

Wojciech Gruszczyński

Kierownik Katedry Psychologii Zdrowia i Klinicznej, Społeczna Akademia Nauk w Łodzi

Rehabilitacja lecznicza zaburzeń psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Doświadczenia lekarza psychiatry

Rehabilitation of psychosomatic disorders in order to prevent disability pensions from the Social Insurance Institution (ZUS). A psychiatrist's perspective

STRESZCZENIE

Wzrost zachorowalności na choroby psychosomatyczne, zwane cywilizacyjnymi, oraz wskaźnika rentowania (jednego z najwyższych w Europie) stał się powodem do uchwalenia aktów prawnych, w tym Ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych z 13 października 1988 r. oraz rozporządzenia Rady Ministrów z 12 października 2001 w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez ZUS na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne.

Powyższe akty prawne spowodowały, że powstały w 1999 roku Instytut Zdrowia Człowieka podjął, jako jeden z pierwszych w Polsce, szeroko zakrojoną działalność naukowo-organizacyjną zmierzającą do utworzenia pierwszego Oddziału Rehabilitacji Schorzeń Psychosomatycznych. Autor był w tym czasie członkiem Rady Naukowej Instytutu i współautorem programu rehabilitacji zaburzeń psychosomatycznych. Strategicznym założeniem programu było spełnienie 5 zasadniczych celów, a mianowicie: 1. powszechności, 2. dostępności, 3. kompleksowości, 4. ciągłości, 5. współodpowiedzialności pacjenta.

W artykule przedstawiono realizację programu, który jest prowadzony od roku 2005, oraz opracowany przez autora algorytm postępowania diagnostycznego zaburzeń psychosomatycznych. Rehabilitacja stacjonarna obejmowała następujące grupy pacjentów wg ICD-10: F.30–F.39 (co czwarty); F.40–F.48 (większość); F.06–F.07 (co dziesią-

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Wojciech Gruszczyński, e-mail: wojciechgruszczyński@poczta.onet.pl
Instytut Psychologii Stosowanej, ul. gen. Michała Tokarzewskiego 2, 91-842 Łódź
e-mail: ips@spoleczna.pl, tel. 42 664 66 66

ty). Ocena skuteczności realizowanego programu, mierzona orzeczeniem zdolności do pracy, wynosiła odpowiednio: 78% w schorzeniach F.40–F.48; 64% w chorobach F.30–F.39 oraz 42% w rozpoznaniach F.06–F.07. W opracowaniu zwrócono uwagę na fakt, że u znaczącego odsetka rehabilitowanych czynnikiem etiologicznym zaburzeń psychosomatycznych jest przewlekły stres zawodowy.

Słowa kluczowe: zaburzenia psychosomatyczne, rehabilitacja lecznicza, prewencja rentowa, ZUS.

ABSTRACT

Increase in the incidence of psychosomatic disease, perceived as a civilization problem, and an indicator of annuity (one of the highest in Europe) became the reason to enact legislation: the law on social insurance system of 13 October 1988 and the regulation of the Council of Ministers of 12 October 2001 on detailed rules and targeting by Social Insurance Institution (ZUS) concerning medical rehabilitation and contracts for rehabilitation services.

Due to above legal acts, the Institute of Human Health, founded in 1999, as one of the first in Poland, has undertaken extensive activities of organizational and scientific nature to create the first Branch of the Rehabilitation of Psychosomatic Diseases. During this time, the author was a member of the Scientific Council of the Institute and co-author of the program of rehabilitation of psychosomatic disorders. The strategic idea of the program was to fulfil 5 principal goals, namely: 1. universality, 2. availability, 3. complexity, 4. continuity, 5. patient's shared responsibility.

The paper shows the implementation of the program which has been conducted since 2005 and the algorithm of diagnosis of psychosomatic disorders developed by the author of the research. The stationary rehabilitation included the following groups of patients, according to ICD-10: F.30–F.39 (every fourth); F.40–F.48 (majority); F.06–F.07 (every tenth). The evaluation of the effectiveness of the program, measured by judgment of ability to work, lifted properly: 78% in diseases of F.40–F.48; 64% in diseases of F.30–F.39 and 42% in diagnosis of F.06–F.07. In the report the attention was paid to the fact that in a significant percentage of the people rehabilitated the etiological factor for psychosomatic disorders is chronic professional stress.

Key words: psychosomatic disorders, medical rehabilitation, prevention of annuity, Social Insurance (ZUS)

Wprowadzenie

Przemiany ustrojowo-ekonomiczne w Polsce po 1989 roku spowodowały gwałtowny wzrost zachorowalności na zaburzenia (choroby) psychosomatyczne. Przełom XX i XXI wieku w Polsce był okresem kryzysu nie tylko gospodarczego, ekonomicznego, ale również społecznego. Dla znacznej części ludności przewlekłymi stresorami psychicznymi były: likwidacja zakładów pracy, grupowe zwolnienia oraz rosnące bezrobocie. Wymienione powyżej czynniki związane z przewlekłym stresem zawodowym oraz inne bodźce psychospołeczne (BP) powodowały dynamiczne

narastanie zaburzeń psychosomatycznych, dawniej nazywanych nerwicami. Wskazywały na to statystyki lekarzy rodzinnych, którzy sygnalizowali, że 60–80 % pacjentów zgłaszających się do poradni demonstrowało zaburzenia nerwicowe, czyli psychosomatyczne, najczęściej związane z problematyką bezrobocia. Należy podkreślić, że stresory związane ze środowiskiem pracy miały charakter przewlekły, destrukcyjny, wiązały się często z sytuacją beznadziejną. Z punktu widzenia lekarskiego zdecydowana większość osób była niezdolna do pracy i kierowana na rentę chorobową. Ten tryb postępowania w stosunku do bezrobotnych był w sposób nieformal-



Fot. 1. Sanatorium „Muszyna”



Fot. 2. Sanatorium „Wysowa”

ny akceptowany przez różnego rodzaju instytucje rządowe (Gruszczynski, 2011).

Na początku trzeciego tysiąclecia, według danych Banku Światowego cytowanych przez Naczelnego Lekarza ZUS, na 1000 osób pracujących w Polsce 153 osoby były niezdolne do pracy i nie mogły utrzymać się z własnych zarobków ze względu na upośledzenie stanu zdrowia i funkcji organizmu. Na Łotwie i Węgrzech liczba ta wyniosła 100, w Niemczech 66, w Szwajcarii 44. W okresie wspomnianego kryzysu społeczno-ekonomicznego w Polsce również służba zdrowia, zwłaszcza publiczna, pozostawała niewydolna i preferowała głównie (a nawet wyłącznie) tzw. „medycynę naprawczą”, zwaną również „narządowo-aparatową”. W odróżnieniu od krajów Europy Zachodniej i USA medycyna psychosomatyczna praktycznie nie istniała ani w programach dydaktyczno-szkoleniowych przed- i podyplomowych, ani w działalności szpitalnej i ambulatoryjnej. Prekursorem leczenia i rehabilitacji stacjonarnej (sanatoryjnej) na dużą skalę pacjentów z zaburzeniami (chorobami) psychosomatycznymi w ramach prewencji rentowej był (i nadal jest) Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Funkcjonujący obecnie program rehabilitacji zaburzeń psychosomatycznych był możliwy do praktycznego wdrożenia na podstawie Ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (1988) oraz Rozporządzenia Rady Ministrów (2001).

Przedstawione wyżej akty prawne spowodowały, że powstały w 1999 roku Instytut Zdrowia Człowieka podjął jako jeden z pierw-

szych w Polsce szeroko zakrojoną działalność naukowo-organizacyjną zmierzającą do utworzenia na bazie Niepublicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanatorium Uzdrowskim w Muszynie koło Krynicy – pierwszego w Polsce Oddziału Rehabilitacji Schorzeń Psychosomatycznych.

W roku powstania Instytutu Zdrowia Człowieka powołano Radę Naukową, która kierowała i nadzorowała działalność naukową, szkoleniową oraz organizacyjną. Od samego początku autor był jedynym członkiem Rady reprezentującym pion psychiatryczno-psychologiczny. Nawiązano bezpośredni kontakt z dużym ośrodkiem leczenia chorób psychosomatycznych w Niemczech. W trakcie osobistych kontaktów i spotkań naukowych lekarze niemieccy potwierdzali jednoznacznie wagę i znaczenie „psychosomatyki”. Zorganizowano kilka konferencji naukowo-szkoleniowych o charakterze interdyscyplinarnym poświęconych zagadnieniom medycyny psychosomatycznej. Na zlecenie Rady Naukowej B. Rychlik (2002) opracowała monografię poświęconą problematyce profilaktyki antystresowej. Obecnie Instytut Zdrowia Człowieka realizuje program usługowo-terapeutyczny prewencji rentowej w zakresie zaburzeń psychosomatycznych w dwóch ośrodkach – w Muszynie i Wysowej.

Cel pracy

Zasadniczym celem pracy jest przedstawienie strategicznych założeń programu rehabilitacji

psychosomatycznej realizowanego na zlecenie ZUS oraz jego skuteczności u chorych leczonych w ośrodkach typu sanatoryjnego w „Muszynie” i „Wysowej”.

Program rehabilitacji leczniczej zaburzeń psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej ZUS

Powyższy program, początkowo jako projekt, został opracowany, a następnie przedstawiony i zaakceptowany przez Radę Naukową Instytutu Zdrowia Człowieka, i wdrożony w Oddziałach Psychosomatycznych sanatoriów „Muszyna” i „Wysowa” (Gruszczyński, 2004; 2010; 2011). Zdaniem autora, programy i standardy leczenia zaburzeń (chorób) psychosomatycznych omawiane, realizowane i wdrażane w wielu krajach europejskich nie mogą być wykorzystywane i przenoszone w sposób dosłowny do Polski. Natomiast można się na nich wzorować, modyfikować i dostosowywać do aktualnej sytuacji psychospołecznej i ekonomicznej kraju. W polskiej rzeczywistości należy również uwzględnić specyfikę danego regionu lub grupy zawodowej. Należy sobie bowiem uświadomić, że sytuacja społeczno-ekonomiczna i psychologiczna bezrobotnego z Niemiec, Francji, Hiszpanii itp. jest odmienna i nieporównywalna z pozycją bezrobotnego w Polsce.

Strategiczne założenia omawianego programu powinny spełniać 5 zasadniczych warunków (kryteriów), a mianowicie

1. Powszechność

Powszechnie wiadomo, że wysoki procent pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej cierpi na zaburzenia psychosomatyczne. Dlatego, aby zahamować i odwrócić takie tendencje, system leczenia sanatoryjnego musi spełniać kryterium powszechności.

2. Dostępność

Pacjent z przewlekłymi zaburzeniami psychosomatycznymi, oporny na udokumentowane

leczenie ambulatoryjne powinien być kierowany do sanatorium w ramach refundacji (choćby częściowej) w zależności od jego statusu socjoekonomicznego.

3. Kompleksowość

Leczenie sanatoryjne powinno spełniać kryterium holistycznej (całościowej) terapii, a nie tylko chorego narządu lub układu. Dlatego personel medyczny należy wzmocnić konsultantami z psychologii klinicznej, psychoterapii i psychiatrii.

4. Ciągłość

Sanatoryjny program terapeutyczno-rehabilitacyjny chorób psychosomatycznych winien zmienić postawę i motywację pacjenta do szeroko pojętego samoleczenia i inwestowania w swoje zdrowie, w tym psychiczne.

5. Współodpowiedzialność pacjenta

Program leczenia sanatoryjnego zaburzeń psychosomatycznych winien mieć określone cele, czas i planowany efekt leczenia. Postawa i motywacja pacjenta do procesu leczniczego ma decydujące znaczenie w osiągnięciu sukcesu terapeutycznego.

Jeżeli pacjent notorycznie nie przestrzega zalecanych zachowań prozdrowotnych i pojawia nadal cechy autodestruktywności pośredniej, wówczas bezpłatne świadczenia medyczne (sanatoryjne) winny zostać znacznie ograniczone.

Bryła (2012) przedstawia szczegółowe procedury realizowanego programu, który obejmuje kompleksowe oddziaływania psychoterapeutyczne mające na celu:

- wzbudzanie i kształtowanie motywacji do zmiany obecnej sytuacji psychospołecznej;
- wzmacnianie pożądaných wzorców działań, wygaszenie wzorców patogennych.
- kształtowanie aktywnej postawy w zachowaniu;
- wzrost poziomu koherencji (spójności) zdolności rozumienia wydarzeń, poczucia zaradności, poczucia sensowności;
- ukazanie roli wsparcia społecznego;

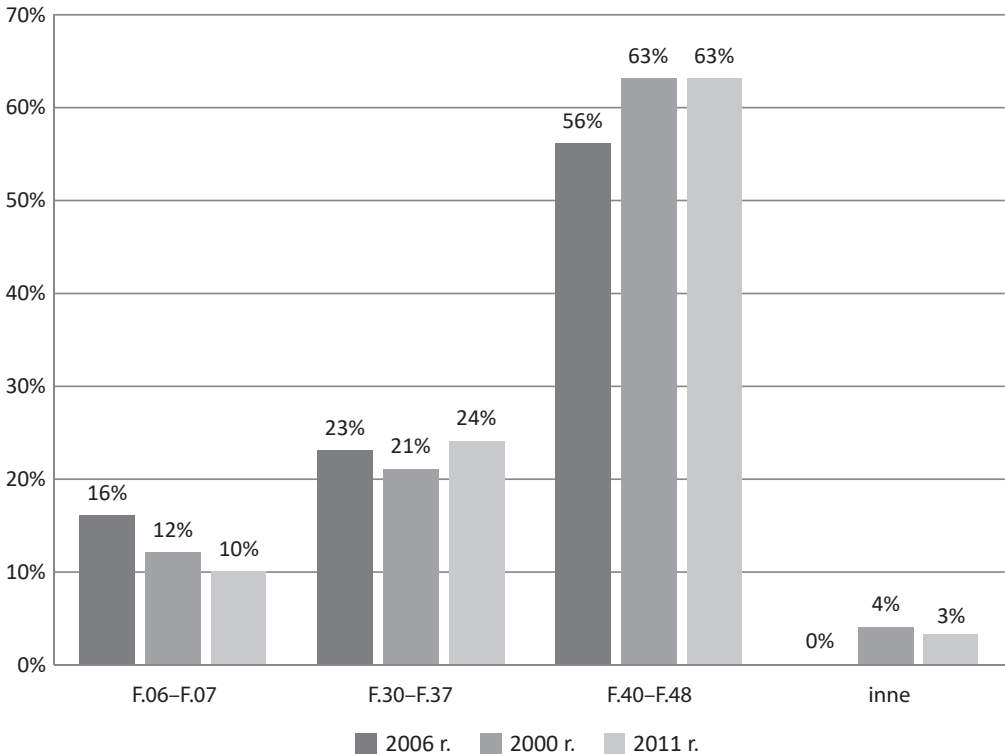
- określenie kierunku rozwoju osobistego – możliwości i ograniczeń;
- ukazanie rehabilitacji psychosomatycznej jako początku lub kontynuacji procesu zmian.

Powyżej przedstawione cele realizowane są różnymi metodami oddziaływania psychologicznego, a także konsultacji specjalistycznych, w tym głównie psychiatrycznych.

Skuteczność programu rehabilitacji psychosomatycznej

Ocenę skuteczności przedstawiono w oparciu o wyniki przedstawione przez Bryłą (2012). Zostały one zilustrowane rycinami 1–4.

Z punktu widzenia psychiatrycznego analiza wyników rehabilitacji psychosomatycznej przedstawiona na czterech rycinach wymaga omówienia i komentarza. W omówieniu wyników prezentujących rozpoznania ustalone w ośrodkach rehabilitacyjnych (rycina 1) należy zwrócić uwagę, że zgodnie z Klasyfikacją w ICD-10 (1997) za zaburzenia psychosomatyczne można uznać wyłącznie te oznaczone numerami F.40–F.48 i występujące jako „zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną (somatoformiczną)”. W zaburzeniach tej grupy mogą dominować zespoły psychopatologiczne, głównie lękowe, obsesyjno-kompulsywne, konwersyjne, reakcji na ciężki stres i zaburzenia ada-



Legenda:

F.06–F.07 – organiczne zaburzenia psychiczne

F.30–F.37 – zaburzenia nastroju (afektywne)

F.40–F.48 – zaburzenia nerwowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną

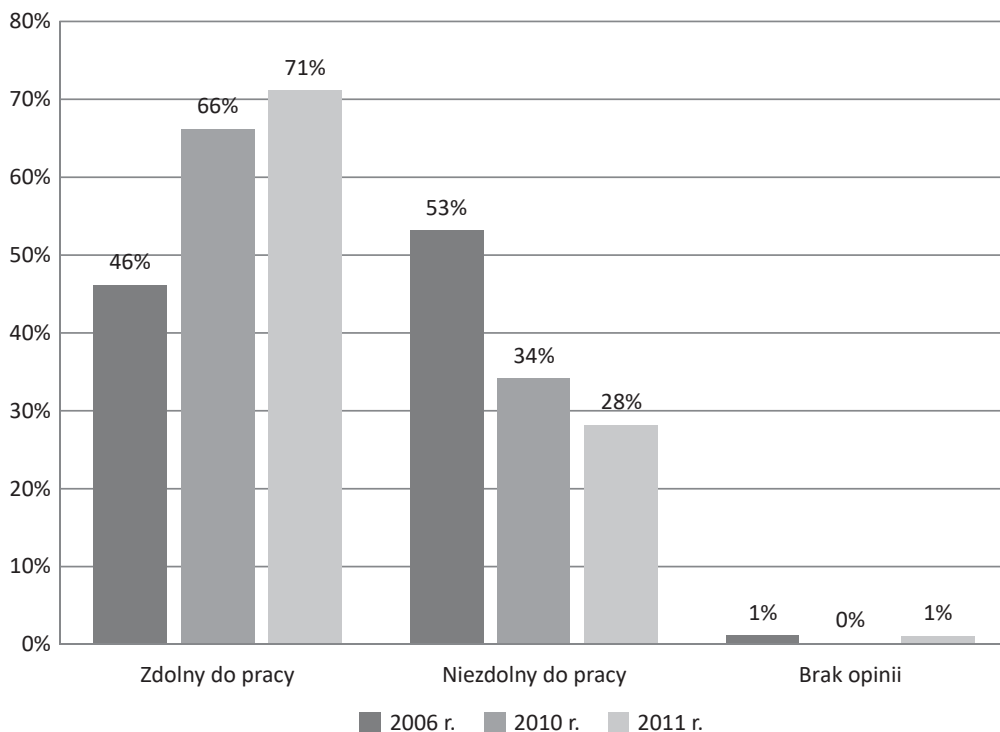
Źródło: Bryła (2012)

Ryc. 1. Rozpoznania ustalone w ośrodkach rehabilitacyjnych wg ICD-10

ptacyjne, albo przeważać dolegliwości somatyczne (somatomorficzne) z poszczególnych narządów bądź układów, dawniej nazywane nerwicami narządowymi, np. serca, żołądka, jelit itp. Pozostałe kategorie zaburzeń psychicznych wymienione na rycinie 1 nie spełniają kryteriów chorób psychosomatycznych. Należą do nich tzw. „organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi” F.06–F.07 oraz „zaburzenia nastroju (afektywne)” F.30–F.39. Etiologia, patomechanizm, dynamika przebiegu psychopatologicznego, a zwłaszcza ich terapia są diametralnie odmienne w porównaniu z zaburzeniami (chorobami) psychosomatycznymi. W populacji ocenianej przez autorkę cytowanej wcześniej publikacji stanowią one znaczące odsetki i tak w przypadku F.06–F.07 – od 10 % do 16%, a w przypadku rozpoznań F.30–F.39 – od 21% do 24%.

Z mojego doświadczenia jako konsultanta naukowego w dziedzinie psychiatrii w Oddziałach Psychosomatycznych wynika, że najczęściej lekarze POZ (rodzinni) kierują do ośrodków sanatoryjnych ZUS pacjentów z rozpoznaniem objawowymi, opornych na długotrwałe leczenie ambulatoryjne. Prawdopodobnie wynika to z niedostatecznej znajomości kryteriów diagnostycznych zaburzeń (chorób) psychosomatycznych lub też chęci pomocy przez lekarza rodzinnego pacjentowi opornemu na leczenie (Tsirigotis, Gruszczyński, 2010).

Rycina 2 przedstawia ocenę skuteczności rehabilitacji psychosomatycznej badanej populacji w latach (2006, 2010, 2011) mierzoną orzeczeniem zdolności do pracy. Biorąc pod uwagę całą badaną populację za zdolnych do pracy po okresie długotrwałego zwolnienia lekarskiego, świadczenia rehabilitacyjne-



Źródło: Bryła (2012)

Ryc. 2. Opinia końcowa ośrodków rehabilitacyjnych o zdolności lub niezdolności do pracy

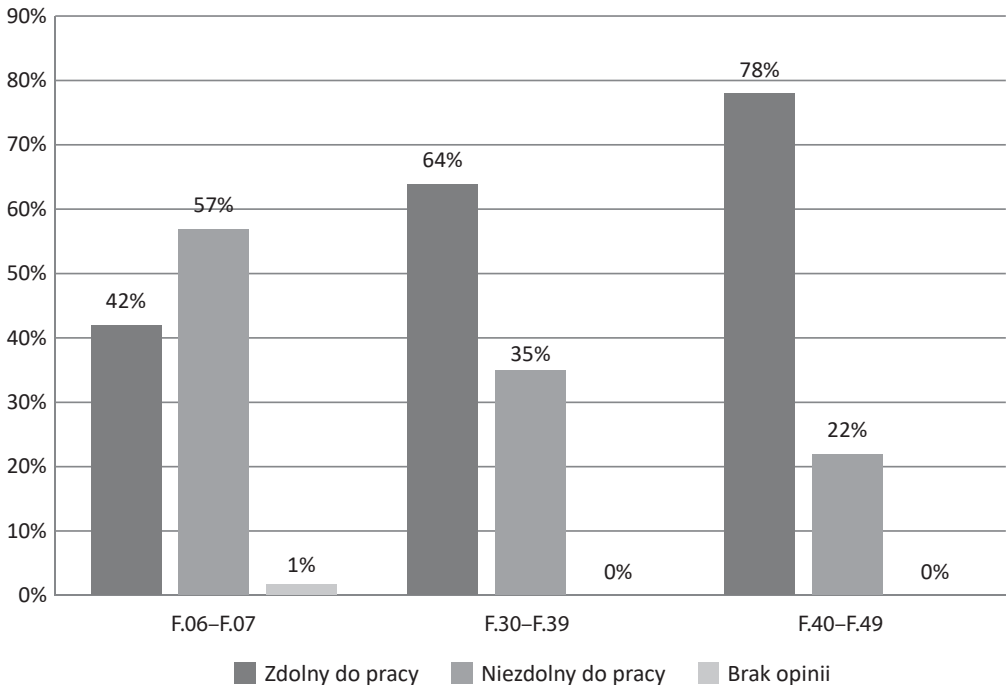
go lub renty uznano odpowiednio: 46%, 66%, 71%. Wynika z tego, że z każdym rokiem wzrastał odsetek osób, które po odbyciu rehabilitacji psychosomatycznej rokowały odzyskanie zdolności do pracy.

Rycina 3 przedstawia ocenę zdolności do pracy w poszczególnych grupach rozpoznania. Zgodnie z przewidywaniami, najwyższe wskaźniki skuteczności rehabilitacji uzyskiwały osoby z rozpoznaniem zaburzeń psychosomatycznych, bo aż 78% zostało uznanych za zdolnych do pracy. Najniższy wskaźnik (42%) wystąpił u osób z zaburzeniami psychicznymi uwarunkowanymi organicznie. Problem ten został omówiony przy prezentacji ryciny 1.

Dużym zaskoczeniem, jednocześnie budzącym wątpliwości psychiatry był bardzo wysoki odsetek (64%) orzeczeń odzyskania zdolności do pracy u pacjentów z rozpoznaniem F.30–F.39, czyli „zaburzenia nastroju” (afektywne). Wydaje się jednak, że ta kategoria zaburzeń w ICD-10 zawiera rozpoznania

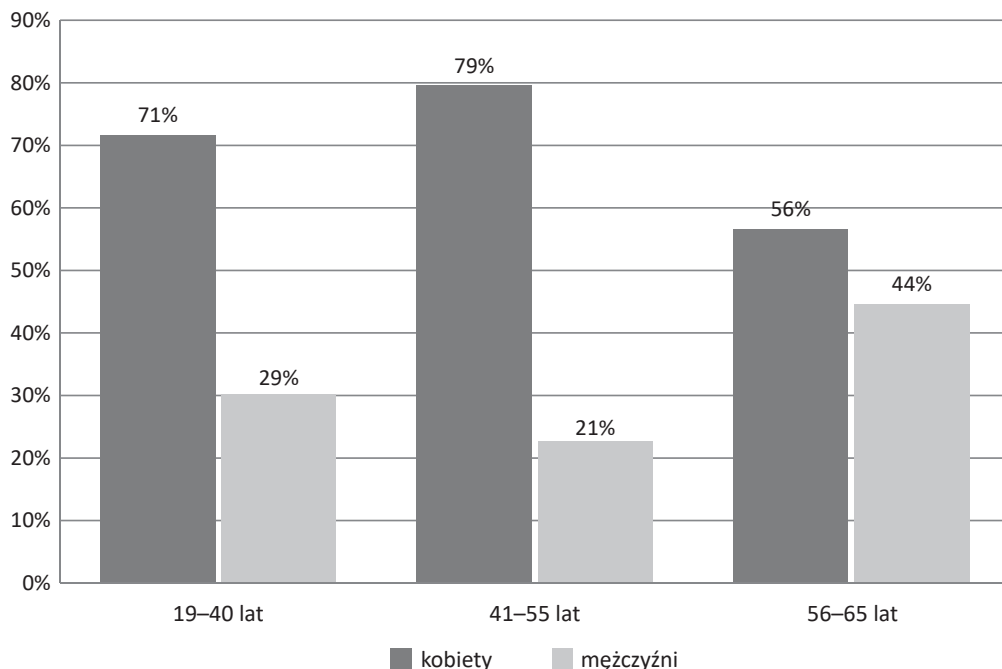
tw. depresji endogennych, jak np. w chorobie afektywnej dwubiegunowej, nawracających zaburzeń nastroju itp. Prawdopodobnie pacjenci kierowani do Oddziałów Rehabilitacji Psychosomatycznej demonstrowali kryteria zaburzeń depresyjnych, ale występujących w kategorii zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem, czyli psychosomatycznych. Może o tym świadczyć stosunkowo szybka remisja objawów depresyjnych leczonych metodami nefarmakologicznymi, które dominują w rehabilitacji psychosomatycznej. Należy przyznać, że obraz psychopatologiczny zaburzeń depresyjnych, a zwłaszcza tzw. depresji maskowanej, jest bardzo częsty w zaburzeniach psychosomatycznych (Gruszczynski, 2000).

Rycina 4 przedstawia wyniki skuteczności rehabilitacji psychosomatycznej w zależności od płci. To analiza szczególnie interesująca z punktu widzenia psychiatrycznego. Okazuje się, że w każdej z analizowanych grup



Źródło: Bryła (2012)

Ryc. 3. Opinia z ośrodka w poszczególnych grupach schorzeń wg ICD-10 w roku 2011



Źródło: Bryła (2012)

Ryc. 4. Procentowy udział osób, które ukończyły rehabilitację w 2011 roku

wiekowych (19–40 lat), (41–55), (56–65) zdecydowanie przeważały kobiety, odpowiednio: 71%, 79%, 56%. Mężczyźni w wymienionych grupach wiekowych uznani za zdolnych do pracy po okresie rehabilitacji psychosomatycznej prezentowali znacząco (istotnie) niższe odsetki, zwłaszcza w dwóch pierwszych grupach wiekowych, a mianowicie 29% i 21%. W trzeciej grupie wiekowej (56–65) wskaźnik skuteczności rehabilitacji wyniósł 44% i był najbliższy grupie kobiet w tym samym wieku. Autorka (Bryła, 2012) nie komentuje wyników swoich badań przedstawionych w czterech tabelach, wskazuje tylko na dominujące wyniki. Próba interpretacji wyników ryciny 4, dotyczącej różnic związanych z płcią, można wyjaśniać z różnych punktów widzenia:

1. medycznego – zwłaszcza różnic psychofizjologii kobiety i mężczyzny,
2. rozwoju osobowości i oddziaływania czynników socjologicznych.

Powyższe zagadnienia omawiają Tsirigotis i Gruszczyński (2015) oraz Gruszczyńska

(2016). Generalnie, moim zdaniem, w żadnej dziedzinie medycyny, a zwłaszcza w psychiatrii, nie obowiązuje zjawisko „gender”. Poruszany problem ma bardzo duże znaczenie w badaniach naukowych i ich wiarygodności i rzetelności. Zdecydowana większość badań prowadzonych na ludziach dotyczy populacji mieszanych, czyli kobiet i mężczyzn. Wyniki uzyskanych badań rzadko są prezentowane oddzielnie dla kobiet i oddzielnie dla mężczyzn. Powoduje to uzyskanie uśrednionych wyników „kobieto-mężczyzny”.

Przedstawiony powyżej problem jest dobitnym przykładem istnienia w nauce zjawiska nazywanego „5R” (**RÓŻNI** autorzy badają **RÓŻNE** populacje **RÓŻNYMI** metodami, uzyskują **RÓŻNE** wyniki i przedstawiają **RÓŻNE** wnioski i poglądy). Nie trzeba w tym miejscu przekonywać, że ma to bardzo duże znaczenie praktyczne, m.in. w rehabilitacji leczniczej zaburzeń psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej ZUS.

Wnioski

1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) jest jedyną instytucją w Polsce, która od 2005 roku realizuje kompleksowy program rehabilitacji psychosomatycznej w ramach prewencji rentowej.
2. Z analizy rozpoznań osób kierowanych oraz ustalonych w ośrodkach rehabilitacji psychosomatycznej wynika, że większość (63%) stanowią pacjenci z zaburzeniami psychosomatycznymi (F.40–F.48 wg ICD-10). Pozostali (ok. 36%) kierowani są z innymi rozpoznaniami, najczęściej pochodzenia organicznego (F.06–F.07) oraz zaburzeniami nastroju (F.30–F.39).
3. Wydaje się, że osoby z innymi niż psychosomatyczne rozpoznaniami psychiatrycznymi nie były prawidłowo zdiagnozowane przez lekarzy rodzinnych, psychiatrów i innych, co może świadczyć o niepełnej znajomości kryteriów diagnostycznych kategorii F.40–F.48 wg ICD-10.
4. Najwyższe wskaźniki skuteczności rehabilitacji mierzone zdolnością do podjęcia pracy uzyskano w grupie z zaburzeniami psychosomatycznymi (78%), a najniższe u osób z zaburzeniami afektywnymi (nastroju) – 35%. Grupa z rozpoznaniem „organicznych” zaburzeń psychicznych uzyskała po rehabilitacji poprawę (42%), ale wydaje się, że ich stan psychiczny ulegnie szybko dekompensacji.
5. Analiza skuteczności rehabilitacji psychosomatycznej wykazuje istotne różnice ze względu na płeć. We wszystkich grupach wiekowych (19–40), (41–45), (56–65) wskaźniki skuteczności są najwyższe u kobiet i wynoszą odpowiednio: 71%, 79%, 56%.
6. Występuje konieczność powrotu do szkoleń w zakresie psychosomatyki, które były realizowane z pozytywnym efektem przy wprowadzaniu programu rehabilitacji psychosomatycznej.

Piśmiennictwo

- Bryła M. (2012). Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej ZUS w schorzeniach psychosomatycznych. *Prewencja i Rehabilitacja*. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 4, (3), 5–9.
- Gruszczyńska M. (2016). *Spoleczne i zdrowotne aspekty stresu zawodowego u kobiet-handlowców*. Społeczna Akademia Nauk, Łódź, praca magisterska.
- Gruszczyński W. (2000). Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem u żołnierzy. Florkowski A., Gruszczyński W. (red.) *Zdrowie psychiczne żołnierzy*. Wojskowa Akademia Medyczna, Łódź.
- Gruszczyński W. (2004). Choroby psychosomatyczne – wskazania do leczenia sanatoryjnego. *Psychiatria Polska*, 3, 77–79.
- Gruszczyński W. (2010). Algorytm postępowania diagnostycznego zaburzeń psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej. *Orzecznictwo Lekarskie*, 6(1), 33–38.
- Gruszczyński W. (2011). Zaburzenia (choroby psychiczne: wskazania do leczenia sanatoryjnego). *Acta Balneologica*, 4, 282.
- Gruszczyński W. (2011). Algorytm postępowania diagnostycznego zaburzeń psychosomatycznych w ramach prewencji rentowej. *Psychosomatyka*. Instytut Zdrowia Człowieka, Warszawa, 33–47.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wg ICD-10 (1997). Uniwersyteckie Wyd. Med. „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków–Warszawa.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z 12 października 2001 roku w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na rehabilitację leczniczą oraz udzielanie zamówień na usługi rehabilitacyjne (DzU nr 131 poz. 1457).
- Rychlik B. (2002). *Program profilaktyki antystresowej. „Jak radzić sobie ze stresem”*. Praktyczny przewodnik. Instytut Zdrowia Człowieka, Wojskowa Akademia Medyczna. Łódź
- Tsirigotis K., Gruszczyński W. (2010). Model współpracy lekarza rodzinnego, psychologa klinicznego i psychiatry. *Pediatrica i Medycyna Rodzinna*, 6 (1), 33–38.
- Tsirigotis K., Gruszczyński W., Tsirigotis-Maniecka M. (2015). Zróżnicowanie autodestruktywności pośredniej ze względu na płeć po próbach samobójczych. *Psychiatria Polska*, 49 (3), 529–542.
- Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych z 13 października 1998 (DzU nr 137, poz. 887 z późn. zm.), art. 69 ust. p. 1.