leta 1968 so v Asconi na Monte Verita (Gori Resnice) pričeli z mednarodnimi seminarji za zdravnike in študente medicine. Priporočila jih je Svetovna zdravstvena organizacija in naj bi vplivali na medicinsko izobraževanje predvsem z učenjem o odnosu zdravnik - bolnik v Balintovih skupinah. Tako se je razvil »Model Ascona« (11).

Leta 1985 pa so uvedli novo obliko skupinskih srečanj. V želji da bi izboljšali odnos med bolnikom in zdravnikom, se člani skupine niso učili tega odnosa več sami, niso govorili le o bolniku, temveč z bolnikom; skupaj z njim so se učili odnosa in medsebojnega razumevanja. V skupino so se tako vključevali tudi bolniki, lahko pa tudi svojci ali ležeči zdravnik in/ali medicinska sestra. Vsi imajo možnost aktivno sodelovati v pogovoru. Cilj takih skupin je skupno učenje iz osebnih težav, upov in strahov vseh članov skupine. Taka srečanja lahko postanejo nepozabni dogodki za vsakega udeleženca. Delitev vlog na strokovnjake in bolnike hitro izgine in vsak postane hkrati oboje - strokovnjak in bolnik. To daje možnost za čustveno in kognitivno učenje. Te nove skupine so se poimenovala Skupine Monte Verita.

Razvoj programa v Sloveniji

Prva Balintova skupina je bila oblikovana leta 1982 v Ljubljani. Sprva je bila študentska skupina, ki je kasneje prerasla v mešano skupino študentov in zdravnikov. Bolnike so obiskovali po različnih bolnišničnih oddelkih (12). Izkušnje študentske Balintove skupine so še zelo žive in jih v nadaljevanju na kratko povzemamo.

Ne gre za visoko specializirano psihiatrično znanje. Vprašanje je, kako doživljamo bolnika, kako on doživlja nas in kako to vpliva na zdravljenje. V času študija poslušamo, da je bolnik bio-psiho-socialna enota, v praksi pa zdravljenja v skladu s tem konceptom ne doživimo. V Balintovi skupini so študentje prvič izkusili interakcijo telesnega in duševnega. Poleg študenta, ki poroča o bolniku, se uči tudi skupina. To je kooperativno učenje; drugi se spomnijo svojih izkušenj, jih ponovijo in predelajo na novo.

Pogovori s študentom nudijo bolniku čustveno katarzo, oporo, pomagajo mu reševati probleme, ki nastajajo v zvezi z boleznijo, slabo napovedjo itn. Kadar se je skupine udeležilo tudi medicinsko osebje z bolnikovega oddelka, je bilo to še posebej dobrodošlo.

Skupina je študentom pomagala formulirati svoje strahove in prepoznati obrambno vedenje medicinskega osebja ob umirajočem bolniku.

V skupini imajo študentje možnost učiti se spontanega in demokratičnega dialoga. V zaupni atmosferi lahko vsak pove svoje mnenje ter posluša in upošteva mnenja drugih. V rednem študiju take možnosti ni.

Ob primerih bolnikov je skupina načela nekatera splošna vprašanja, kot: kakšen je dober zdravnik, kako poteka dobra komunikacija, kakšen je položaj ženske zdravnice itn.

Skupina je spoznala, ne le razumsko, ampak tudi izkustveno, da imata zdravilen ali škodljiv učinek ne le tableta in kirurški nož, ampak tudi zdravnikova beseda in vedenje.

Veščine odnosa z bolnikom ter pozornosti za njegove in lastne čustvene potrebe se lahko učimo vse od začetka študija, zato za vključitev v Balintonovo skupino ni bistveno, v katerem letniku je študent.

Naše tesno sodelovanje z Ascono se je pričelo leta 1983. Od takrat naprej se redno udeležujemo tamkajšnjih seminarjev ter srečanj drugod po svetu. Po svojem celovitem pristopu k bolniku je kot učitelj in voditelj skupin še posebej znan dr. Luban Plozza, s katerim zelo tesno sodelujemo in je vodil tudi Prve slovenske Balintove dneve v Ljubljani leta 1992.

Balintove skupine so od leta 1989 po zaslugi dr. Miklavža Petelina postale izbirni predmet v okviru predmeta psihiatrija. Kasneje so bile uvedene tudi za specializante splošne medicine, patronažne sestre, socialne in pedagoške delavce ter za zaposlene v zaporih.

S prvo skupino Monte Verita smo pričeli spomladi 1996. Sedaj nadaljujemo z redno skupino, ki ima srečanja na tri tedne po 90 minut. Z bolniki se srečujemo zdravniki različnih usmeritev, študentje medicine, socialni delavec in psiholog. Večinoma smo se srečevali z onkološkimi bolniki pa tudi z bolniki po srčnem infarktu. Vsako srečanje odpira nova spoznanja in doživetja ter prispeva k upoštevanju življenjske modrosti ob uporabi strokovnega znanja.

Zaključek

Opisano doživljanje ob soočanju z boleznijo in njenim zdravljenjem kaže, da le celostni pristop k bolniku zagotavlja optimalne možnosti in znatno prispeva h kakovosti življenja in odnosov. Zdravnik mora pri tem znati reševati tudi lastne stiske in zadrege. Izkušnje kažejo, da je najbolj učinkovit način za to izkustveno učenje v skupini. Zato bi morali vzpodbuditi zdravnike za delo v Balintovih in Monte Verita skupinah, da bi tako le-te postale sestavni del strokovnega dela.

Literatura

1. Vegelj Pirc M., Radonjič Miholič V. Psihoonkologija in rehabilitacija. In: Zbornik predavanj s področja onkologije za višje medicinske sestre. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1993: 158-69.
2. Mayer-Scheu J., Kautzky R. Od zdravljenja k ozdravljenju. Ljubljana: Župnijski urad Dravlje, 1995.

3. Freudenberg E. Der Krebskranke und seine Familie. Stuttgart: Georg Thime Verlag, 1990
4. Milčinski J. Medicinska etika in deontologija. Ljubljana: Dopolna delavska univerza Univerzum, 1982: 84-9.
5. Balint E. Michael Balint: Mensch und Werk. Therapiewoche 1977; 27: 6909-16.
6. Luban Plozza B., Pozzi U. I gruppi Balint. Padova: Piccin Nuova Libreria S.p.A., 1986.
7. Hopkins Ph. Patient Centred Medicine. London: Regional doctor publications limited, 1972.
8. Gruden V. Psihoterapija. Zagreb: Medicinska naklada, 1992.
9. Elder A., Samuel O. While I am doctor. London, New York: Tavistock, Routledge, 1989.
10. Luban Plozza B., Knaak L., Dickhaut H. Der Arzt als Arznei. Koeln: Deutscher Aerzte Verlag, 1990.
11. Luban Plozza B., Poeldinger W., Kroeger F. Psihosomatski bolnik v splošni ambulanti in njegovo zdravljenje. Ljubljana: DZS, 1993.
12. Kralj Z. Balintove skupine-učenje o čustvenem. Zdrav. Vestn. 1984; 53: 209-10.