

**Martina Tomori**

**POVZETEK**

Zdravnika njegova medicinska izobrazba usposablja za to, da razpozna in zdravi bolezen. Njegovo znanje in strokovne spretnosti so usmerjene v posameznika in stanje njegovega organizma, njegova profesionalna senzibiliteta je naravnana na vprašanja zdravja in bolezni. Sodobna medicina in življenjska stvarnost pa ne ostajata le pri poenostavljenem modelu bolezni. Vrsto somatskih zdravstvenih motenj pogojujejo, vzdržujejo in utrjujejo psihosocialni dejavniki. Brez njihove razrešitve tudi bolezni ni mogoče učinkovito obvladovati. Bolniki z različnimi, zlasti kroničnimi boleznimi, se morajo spoprijemati z dodatnimi ogrožujočimi socialnimi pritiski in prihajajo v stisko, ki njihovo osnovno bolezen še poslabšuje. Mnogi odzivi na stres življenjskih obremenitev in neugodnih razmer se izrazijo v telesni bolezni. Osebnostne poteze, preživete travme in prikrajšanosti iz prejšnjih življenjskih obdobj vplivajo na sprejemljivost za bolezen, reaktivnost posameznika ter na njegov odnos do zdravja, s tem pa tudi na njegovo vedenje v bolezni.

Družina in socialno okolje ter vse, kar se iz njiju preliva v življenje posameznika in vpliva na njegovo zdravje, posredno oblikujejo kontekst, s katerim se mnogi zdravniki srečujejo nepripravljeno. Vstopajo v psihosocialni sistem bolnika, pa za to često niso dovolj usposobljeni niti z znanjem in spretnostjo, niti nimajo za to razvite ustrezne senzibilitete. Zaznavajo in slutijo razsežnosti, ki pogosto pomembno odločajo o nastanku bolezni, njenem manifestiranju in poteku zdravljenja, a jih to bega in v njih budi občutja nemoči. Zato v obrambi prepogosto zožijo pogled v območje, ki ga dobro obvladajo, se vanj zaprejo in počutijo še najbolj varne. S tem usmerjanjem zgolj v bolezen pa zanemarjajo možnosti, da bi v zdravljenje te bolezni vključili tudi pozitivne psihosocialne dejavnike pri bolniku in v njegovem okolju.

Obojesmerna povezanost telesnih in duševnih dogajanj, tako zdravih in funkcionalnih kot bolezenskih in ogrožujočih, je eno od osnovnih izhodišč medicine. Prav tako kot to povezanost telesa in duha poudarjata humanizem in modrost v umetnosti zdravilstva antičnih zdravnikov, se vrstijo potrditve te medsebojne odvisnosti tudi v znanstvenih izsledkih sodobnih raziskovalcev (1).

Žal pa ostaja ta holistična misel prepogosto le v teoriji. Tam je nesporna in v varnih okvirih teoretičnih znanj ji pravzaprav nihče ne oporeka. V praksi je drugače. To se kaže tako v sami vsebini in delovni usmeritvi zdravnikovega dela kot tudi v organizaciji zdravstva. Tudi izobraževanje ne usposablja zdravnika dovolj celostno. Njegov način razmišljanja že med študijem usmerja v biologističen linearen pristop, v katerem ni prostora (in spodbud) za širši pogled v prostor, ki ni omejen z bolnikovo kožo. Ne le z ozkim razvijanjem znanja in spretnosti na področje zgolj telesnega, tudi z usmerjanjem stališč, načina mišljenja, vrednot in utrjevanjem identitete bodočih zdravnikov postavlja študij medicine somatska dogajanja v bolezni tako v ospredje, da se pomen psihosocialnih dejavnikov povsem izgubi.

In vendar se zdravnik pri svojem delu neprestano srečuje s celovitostjo bolnikove osebnosti, njegove bolezni in sprejemljivosti zanjo ter njegovih obrambnih zdravilnih sil. Tudi kadar je povsem usmerjen v razpoznavanje in zdravljenje telesne bolezni, se vedno znova sooča z dejstvom, da sta od pomembnih psihosocialnih dejavnikov odvisna tako potek kot izid bolezni, ta pa odločilno vpliva na celotno kakovost bolnikovega življenja.

Depresivnost, pomanjkanje volje, tesnoba in bojzani, občutja brezizhodnosti, siromašenje komunikacij in izgubljanje medosebnih stikov - vse to so spremljevalci telesne bolezni, pa če jih zdravnik opazi ali ne. Včasih prav oni, še bolj kot konkretna bolezen sama, povečujejo bolnikovo trpljenje in spreminjajo vsebino njegovega življenja.

Čeprav pomen in upoštevanje psihosocialnih dejavnikov, ki sestavljajo stvarnost, v kateri živi bolnik, nikoli ne bi smela izginiti iz zdravnikove zavesti - kakršenkoli zdravstveni problem že obravnava - pa je za delo zdravnika splošne medicine in za družinskega zdravnika še posebno potrebno, da ustrezno celostno zdravi naslednje skupine bolnikov.

### **Bolniki s "primarno" duševno motnjo, ki pridejo po zdravniško pomoč zaradi telesnih zdravstvenih tegob**

Večina zdravnikov bi ob omembi duševne motnje najprej pomislila na psihozo ali kako drugo jasno definirano duševno bolezen iz kroga tako imenovane klasične psihiatrije. Vendar pa epidemiologi Svetovne zdravstvene organizacije že nekaj časa opozarjajo na dejstvo, da so praktično v vseh populacijah sodobnega sveta danes najbolj razširjene duševne motnje depresija, motnje prilagajanja na strese različnih vrst in anksioznost (2). V Svetovni psihiatrični zvezi ocenjujejo, da približno dve tretjini bolnikov, ki so v zdravniški obravnavi zaradi različnih telesnih težav, trpi tudi zaradi različno intenzivnih naštetih duševnih motenj (3). Pri mnogih od njih je telesna simptomatika del osnovne psihične problematike ali pa njena sekundarna posledica. Velika večina teh bolnikov navaja svojemu zdravniku skoraj izključno telesne tegobe in simptome in pri teh se največkrat zdravnikova pozornost tudi ustavi.

Glede na to, da študije ugotavljajo, da napatijo zdravniki splošne medicine naprej v obravnavo pri specialist psihiatru le okrog desetino teh bolnikov (2), enostaven izračun pove, da ostane 90 odstotkov teh bolnikov v "somatski" obravnavi. Tako torej zdravi večina zdravnikov bolezenska stanja, pri katerih so psihosocialni dejavniki pomembni ne le z etiološkega vidika, temveč odločajo lahko tudi o poteku bolezni, s tem pa o učinkovitosti zdravljenja. To samo po sebi sploh ne bi bilo kritično, če bi se zdravniki pomena psihosocialnih dejavnikov zavedali in bi skladno s tako celostnim razumevanjem vedno tudi ravnali. Žal pa je delež bolnikov, ki so pri svojem zdravniku deležni res celostne pomoči, mnogo premajhen (4).

Razlogi za to, da so telesne težave in simptomi vstopnica za zdravniško obravnavo in da pre pogosto ostanejo tudi edina vsebina medicinske pomoči skozi ves čas te obravnave, so različni. Odvisni so tako od bolnika

samega kot od zdravnika, največkrat pa od obeh - tako kot pač dajeta vsebino slehernemu odnosu obe strani, ki se v njem srečujeta.

### ***Razlogi s strani bolnika***

- Telesne težave, ki so sestavni del depresivnosti, anksioznosti in sindroma stresa, so največkrat prvo oprijemljivo in konkretno sporočilo bolezni. Večina bolnikov jih zna mnogo bolje opisati kot čustvene in socialne težave, ki sestavljajo osnovo bolezni. Motnje spanja, teka, in prebave, stiskanje v prsih in palpitacije, slabosti in glavoboli so simptomi, o katerih je mnogo lažje pripovedovati z besedo kot o nedoločni, a mučni notranji napetosti in tesnobi, strahu pred prihodnostjo in neugodjem ob socialnih in drugih preizkušnjah, ki se za marsikoga postopoma spreminjajo v vse bolj mučne obremenitve.

Razen tega pa mnogo ljudi v svojem lastnem telesnem neugodju ne prepozna psihološke osnove, iz katere lahko izvirajo zelo različne motnje telesnega zdravja.

- Številni ljudje imajo ob duševnih simptomih in stiskah huda občutja krivde. Sramujejo se jih in jih vidijo kot znak lastne šibkosti in nevednosti. Tudi pred zdravnikom povzemajo splošno razširjen mit naše kulture, da so telesni simptomi nekako bolj "častni" od duševnih. Zato povejo zdravniku le o tistem delu svojih težav, ki ji pri sebi sami lažje sprejemajo.

- Veliko ljudi ima že od svojega otroštva dalje nezavedno izkušnjo, da so za konkretne, splošno razumljive in sprejemljive težave deležni mnogo več pomoči kot za subjektivne stiske. V mnogih družinah je že otrok deležen pozornosti in pomoči staršev le, če je "zares" bolan. Njegove čustvene težave so njegovim domačim morda v nadlego in sprožijo pri njih neugodje. Zato se jih že zgodaj navadi zadržati zase ali pa sporoča o njih le posredno.

- Večji del bolnikov ima dejansko izkušnjo, da zdravniki mnogo bolj "slišijo" pritožbe o telesnih simptomih kot pa o čustvenih in drugih duševnih težavah. Neštetokrat so doživeli, da je zdravnik njihovo pripoved o motnjah duševnega počutja preskočil in preslišal, jih s tem nemudoma odrinil na rob pomembnega ali pa je ob njih celo izražal nestrpnost in odklanjanje. Nekateri so celo doživeli, da se je zdravnikov odnos do njih po tem, ko so mu poizkušali povedati o duševnih stiskah, opazno spremenil. Zdravnik kot da jih ni več jemal resno ali pa je svoj odklonilni odnos pokazal kako drugače - na primer s skrajševanjem časa, ki jim ga je bil pripravljen posvetiti.

### ***Razlogi s strani zdravnika***

- Praktično vsi zdravniki so mnogo bolj usposobljeni za razpoznavanje in ocenjevanje telesnih motenj kot duševnih. Že način pogovora, pa tudi vrsta vprašanj, ki jih zastavljajo, ocenjevanje podrobnosti opisa in povezanosti med posameznimi simptomi so jim mnogo bolj domači in utečeni, kadar gre za diagnosticiranje telesnih težav (5). Čustvene in druge duševne tegobe bolnika sprožijo pri prenekaterem zdravniku bojazen, "da ne bo znal prav vprašati" ali pa da bo s svojimi vprašanji pri bolniku še povečal prizadetost, ga spravil v še večjo stisko ali pa ga spodbudil k vedenju (na primer joku), ki ga potem ne bo moč obvladati.

- Zdravnik se počuti mnogo bolj prepričanega vase in sposobnega za zdravljenje konkretnih telesnih zdravstvenih težav. Ob njih se zato enostavno bolje "znajde". Pritožbe bolnika o telesnih simptomih mu dajejo jasne usmeritve za nadaljne postopke. Tako ga mnogo manj ogrožajo v občutju lastne učinkovitosti in kompetentnosti kot bolnikove duševne težave, ki jih morda ne bi uspel ustrezno obvladovati. Zato je njegov selektiven posluš za različne vrste bolnikovih pritožb marsikdaj v bistvu izvenzavestno varovanje pred izgubo samospoštovanja in ugleda.

-Tudi zdravniki niso zaščiteni pred različnimi predsodki. Če imajo do duševnih težav sami intimno drugačen odnos kot do telesnih, se to odraža na njihovem vedenju do bolnika. To prek nebesednih sporočil vpliva na to, kaj jim ta pove in kaj zadrži zase. Tudi če zdravnik do duševnih težav nima odklonilnega stališča, je mogoče, da so mu telesni znaki boleznih neprimerno bolj pomembni od duševnih. Naša medicinska izobrazba je nedvomno že sama naravnana v tako različno vrednotenje in tako stališče seveda še utrjuje. Bolnik nezavedno zaznava tak odnos in se vede v skladu z njim.

Kako pomemben je zdravnikov subjektiven odnos do duševnih težav, kako se povezuje z drugimi njegovimi prepričanji in vrednotami in kako lahko odločilno vpliva na nadaljnjo bolnikovo usodo, kažejo študije (2), ki med drugim ugotavljajo,

- da zdravniki v splošnem enake telesne težave (na primer glavobole, slabosti, omotice, opresije pri srcu...) pri moških ocenjujejo kot telesne, pri ženskah pa kot duševne,

- da napotijo v psihiatrično obravnavo predvsem tiste bolnike, ki jih duševne težave ovirajo pri učinkovitejšem udejstvovanju na delovnem mestu, mlajše bolnike in moške ter da jim je pri odločitvi za specialistično pomoč pomembnejši kriterij vedenje, ki je moteče za okolje, ne pa tisto, ki je povezano z večjim, a tihim trpljenjem navznoter,

-da mnogi zdravniki ocenjujejo čustvene motnje (med njimi tudi resna depresivna stanja) kot "normalen" način doživljanja pri ženskah, pri moških pa kot znak bolezni.

Ni dvoma, da lahko zdravnik z ustreznim pristopom olajšuje telesne težave, ki spremljajo motnje duševnih funkcij. Vendar pa brez razreševanja osnovne psihosocialne problematike in odpravljanja vzrokov, iz katerih so te izšle, tudi telesne simptome ni mogoče povsem in za vedno pozdraviti.

Izključno somatski pristop, ki ne upošteva pomena in vloge nerazrešenih notranjih konfliktov bolnika in njegove obremenitve z objektivnimi stresi, lahko celo privede do poslabšanja celotnega zdravstvenega stanja. Bolnikovo pozornost še bolj usmeri na njegovo nemočno telo in ga utrjuje v pasivnem pričakovanju pomoči od drugih. S tem ga prikrajšuje za motivacijo, da bi se z objektivnimi in subjektivnimi bremenami in pritiski spoprijel dejavno in tudi s svojimi močmi.

### **Bolniki s "primarno" duševno motnjo, ki so potrebni pomoči zdravnika splošne medicine po ali ob specialistični psihiatrični obravnavi**

Na dejstvo, da se danes tudi zdravnik splošne medicine mnogo globlje, pogosteje in bolj odločilno vključuje v vprašanja celostnega zdravja in bolezni oseb, ki so včasih veljale za "psihiatrične bolnike", vplivajo tudi pomembni premiki v sodobni psihiatrični stroki. Ta je v zadnjem obdobju še bolj kot druge medicinske veje napravila velik korak pri spodbujanju bolnika k dejavnemu odnosu do svojega zdravja in počutja, obvladovanja stresov in oblikovanju načina svojega življenja. Tako bolnik ni več le pasiven objekt zdravljenja, temveč oseba, ki lahko s svojim lastnim prizadevanjem vpliva na vsebino in kakovost svojega življenja in prevzema pomemben dejaven delež tudi v samem procesu zdravljenja.

Zdravila in različne sodobne metode zdravljenja oseb z duševnimi motnjami in boleznimi skrajšujejo čas hospitalizacije in večajo število bolnikov, ki jih je mogoče zdraviti zunaj zidov psihiatričnih bolnišnic. Sodobna psihiatrična obravnava tudi zmanjšuje socialno izoliranje oseb z duševnimi motnjami in aktivira svojce ter socialno okolje pri spodbujanju bolnika k čim bolj dejavnemu in ustvarjalnemu življenju. Tako postajajo ljudje z duševnimi motnjami in boleznimi bolj vključeni v svoje domače, delovno in socialno dogajanje. Ker pa so mnogi od njih na svoj način zdravstveno

rizični in potrebni spodbud in opore ne le od najbližjih ampak tudi od zdravnika, je dejaven delež slednjega še kako pomemben. Mnoge osebe z duševnimi motnjami se po odpustu iz psihiatrične bolnišnice bolj pogosto javljajo po pomoč, napotke in usmeritve "svojega" zdravnika. Zato mora ta dobro poznati tako njihovo zdravstveno stanje kot življenjske okoliščine, značilne zanje, kot tudi naravo in zakonitosti poteka duševne bolezni, ki bi jim lahko odločilno spremenila življenje.

Danes zdravnik splošne medicine ne more več prepustiti celotne obravnave oseb z duševnimi motnjami psihiatrom, ampak se z njimi pri delu povezuje in dopolnjuje. Za to pa mora razen osnovnih znanj psihiatrije razvijati tudi svojo pripravljenost in prepričanost vase, potrebno za delo s tovrstno zdravstveno problematiko.

## **Bolniki z duševnimi motnjami, ki so posledica telesne bolezni**

Vsaka bolezen je stres za bolnika in njegove bližnje. Čeprav narava, objektivna resnost bolezni, trajanje in druge značilnosti bolezenskega stanja vplivajo na to, kako globoko poseže motnja zdravja v bolnikov psihosocialni svet, pa lahko v splošnem rečemo, da poseže bolezen praktično v vsa pomembna polja človekovega življenja. Spremeni njegovo samopodobo in zaupanje vase (Z boleznijo je povezan občutek nemoči in večje odvisnosti od drugih, zmanjšane so različne sposobnosti, videz...), vpliva na njegove odnose z drugimi, ogroža različne možnosti samopodpore, poslabšuje ekonomsko stanje in morda celo socialno varnost... Hkrati s tem pa je bolezen povezana z različnimi neugodji, bolečino, slabostmi in podobnimi nevšečnostmi, s strahom pred preiskavami in zdravstvenimi posegi, s skrbjo glede prognoze in izida bolezni.

Bolezen nujno prinaša v življenje bolnika in njegovih bližnjih določene spremembe in včasih pomembno preoblikuje vlogo, ki si jo je nekdo vse do takrat gradil in se navadil nanjo.

Ob pozornosti, ki jo zdravnik usmerja v razpoznavanje in zdravljenje telesne bolezni, je prav mogoče, da spregleda vse te njene psihosocialne razsežnosti, ki za marsikoga postanejo tako prevladujoče, da vplivajo nanj še mnogo bolj kot sama osnovna telesna bolezen. Tesnoba in neprestana bojazen za lastno življenje pri ljudeh z boleznimi srca in ožilja, paničen strah pred ponovno krvavitvijo pri bolnikih po perforaciji ulkusa, groza pred operacijo, ki bo tako ali drugače usodna, vsakodnevne in nenehne omejitve, ki jih prinašajo s seboj že objektivno manj ogrožujoče ortopedske motnje, socialna in duhovna prikrajšanost ljudi z motnjami vida in

sluha, spremenjena samopodoba in socialna izolacija pri ljudeh z boleznimi, ki spreminjajo zunanji videz, bolečina in zadrževanje strahu pri onkoloških bolnikih in tiho trpljenje v čakanju neizogibnega pri njihovih svojcih... Koliko teh dogajanj zdravnik sploh opazi, kako se in ali se sploh odziva nanja in končno - kako svojim bolnikom v vseh teh stiskah pomaga?

## **Bolniki s psihosomatsko zdravstveno problematiko**

So bolezni, katerih organska osnova je nesporna. Mnoge od njih je mogoče ob današnji stopnji razvoja medicine, zlasti farmakoterapiji, sorazmerno učinkovito zdraviti. Ker pa je prav psihosocialen vzorec načina življenja pomemben etiološki dejavnik, ki spodbuja razvoj teh bolezni, je z zazdravljenjem same najbolj akutne telesne simptomatike napravljeno še mnogo premalo. Ulkusna bolezen, hipertenzija, astma, menedžerska bolezen, različna imunska in kožna obolenja - vse te zdravstvene motnje so tako odločujoče povezane z bolnikovimi navadami, vedenjem v obremenitvah, izražanjem (in zadrževanjem) čustev in ponavljanjem enakih stresogenih okoliščin, da je lahko brez sprememb na vseh teh področjih učinek zgolj telesne terapije le začasen. Recidivi in rezistentnost na zdravljenje so jasno opozorilo, da je medicinska obravnava, ki je usmerjena le v samo telesno motnjo, pravzaprav le gašenje najbolj vidnega plamena.

Kljub poznavanju celostne etiologije teh bolezni se mnogi zdravniki - potem ko vestno in povsem strokovno opravijo somatski del obravnave - danes že mnogo bolj pogosto in sistematično kot prej - pomudijo še pri svetovanju glede prehrane ali drugih za zdravje pomembnih navad, zamrmrajo še kaj prav na hitro o pomenu sprostitve in morda celo odsvetujejo še pretirane preobremenitve z delom. Skoraj nebojgli pa ostajajo na drugih področjih, ki zajemajo druge, nič manj pomembne, psihosocialne dimenzije bolnikovega življenja.

## **Bolniki, ki so v zdravniški obravnavi zaradi različnih telesnih bolezni, pa njihova nevrotična ali osebnostna motenost vpliva na terapijo**

Pogosto se zgodi, da sama telesna bolezen ni take narave, da bi bilo pričakovati zaplete pri poteku zdravljenja. Pa vendar doživlja zdravnik to zdravljenje kot naporno in težavno. Ne da bi znal prav točno opisati izvor



teh ovir ali opredeliti razlog nepredvidenih zapletov, doživlja tega ali onega bolnika kot "težavnega". Tako v poteku zdravljenja ni zadovoljen ne z njim ne s samim seboj.

Mnogi ljudje zaradi različnih preteklih prikrajšanosti, preživetih čustvenih in drugačnih travm ali nerešljivih notranjih in zunanjih, objektivnih in subjektivnih obremenitev razvijejo take osebnostne poteze in nevrotske obrambne mehanizme, da ti pomembno vplivajo tudi na njihovo reaktivnost v aktualnem stresu bolezni in oblikujejo njihovo vedenje v poteku zdravljenja.

Večina zdravnikov ni niti pripravljena niti usposobljena za tak način dela s temi osebami, ki ne bi prinašal dodatnih ovir in napetosti. Njihovo pogosto nestrpno in poudarjeno neosebno odzivanje spravlja te bolnike še v večjo stisko, v kateri pa se še bolj zatekajo v utrjene in nefunkcionalne obrambe in vzorce vedenja, ki zdravljenje še bolj otežkočajo. Zdravnik sam le težko prekine začarani krog napetosti in nesporazumov, prek katerih včasih že ni več mogoče izvajati učinkovitega zdravljenja.. Njegovo osnovno znanje o globokih koreninah nevrotskih in osebnostnih motenj bi skupaj s širino pogledov, večjo osebno fleksibilnostjo in strpnostjo - včasih pa tudi s kančkom naklonjenega humorja - olajšalo mnoge take situacije, v katerih se sicer mučita tako bolnik kot zdravnik.

## ZAKLJUČEK

Ne glede na zdravje svojega telesa živimo vsi ljudje v psihosocialnem sistemu, ki pomembno oblikuje naše življenje. V marsičem pa ta sistem odloča tudi o nastanku bolezni, njenem manifestiranju in poteku zdravljenja.

Znanje o pomenu in vplivih psihosocialnih dogajanj na posameznika, tako v zdravju kot v bolezni, bi moralo biti bolj vključeno v medicinsko izobrazbo in usposabljanje zdravnikov. Ti bi bili pri svoji pomoči bolnikom bolj učinkoviti, če bi si bili bolj domači z osnovnimi psihološkimi zakonitostmi, vplivom družine in socialnega okolja, pomenom individualne odzivnosti bolnika in njegovih prilagoditvenih potencialov. Pretogo in preostro ločevanje telesnega, duševnega in socialnega je razlog za to, da so mnogi zdravniki ob soočenju z bolnikovim celovitim življenjskim kontekstom nepripravljeni. Z ustreznim znanjem in razvitimi strokovnimi spretnostmi bi bili bolje usposobljeni za vstopanje v bolnikov psihosocialni svet, bolje bi ga razumeli in ga upoštevali tudi pri svojem vsakodnevem delu.

Zdravniki prepogosto usmerjajo svoj pogled le v območje motenj telesnega zdravja, saj tega obvladajo in se pri tem počutijo bolj varne. Z ozkim usmerjanjem obravnave bolnikov le v somatsko simptomatiko pa ne izkoristijo priložnosti, da bi v zdravljenje bolezni vključili tudi pozitivne psihosocialne dejavnike pri bolniku samem in v njegovem socialnem okolju. Za širši pogled, celovitejše znanje in večjo notranjo gotovost pa ima vsak zdravnik možnost, da vire in delovne spodbude za celostno obravnavo svojih bolnikov išče tudi izven meja ožje klasične medicinske izobrazbe.

## LITERATURA

1. Tomori M. Psihologija telesa. Ljubljana: DZS, 1990.
2. Casey P.R. A Guide to Psychiatry in Primary Care. Petersfield: Wrightson Biomedical Publishing Ltd., 1993.
3. Sartorius N. Trends in modern psychiatry. Congress of World Psychiatric Association, Lizbona, 1994.
4. Gelder M., Gath D., Mayou R. Concise Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press, 1994.
5. Balint J. The doctor, his patient and the illness. New York: International University Press, 1957.