

PREŽÍVANIE PSYCHICKÉHO DISTRESU U PACIENTOV S OCHORENÍM SCLEROSIS MULTIPLEX: MEDZINÁRODNÁ KOMPARÁCIA

původní práce

Jana Vindišová

Katedra psychológie Trnavskej
univerzity v Trnave, Slovenská
republika

Kontaktní adresa:

Mgr. Jana Vindišová, PhD.
Soblahovská 22
911 01 Trenčín
e-mail: jankavindisova@gmail.com

Štúdia bola realizovaná s podporou
agentúry VEGA, č. 1/0305/18 Kogni-
tívno-existenciálny profil a špecifika
posttraumatického rozvoja u odlie-
čených onkologických pacientov.

SÚHRN

**Vindišová J. Prežívanie psychického
distresu u pacientov s ochorením scler-
osis multiplex: medzinárodná kompa-
rácia.**

Cieľ: Cieľom štúdie je poskytnúť ucelený
pohľad na negatívne zmeny v prežívaní
pacientov s chronickým ochorením scler-
osis multiplex. Ako indikátory distre-
su boli stanovené symptómy depresie,
anxiety a znížená spokojnosť so životom.
Následne bola skúmaná prevalencia,
medzinárodné a medzipohlavné rozdiely,
ako aj súvis jednotlivých indikátorov
s mierou fyzického postihnutia.

Metóda: Výskumný súbor pozostáva
z 356 respondentov, do medzinárodnej
komparácie boli zahrnutí pacienti ame-
rickej, českej a slovenskej národnosti.
Porovnávaciu skupinu tvorí 119 respon-
dentov. Údaje boli zozbierané prostred-
níctvom online dotazníka, ktorého sú-
časťou boli sociodemografické položky,
EDSS škála na hodnotenie stupňa pos-
tihnutia, HADS škála úzkosti a depresie
a Škála spokojnosti so životom.

Výsledky: Komparačná analýza pre-
ukázala signifikantne vyššiu mieru úz-
kosti a depresie a nižšiu spokojnosť so
životom u pacientov s SM v porovnaní
s neurologicky zdravými jednotlivcami,
medzinárodné a medzipohlavné rozdiely
neboli potvrdené. Fyzické postihnutie
vysvetľuje 19% variácie depresívnych
symptómov. Vyššia miera distresu bola

SUMMARY

**Vindišová J. Experience of psychologi-
cal distress in patients with multiple
sclerosis: international comparisson**

Objectives: The aim of current study is
to provide a view of emotional changes
experienced by multiple sclerosis pa-
tients. Symptoms of depression, anxiety
and decreased satisfaction with life were
chosen as indicators of distress. Preva-
lence, international and gender differ-
ences as well as potencial association of
selected indicators with physical impair-
ment were studied.

Method: The sample consists of 356
respondents, Slovak, Czech and Ameri-
can patients were the subject of interna-
tional comparison. The control group
consists of 119 respondents. The data
were collected via online questionnaire,
which consists of EDSS scale of physical
impairment, Hospital Anxiety and De-
pression Scale and Satisfaction with Life
Scale.

Results: Comparative analysis con-
firmed significantly higher anxiety and
depression as well as satisfaction with
life, international and gender differences
were not found. Higher level of distress
was determined among invalidised pa-
tients and those with progressive form.

Discussion: Patients with MS rep-
resent high risk group for occurrence of
emotional distress, sometimes reach-
ing criteria of psychopathology. The

preukázaná u pacientov s progresívnou formou ochorenia a na invalidnom dôchodku.

Diskusia: Pacienti s SM predstavujú rizikovú skupinu z hľadiska výskytu emocionálneho distresu, ktorý môže dosahovať úroveň psychopatológie. Preukázaný súvis s mierou fyzického postihnutia poskytuje čiastočný dôkaz spoločnej organickej etiológie s depresívnou poruchou. Výskumné a praktické implikácie zistení sú predmetom diskusie.

Kľúčové slová: sclerosis multiplex, komorbidita, psychické príznaky, depresia, anxieta.

association with physical impairment offers an evidence of common organic etiology with depressive disorder. Research and practical implications of findings are discussed.

Key words: multiple sclerosis, comorbidity, psychological symptoms, depression, anxiety.

ÚVOD

Sclerosis multiplex (ďalej len SM) je zápalové autoimunitné ochorenie centrálného nervového systému. Je najčastejšou príčinou netraumatického neurologického postihnutia a invalidity u mladých dospelých v Európe a Severnej Amerike.^{1,2} Významnou charakteristikou ochorenia je variabilita príznakov, foriem a reakcií na liečbu, a s tým súvisiaca nepredvídateľnosť priebehu a náročnosť stanovenia prognózy. Predpokladá sa, že jeho vznik je podmienený interakciou environmentálnych, vrodených a imunologických faktorov.² Ide o chronické, avšak liečiteľné ochorenie, ktoré vo svojej podstate nie je smrteľné. Okrem niekoľkých prípadov väčšina chorých dosiahne normálnu alebo takmer normálnu dĺžku života, často však s významne zníženou kvalitou.⁶ V tejto populácii je výrazne zvýšený výskyt suicidálnych pokusov a dokonaných suicíd. V krajinách s legalizovanou asistovanou samovraždou ukončí 5 % pacientov život týmto spôsobom.^{7,8}

Diagnóza zahŕňa spektrum klinických obrazov s rozdielnou závažnosťou a prognózou. *Relapsujúco-remitujúca forma* prebieha v nepredvídateľných atakoch (relapsoch), striedaných rôzne dlhými obdobiami remisí, vyskytuje sa u 85 % pacientov. *Sekundárna progresia* je štádiom, ktoré nastáva po období striedania relapsov s remisiami, typická je postupujúca invalidita. Počas desiatich rokov doň prejde približne polovica pacientov. *Relapsujúca-progredujúca forma* sa vyznačuje nárastom neurologického deficitu aj v obdobiach medzi relapsami, prognóza je zvyčajne nepriaznivá. *Primárne progresívna forma* s pozvoľnou progresiou invalidity od počiatku ochorenia postihuje približne 15 % pacientov.^{2,3,4} Vedomie rýchlej progresie sa odzrkadľuje v psychickom prežívaní jednotlivca.⁵

Sclerosis multiplex v psychoneuroimunologických súvislostiach

Prijatie biopsychosociálneho modelu v posledných rokoch podnietilo výskumný záujem o psychosociálne aspekty somatických ochorení. Napriek tomu v tejto oblasti, rovnako ako v oblasti psychologickú starostlivosti o somaticky chorých, možno pozorovať isté nedostatky a tendenciu odbornej verejnosti zameriavať sa na problémy postihnutých jednotlivcov zo svojej profesionálnej perspektívy. Výskyt psychopatologických symptómov u pacientov s SM, ktoré ako prvý systematicky popísal už známy psychiater Charcot v roku 1877,⁹ bol opakovane empiricky potvrdený. Výskumy ukazujú, že negatívne zmeny v prežívaní nie sú len reakciou na prítomnosť fyzických symptómov či postihnutia, ale môžu tiež zohrávať významnú úlohu v etiopatogenéze a súčasne modifikovať priebeh ochorenia.

Zaradenie do skupiny autoimunitných a neurodegeneratívnych ochorení svedčí o prepojení viacerých funkčných systémov v etiopatogenéze. Z imunologickej perspektívy sú za iniciujúci agens považované agresívne T-lymfocyty v periférnej krvi. Tie sú schopné aktivácie na podnet a následného rozmnoženia, dôsledkom čoho je porušenie hematoencefalickej bariéry a zahájenie autoagresívneho útoku. Dôležitú úlohu zohráva produkcia prozápalových cytokínov.² Vzhľadom na neuroimunologický základ sa ochorenie dostáva do centra záujmu psychoneuroimunológie, ktorá sa zaoberá najmä funkciou hypotalamo-hypofýzo-adrenálnej (HHA) osi pod vplyvom stresu. Doterajšie poznatky vypovedajú o potenciálnej existencii spoločného biologického substrátu autoimunitných ochorení a depresie. Negatívne emócie ako úzkosť či depresia zároveň môžu priamo pôsobiť na bunky imunitného systému a regulovať sekréciu prozápalových cytokínov.¹⁰ Perspektíva, postavená na biopsychosociálnom modeli, poskytuje jedinečný interpretačný rámec pre pochopenie patogenézy, symptomatológie i prežívania pacientov s SM.

V stresových situáciách paraventriculárne jadro hypotalamu uvoľňuje corticotropin releasing hormone (CRH) a arginín-vazopresín. Tie následne stimulujú uvoľňovanie adrenokortikotropného hormónu (ACTH) v hypofýze, ktorý je krvou prenášaný do kôry nadobličiek, kde stimuluje produkciu kortizolu. Odpoveď je sprostredkovaná cytokínmi, najmä interleukínom 1- β .^{2,11} Kortizol vykazuje imunitu podporujúcu, ako aj potláčajúce účinky, preto stresory môžu vyvolať tiež nežiaduce zvýšenie imunitnej odpovede. Zvýšená produkcia glukokortikoidov znižuje citlivosť voči CRH, pričom porušenie spätnej väzby vedie k supresii ich tvorby. Znížená schopnosť odpovede HHA osi bola zaznamenaná u pacientov s SM, ako aj pri akútnej depresii.¹² Hyperkortizolizmus spôsobuje stratu neurónov v hipokampe a môže viesť k exacerbácii neurodegeneratívnych ochorení.^{2,11} V tejto oblasti mozgu bol zistený vyšší počet lézií súvisiacich s výskytom kognitívnych deficitov,¹³ atrofia hipokampu bola popísaná aj pri depresii.¹² Na úrovni CNS stresom indukovaný vzostup CRH v kombinácii s aktiváciou mastocytov zvyšuje priepustnosť hematoencefalickej bariéry, výsledkom čoho je migrácia zápalových agensov. Ide o potenciálny mechanizmus, prostredníctvom ktorého stres ovplyvňuje priebeh ochorenia. Nie je však známe, či pozorované obrazy hrajú kauzálnu rolu v patogeneze SM, podporujú progresiu alebo reflektujú dôsledky neurodegeneratívnych procesov.¹¹

Psychický distres a chronické ochorenie

Na označenie súboru negatívnych zmien v prežívaní v našej štúdií používame termín distres. Pojem sa používa v rozličných súvislostiach, dôsledkom čoho je istá terminologická nejednoznačnosť. Distres možno definovať ako protiklad subjektívnej pohody, deficit pozitívnych a prítomnosť negatívnych emocionálnych stavov,¹⁴ príp. ako nepríjemný emocionálny stav, prežívaný v reakcii na špecifický stresor.¹⁵ Verhaak et al. predstavujú koncepciu distresu u chronicky chorých, ktorý sa môže prejavovať rozmanitými spôsobmi – od nutnosti vynaložiť zvýšené úsilie na zvládanie, cez emocionálne symptómy (napr. strach) až po psychické poruchy.¹⁶ V štúdiách, zameraných na pacientov s SM, sa ako indikátor distresu často používa miera úzkosti a depresie,^{17,18} príp. celkovej pokojnosti so životom.¹⁹

Pre účely našej práce a na základe preštudovanej literatúry vymedzujeme psychický distres ako negatívny emocionálny stav, ktorého zvýšené hodnoty indikujú prítomnosť psychopatológie. Osobitnú pozornosť venujeme symptómom depresie, ktorá je najčastejšie uvádzaným psychologickým dôsledkom SM, ale aj sčasti opomínaným symptómom úzkosti a spokojnosti so životom. Súčasťou štúdie je analýza výsledkov skriningu, realizovaného na populácii pacientov z USA, Slovenska a Českej republiky. Medzinárodný súbor umožňuje komparáciu prevalencie skúmaných indikátorov, nakoľko tie boli doposiaľ skúmané predovšetkým v krajinách tzv. psychologického mainstreamu (t.j. u amerických pacientov).

Depresia

Depresia je najrozšírenejším psychickým ochorením u pacientov s SM. Odhadovaná prevalencia variuje v roz-

pätí 23–60 %, epizódy sa však pravdepodobne vyskytnú u väčšiny postihnutých.^{18,20,21} V prípade, že by sa na etiológii podieľali len psychické mechanizmy, výskyt depresie by bol pravdepodobne porovnateľný ako u iných progresívnych ochorení.²² Závěry porovnávacích štúdií však preukázali signifikantne vyššiu prevalenciu depresívnych príznakov u pacientov s SM v porovnaní s inými chronickými ochoreniami, vrátane neurologických.²³ Vzájomné vzťahy depresie a somatického ochorenia možno chápať ako príležitosť pre pochopenie patofyziológie primárnej depresívnej poruchy.²⁴ Dôležitým východiskom je častá komorbidita s SM a spoločné znaky oboch ochorení: multifaktoriálna etiológia, chronický a/alebo relapsujúci priebeh, zistený súvis stresových udalostí s výskytom exacerbácií a predpokladaný imunopatologický základ.

Afektívne poruchy sú vo všeobecnosti spájané s neurologickými ochoreniami so subkortikálnou zložkou, pričom neuropsychologické a zobrazovacie štúdie sa sústreďujú na identifikáciu poškodenia v konkrétnych oblastiach mozgu ako potenciálnych etiologických činiteľov.²² U depresívnych jednotlivcov s SM bol zistený zvýšený výskyt lézií v ľavej prednej temporálnej, resp. parietálnej oblasti a ľavej hornej časti frontálnej oblasti. Ukázalo sa tiež, že depresia sa vo vyššej miere vyskytuje u pacientov s mozgovými léziami oproti pacientom s léziami v mieche.²⁵ Pozoruhodným spoločným znakom je zvýšená produkcia prozápalových cytokínov, ktorých hladina súvisí so stupňom depresie. Terapia je spojená so supresiou T-bunkových odpovedí, pričom dlhodobo zmiernuje príznaky oboch ochorení.²⁶ Práve aktivácia imunity môže byť podstatným etiopatogenetickým mechanizmom depresie sporej so somatickým ochorením.²⁷ V súčasnosti narastá záujem o diagnózu tzv. maskovanej depresie, manifestujúcu somatickými symptómami, ktoré ustupujú po antidepresívnej liečbe, čo poukazuje na tesný vzťah depresie so somatickou symptomatológiou.²⁸ Napriek pribúdajúcim zisteniam o spoločnom biologickom základe depresie a SM, ich etiológia nemôže byť dostatočne vysvetlená neurologickými a imunitnými činiteľmi. Alternatívnu interpretáciu ponúka reaktívny model, ktorý chápe depresiu ako reakciu na stresory spojené s ochorením.²⁹ Viacerí autori sa preto zamerali na výskum potenciálnych psychosociálnych prediktorov depresie u pacientov s SM.

Ukazuje sa, že depresia môže zhoršovať symptómy a priebeh ochorenia, súvisí s nonkomplianciou, zvýšenou morbiditou a mortalitou^{30,31} a znižuje celkovú kvalitu života. Príznaky sa najčastejšie objavujú na začiatku a pri prechode do štádia chronickej progresie.^{23,32} Ako sa zdá, dĺžka ochorenia ani zhoršovanie stavu nevedie nutne k nárastu depresívnych symptómov,³³ zistenia však nie sú jednoznačné. Výskumy potvrdzujú, že fyzický stav je nezávislým, stredne silným prediktorom depresie u pacientov s relapsujúcou formou, pričom vysvetľuje 10–15,7 % variancie.^{33,34} Vzhľadom na to, že vyššie uvedený podiel variancie je pomerne nízky, zhoršenie fyzického stavu nemožno považovať za spúšťač depresie. Opakovane preukázaný bol tiež výskyt depresívnych príznakov ako negatívny efekt často indikovanej imunopresívnej liečby.²³

Z hľadiska kognitívneho modelu depresie nie sú dôležité objektívne okolnosti, ale subjektívne presvedčenie a zmysel, ktorý im jednotlivec pripisuje.³⁵

Súvisiacim kognitívnym konštruktom je intruzívnosť. Ide o mieru, do akej ochorenie vytvára prekážky, ktoré sú vnímané ako interferujúce s dôležitými aktivitami jednotlivca, a spolu s vnímanou neistotou sú signifikantnými prediktormi distresu.³⁶ U depresívnych pacientov bola preukázaná signifikantne vyššia miera očakávania negatívnych udalostí, spojených s ochorením, čo čiastočne potvrdzuje platnosť reaktívneho modelu. Je možné, že v tejto skupine dochádza k istej identifikácii s diagnózou. Psychická pohoda sa spája so schopnosťou zachovať si aspekty seba, ktoré nie sú spojené s ochorením, poprípade vytvoriť si nové.³⁷ Pozornosť treba venovať tiež špecifickému vzťahu depresie a kognitívneho postihnutia, ktorý je komplikovaný svojou obojsmernosťou. Poruchy kognitívnych funkcií sa podieľajú na vzniku depresie prostredníctvom reaktívneho a potenciálne i organického mechanizmu, a zároveň sú jej dôsledkom. Symptómy depresie pritom komplikujú diagnostiku kognitívnych funkcií, čo poukazuje na nutnosť oddeleného skúmania vplyvu funkčného a kognitívneho postihnutia.²²

Prítomnosť depresie je spojená so zvýšenou suicidálnou hrozbou. Zo 140 pacientov kanadskej kliniky bola u 29 % zistená celoživotná prevalencia suicidálnych úmyslov a u 6,4 % pokus v anamnéze. Najvýznamnejšími prediktormi sú závažnosť depresie, abúzus alkoholu a osamelosť.⁷ Suicídum bolo príčinou 28,7 % úmrtí pacientov niekoľkých kanadských kliník, čo 7,5-krát prevyšuje výskyt v zdravej populácii. Často diskutovaným je súvis interferénovej liečby SM a príznakov depresie.²² Niektorí autori poukazujú na neopodstatnenosť a anáhlenosť tvrdení o negatívnom vplyve interferénov. Údaje, založené na kauzistikách, popisujúcich prípady samovrážd u pacientov liečených interferónmi, sú konzistentne sponchybnované novodobými výskumami. Hoci tie súvislosť s depresívnou symptomatológiou nepotvrdili, odporúča sa monitorovať prípadný výskyt v priebehu liečby.²¹

Úzkosť

Úzkosť (anxieta) nepredstavuje samostatnú nozologickú jednotku, môže sa však prejavovať u celej škály porúch. Ako potenciálny spúšťač a udržiavací faktor je prítomná pri neurotických i psychotických stavoch, a môže byť tiež súčasťou reakcie na somatické ochorenie.³⁸ V porovnaní s depresiou bola úzkostným symptómom u pacientov s SM venovaná minimálna výskumná pozornosť. V štúdiách sa na jej hodnotenie využíva najmä subškála anxiety škály HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), údaje prevalencii konkrétnych typov úzkostných porúch však absentujú.²¹ Napriek nižšiemu výskumnému záujmu je predpokladaný výskyt anxiety u jednotlivcov s SM rovnaký, alebo dokonca vyšší ako v prípade depresie.¹⁸ Údaje o prevalencii úzkosti sa pohybujú v rozmedzí 25–41 %.³⁷ Extrémny výskyt (90 %) dokumentuje Noy et al., výsledky však môžu byť skreslené kvôli malej veľkosti výberu.⁴⁰ Častá komorbidity úzkostných a depresívnych symptómov je spojená so somatickými a sociálnymi ťažkosťami i sebaublížujúcimi myšlienkami. Ako sa zdá, práve kombinácia s anxiétou, a nie samotná depresia môže viesť k suicidálnym úvahám.³⁹ Je pravdepodobné, že zvýšená úzkosť je zapríčinená pretrvávajúcimi obavami vo vzťahu k budúcnosti.⁴¹

Iné psychopatologické symptómy spojené s ochorením sclerosis multiplex

Široká škála psychopatologických symptómov, ktoré sa podľa odhadov vyskytujú až u 90 % pacientov s SM, bola popísaná už na začiatku 19. storočia. K najčastejšie uvádzaným patrí eufória, demencia, depresia, bludy a halucinácie. Vránci úvah o premorbídnej osobnosti vznikli domnienky o predispozícii hysterických osôb k vzniku SM. Tie však môžu byť skôr dôkazom neschopnosti diagnostikovať ranné štádiá ochorenia. Britský lekár Buzzard pred 100 rokmi konštatoval, že „vo svojej mladosti bola skleróza multiplex nazývaná hystériou“. Dnes predpokladáme, že „hysterické črty“ môžu byť prvými príznakmi ochorenia (napr. narušenie senzorických funkcií, emocionálna labilita, sčasti aj únava).²⁰

V minulosti bolo ochorenie dávané do súvisu najmä s eufóriou. Ide o špecifický príznak, odlišný od mánie pri bipolárnej poruche. Možno ju definovať ako pretrvávajúci stav psychickej pohody, napriek prítomnosti závažného ochorenia spojený s nedostatkom realistického náhľadu na zdravotný stav.⁴² Ten býva niekedy označovaný ako „požehnanie“ pre ťažko postihnutých jednotlivcov.²⁰ Charcot v tejto súvislosti hovorí o fenoméne „euphoria sclerótica“.⁴ Novšie výskumy dokazujú, že výskyt eufórie je v porovnaní s úzkosťou či depresiou veľmi nízky. Neprimeraná nadnesená nálada sa objavuje v neskorších štádiách (prevažne u sekundárne progresívnej formy) a u pacientov s výraznými neurologickými deficitmi, pričom aj v tejto skupine je jej výskyt pomerne malý (10 %). Eufória, prudké výkyvy nálady či naopak emočná plochosť tu vznikajú ako súčasť organického psychosyndrómu v dôsledku rozsiahlych mozgových lézií.^{20,43}

U pacientov s SM bol zistený 2–3-krát vyšší výskyt *psychotických porúch* v porovnaní so zdravou populáciou. Príznaky sa môžu vyskytnúť už pred nástupom ochorenia, často však neurologické symptómy predchádzajú manifestáciu psychózy, príp. sa objavujú ako komplikácia kortikoidovej liečby a sú indikáciou na jej prerušenie.⁴⁴ U týchto pacientov bol zistený väčší počet mozgových lézií, najmä v periventrikulárnych oblastiach. Predpokladaným etiopatogénnym mechanizmom, spájajúcim obe ochorenia, je dysfunkcia bielej mozgovej hmoty, ktorá bola preukázaná aj u schizofrénnych pacientov.⁴⁵ Popri typickom progresívnom charaktere často sa vyskytujúcich foriem oboch ochorení, ktorý sa vyznačuje striedaním relapsov a remisií, možno k ich spoločným znakom zaradiť podobný vek nástupu (najčastejšie mladá dospelosť), predpokladaná dedičnosť (miera zhody u rodinných príslušníkov). Naopak k základným odlišnostiam patrí vyrovnaný výskyt schizofrénie u oboch pohlaví (v prípade SM prevažujú ženy) a prevaha pacientov bielej rasy s diagnózou SM (v prípade schizofrénie bol zistený častejší výskyt u Afričanov). Kým v prípade SM sú zmeny degeneratívne zmeny vyvolané autoimunitným procesom, tento mechanizmus bol preukázaný len u malej časti psychotických ochorení.⁴⁶

K ďalším možným psychopatologickým prejavom, spojeným so SM, patria poruchy spánku, sexuálne dysfunkcie,⁴⁷ somatoformná algická porucha (5 %), bipolárna porucha (2–3%) a organicky podmienené zmeny osobnosti.^{20,42}

VÝSKUMNÝ PROBLÉM

Cieľom výskumu bolo zmapovať výskyt indikátorov psychického distresu u pacientov so sclerosis multiplex. Na základe preštudovanej literatúry¹⁹ boli ako indikátory distresu stanovené hodnoty depresie, úzkosti a spokojnosti so životom. Vzhľadom na uvedený cieľ a reflektujúci závery predošlých štúdií sme formulovali hypotézu a výskumné otázky:

Hypotéza č. 1: Predpokladáme, že stupeň fyzického postihnutia je v signifikantnom pozitívnom vzťahu s celkovou úrovňou psychického distresu v skupine pacientov s SM.

Otázka č. 1: Aká je prevalencia klinicky relevantnej depresie a úzkosti u jednotlivcov s SM?

Otázka č. 2: Je rozdiel v miere indikátorov distresu (depresie, úzkosti a spokojnosti so životom) medzi pacientami s SM a neurologicky zdravými jednotlivcami?

Otázka č. 3: Existujú medzipohlavné a medzinárodné rozdiely v miere indikátorov distresu?

Otázka č. 4: Existujú rozdiely v miere prežívaného distresu z hľadiska aktuálnej zamestnanosti, formy a priebehu ochorenia?

METÓDY

Výskumný súbor

Výskumný súbor bol zostavený 356 pacientov s SM (277 žien). Pomer oboch pohlaví možno považovať za reprezentatívny, keďže v súlade s najnovšími zisteniami predstavujú ženy tri štvrtiny všetkých prípadov. Vo vzorke boli zastúpení respondenti z USA (110), Česka (101), Slovenska (85), Veľkej Británie (22), Kanady (13) a Austrálie (10). Vzhľadom na počet respondentov jednotlivých národností sme sa ďalej zaoberali len komparáciou československej a americkej skupiny. Kontrolnú skupinu tvorilo 119 respondentov (75 žien), ktorí vyplnili modifikovanú verziu dotazníka. Podmienkou zaradenia do kontrolnej skupiny bolo prehlásenie o neprítomnosti neurologického ochorenia.

Pri zostavovaní súboru bol použitý zámerný výber. Na internetových fórach a na stránkach viacerých podporných skupín boli zverejnené informácie o výskume spolu s adresou webovej lokality dotazníka, ktorý bol k dispozícii v troch verziách – slovenskej, českej a anglickej. Ak to bolo možné, oslovili sme členov fór priamo prostredníctvom informačného e-mailu. Súčasťou dotazníka bol informovaný súhlas, pričom bez jeho potvrdenia nebolo možné odoslať elektronický formulár.

Metodiky

Pre účely výskumu boli vytvorené tri jazykové verzie dotazníka. Pri preklade položiek bola využitá konsenzuálna metóda, s participáciou viacerých nezávislých prekladateľov. V tab. 1 sú uvedené koeficienty reliability všetkých verzií použitých dotazníkov.

Základné sociodemografické údaje – respondenti uviedli vek, pohlavie, národnosť a aktuálnu zamestnanosť, formu

Tab. 1. Koeficienty reliability použitých nástrojov merania (Cronbachovo α)

Názov škály	Slovenská verzia	Česká verzia	Anglická verzia
HADS – dimenzia úzkosť	0,859	0,839	0,854
HADS – dimenzia depresia	0,825	0,845	0,841
Škála spokojnosti so životom	0,904	0,907	0,900

diagnostikovaného ochorenia a aktuálnu prítomnosť exacerbácie.

EDSS (Expanded Disability Status Scale), známa ako Kurtzkeho škála, na základe posúdenia úrovne postihnutia v ôsmich funkčných systémoch hodnotí stupeň neurologického postihnutia na škále, kde 0 = žiadny postih, 10 = smrť v dôsledku SM.^{3,48} Zatiaľ čo v štúdiách s menšou vzorkou posudzuje stav odborník, pre účely výskumu boli vytvorené sebahodnotiace dotazníky. Skúsenosti naznačujú, že pacienti dokážu adekvátne zhodnotiť vlastný stav.⁴⁹ V našej štúdií sme použili Prochádzkovej verziu škály, ktorá umožňuje rýchle posúdenie vlastného stavu pacientom.⁵⁰

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) – je screeningový nástroj, ktorý hodnotí aktuálnu mieru depresie a úzkosti.⁵¹ V zahraničí sa často využíva práve vo výskumoch so somaticky chorými, ako aj v zdravotníckych zariadeniach. Pozostáva zo 14 položiek, ktoré reprezentujú dve separátne hodnotené dimenzie – *anxieta* a *depresia*. Vyššie skóre indikuje vyššiu mieru symptómov. V našom výskume sme ako medzné skóre pre psychopatológiu v oboch dimenziách stanovili hodnotu 10, hodnoty 8 a 9 predstavujú hraničné pásmo.⁵²

Škála spokojnosti so životom (Satisfaction with Life Scale) zisťuje mieru celkovej spokojnosti so životom ako kognitívnej zložky subjektívnej pohody. Respondent na 7-bodovej škále vyjadruje mieru súhlasu s piatimi všeobecnými výroky.⁵³

VÝSLEDKY

Výskumný súbor sme popísali na základe demografických charakteristík, stupňa a formy ochorenia (rozlišovali sme relapsujúco-remitujúcu a progresívnu formu), ako aj hodnotených indikátorov distresu. Výsledky ukazujú, že vo všetkých národnostných skupinách boli zastúpení jednotlivci s celou škálou hodnôt fyzického postihnutia (od 1 do 8,5 s hodnotou mediánu $M = 4$ vo všetkých skupinách). Podľa hodnôt hrubého skóre v škálach anxiety a depresie boli respondenti zaradení kategórií: normalita (skóre 0–7), hraničné pásmo (8–9) a pásmo psychopatológie (10–21). Klinicky relevantná miera úzkosti bola zistená u 38 %, hraničné hodnoty dosiahlo ďalších 18 % respondentov (spolu 56 %). Klinicky relevantnú mieru depresie sme zaznamenali u 26 % a hraničné hodnoty u 15 % respondentov (spolu 41 %). V rámci kontrolnej skupiny bola klinicky relevantná úzkosť zistená u 11 % a hraničné pásmo dosiahlo 16 % respondentov. Kritériá pre zaradenie do pásma klinicky relevantnej depresie splnilo 6 %, ďalších 6 % dosiahlo hraničné hodnoty. Následne bola realizovaná analýza vybraných vzťahov a rozdielov.

Tab. 2. Korelácie indikátorov distresu s charakteristikami ochorenia

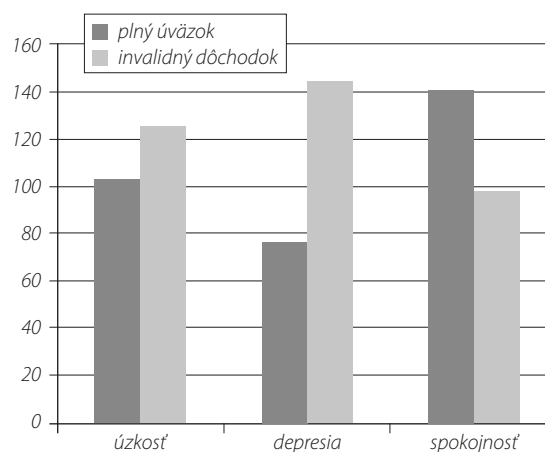
	Depresia	Anxieta	Spokojnosť
Fyzický stav (EDSS)	0,428**	0,190**	-0,290**
Dĺžka ochorenia	0,091	-0,080	-0,009

Pozn.: Zvýraznený je stredne silný korelačný vzťah.

** Korelácia je štatisticky významná na hladine významnosti $p < 0,01$.

Prostredníctvom korelačnej analýzy bola zisťovaná súvislosť indikátorov distresu s charakteristikami ochorenia. Preukázaný bol stredne silný významný vzťah miery fyzického postihnutia s depresiou ($r = 0,428$) a významný, avšak len slabý vzťah s anxiétou ($r = 0,190$), ako aj významný, slabší negatívny vzťah so spokojnosťou ($r = 0,290$). Existencia vzťahu jednotlivých indikátorov s dĺžkou ochorenia nebola preukázaná (tab. 2).

Vo výskumnom súbore nebol zistený významný rozdiel v miere distresu a jednotlivých indikátorov medzi mužmi a ženami, ani medzi československou a americkou skupinou pacientov. Z hľadiska zamestnanosti sme porovnávali dve najväčšie skupiny – zamestnaní na plný úväzok a invalidný dôchodok. V skupine invalidných dôchodcov bola zistená významne vyššia úzkosť ($U = 5210$, $p = 0,012$), depresia ($U = 2707$, $p = 0,000$) a nižšia spokojnosť so životom ($U = 3985$, $p = 0,000$), posledné dva rozdiely predstavujú veľký a stredný efekt (tab. 3, graf 1).



Graf 1. Rozdiely v miere indikátorov distresu podľa aktuálneho zamestnania

Významne vyššiu depresiu ($U = 7846$, $p = 0,000$) a nižšiu spokojnosť so životom ($U = 8601$, $p = 0,009$) sme zaznamenali u respondentov s progresívnou v porovnaní s relapsujúco-remitujúcou formou, rozdiely však reprezentujú len malý efekt. Vyššiu úzkosť ($U = 6733$, $p = 0,000$), depresiu ($U = 6380$, $p = 0,000$) a nižšiu spokojnosť so životom ($U = 7959$, $p = 0,000$) vykazujú respondenti s aktuálnym zhoršením stavu, rozdiely predstavujú malý

Tab. 3. Rozdiely medzi vybranými skupinami v miere psychického distresu

Premenná	Skupina	Úzkosť			Depresia			Spokojnosť		
		MR*	U	P	MR	U	P	MR	U	P
			EFEKT			EFEKT			EFEKT	
Práca	plný úväzok (N = 95)	102,85	5210	,012	76,49	2707	,000	141,05	3985	,000
	invalidný dôchodok (N = 137)	125,19	$r = 0,16$ malý efekt		144,24	$r = 0,5$ veľký efekt		97,52	$r = 0,32$ stredný efekt	
Forma ochorenia	RR* (N = 215)	155,16	1014	,593	144,49	7846	,000	166,0	8601	,01
	PROG* (N = 99)	161,03	nie je signif.		185,75	$r = 0,21$ malý efekt		137,27	$r = 0,14$ malý efekt	
Aktuálne zhoršenie	Áno (N = 108)	203,16	6733	,000	206,43	6380	,000	128,38	7959	,000
	Nie (N = 211)	137,91	$r = 0,34$ stredný efekt		136,24	$r = 0,36$ stredný efekt		175,28	$r = 0,24$ malý efekt	

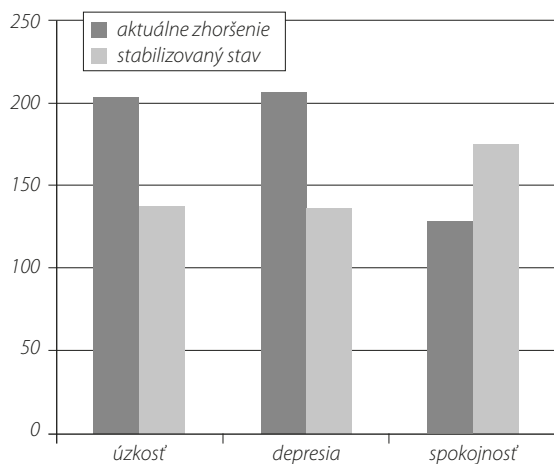
Pozn.: Zvýraznené sú rozdiely s minimálne strednou mierou efektu.

*MR – priemerné poradie, RR – relapsujúco-remitujúca forma, PROG – progresívna forma.

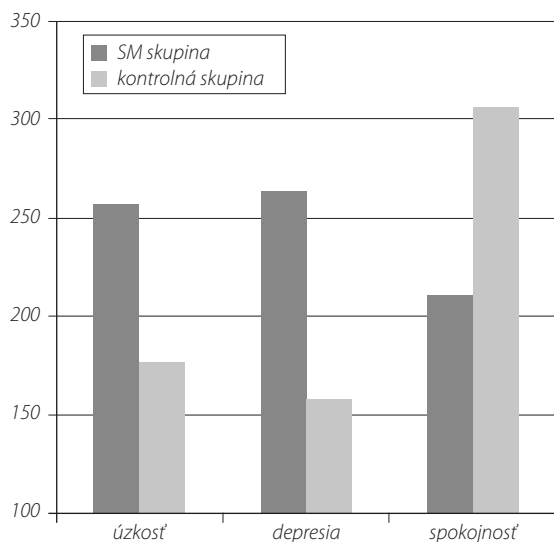
Tab. 4. Rozdiely medzi jednotlivcami so sklerózou multiplex a kontrolnou skupinou

Premenná	Skupina	MR*	U	P	Efekt
Úzkosť	SM skupina	256,82	13 910	0,000	$r = 0,29$
	Kontrolná skupina	177,39			stredný efekt
Depresia	SM skupina	263,77	11 650	0,000	$r = 0,38$
	Kontrolná skupina	158,23			stredný efekt
Spokojnosť	SM skupina	210,13	12 122	0,000	$r = 0,35$
	Kontrolná skupina	306,77			stredný efekt

Pozn.: *MR = priemerné poradie



Graf 2. Rozdiely v miere indikátorov distresu podľa prítomnosti aktuálneho zhoršenia



Graf 3. Rozdiely medzi jednotlivcami s SM a kontrolnou skupinou

až stredný efekt (tab. 3, graf 2). Následne sme zisťovali, či sa respondenti s SM odlišujú od neurologicky zdravých jednotlivcov v kontrolnej skupine v miere indikátorov distresu. V klinickej skupine boli preukázané významne vyššie hodnoty úzkosti ($U = 13910$, $p = 0,000$) a depresie ($U = 11650$, $p = 0,000$) pri súčasne zníženej spokojnosti so životom ($U = 12122$, $p = 0,000$) (tab. 4, graf 3).

DISKUSIA A ZÁVER

Ochorenie sclerosis multiplex je spojené so zvýšeným rizikom vzniku psychického distresu, čo potvrdzujú výsledky komparácie s neurologicky zdravými jednotlivcami. Zatiaľ čo väčšina výskumov psychických aspektov ochorenia sa zameriava výlučne na výskyt a prediktory depresie, v našej štúdií sme poukázali na viacero indikátorov distresu, čo umožňuje sprostredkovať komplexnejší pohľad na negatívne zmeny v prežívaní pacientov. Realizácia výskumu prostredníctvom internetu umožnila participáciu jednotlivcov s ťažkými formami a štádiami

ochorenia, ktoré boli zastúpené vo všetkých národnostných skupinách.

V zhode s predošlými zisteniami bol preukázaný stredne silný vzťah depresie so stupňom fyzického postihnutia.^{33,34} Podiel variancie depresívnych symptómov vysvetliteľný týmto činiteľom je 18,3 %, čo môže sčasti vypovedať o spoločnej organickej etiológii oboch ochorení, na druhej strane potvrdzuje nutnosť hľadania ďalších, najmä psychosociálnych prediktorov, ktoré predpokladá reaktívny model depresie pri neurodegeneratívnych ochoreniach. Preukázaný významný vzťah s úzkosťou vykazuje veľmi malú mieru efektu. Jej zvýšený výskyt možno v kognitívnej perspektíve hodnotiť ako dôsledok vyhodnotenia prežívaného ochorenia ako nejednoznačnej situácie s neistou perspektívou budúcnosti. Keďže zvýšená miera anxiety môže posilňovať riziko suicidálnej hrozby,⁴¹ a súčasne vedie k zníženiu celkovej kvality života pacientov, treba jej venovať zvýšenú pozornosť.

Významné medzipohlavné ani medzinárodné rozdiely v miere indikátorov distresu neboli preukázané. Vyššiu mieru depresie, úzkosti a zníženu spokojnosť so životom podľa zistení prežívajú pacienti s aktuálnym zhoršením stavu a s progresívnou formou ochorenia, preto predstavujú potenciálne rizikové skupiny z hľadiska vzniku psychopatológie. Vyššia hodnota depresie a úzkosti, ako aj nižšia spokojnosť so životom bola preukázaná u invalidizovaných pacientov v porovnaní s pracujúcimi na trvalý úväzok. V tejto súvislosti za zmienku stoja údaje o zamestnanosti jednotlivých národnostných skupín. Kým v americkej skupine bolo v produktívnom veku invalidizovaných 31 %, v československej skupine až 43 % respondentov pri porovnateľnom stupni postihnutia. Je pravdepodobné, že možnosť pracovnej realizácie posilňuje pocit sebaúčinnosti a zmysluplnosti života, čo môže pôsobiť ako ochranný faktor pred vznikom distresu.

Výsledky realizovanej štúdie poukazujú na výrazne zvýšený výskyt symptómov distresu, ktoré u mnohých pacientov dosahujú mieru klinicky relevantnej úzkosti a depresie. Terapia sekundárnych psychopatologických dôsledkov neurodegeneratívneho ochorenia nutne vyžaduje interdisciplinárnu spoluprácu neuroológov, psychiatrov, príp. psychoterapeutov.²³ Možnosti eliminovania zdrojov neistoty sú limitované aktuálnym stupňom poznania i dostupnosťou adekvátnej liečby ochorenia. Je preto nevyhnutné, aby odborná starostlivosť o jednotlivcov s SM nebola obmedzená na terapiu somatických ťažkostí, ale aby bola venovaná zvýšená pozornosť včasnej diagnostike emocionálnych, susp. psychopatologických symptómov, ako aj voľbe primeraných intervencií vo forme medikamentóznej liečby či psychoterapie. Doterajšie výskumy preukázali pozitívne účinky kognitívno-behaviorálnych postupov u jednotlivcov s SM.^{20,23} Kognitívna reštruktúracia s prehodnotením globálneho zmyslu života a doterajšej hodnotovej orientácie môže dať nový zmysel aktuálnej situácii neistoty, zvyšovať toleranciu voči nejednoznačnosti a popri eliminácii distresu potencovať osobnostný rast. Prínosným môže byť tiež psychoedukačný prístup, spojený so zvyšovaním kompetentnosti pacienta, ako aj osveta v oblasti využívania psychoterapie u somaticky chorých. Početné praktické implikácie vyplývajú aj z poznania ochrannej funkcie sociálnej opory. Dôležitú

úlohu zohrávajú podporné skupiny, vrátane internetových fór, ktoré sú nezastupiteľným zdrojom sociálnej interakcie pre imobilných jednotlivcov.

Za možný zdroj limitácií realizovaného výskumu považujeme použitie EDSS škály pri hodnotení fyzického postihnutia. Hoci výhodou sebaopisujúcej verzie je efektívnosť administrácie, nemôže uspokojivo nahradiť klinické posúdenie odborníkom. S istými rizikami je spojená tiež využitá internetová forma výskumu, najmä v dôsledku absencie priamej interakcie s respondentom. Na druhej strane popri časovej a ekonomickej efektívnosti umožňuje participáciu ľahšie dostupných skupín pre ľudí (napr. pacienti s ťažším stupňom postihnutia a potenciálne vyššou mierou distresu). Zároveň umožňuje získať multikultúrnu vzorku. Ďalšie obmedzenia sa týkajú interpretácie výsledkov prierezovej štúdie, keďže na základe nich nemôžeme vyvodzovať kauzálne závery.

Štúdia poukazuje na opodstatnenosť skúmania psychických aspektov chronických ochorení. Napriek tomu, že jednotlivci s SM sú vo zvýšenej miere ohrození psychickým distresom, ani ťažký stupeň postihnutia nie je nevyhnutne spojený s negatívnymi zmenami v prežívaní. Cieľom ďalších výskumov by malo byť štúdium potenciálnych osobnostných (predovšetkým kognitívnych) a sociálnych prediktorov psychického distresu. I keď doposiaľ neexistuje účinná liečba ochorenia a kvôli variabilnému priebehu a nepredvídateľnej prognóze nemožno eliminovať negatívny faktor neistoty; poznatky o význame konkrétnych psychosociálnych činiteľov naznačujú smerovanie intervencií, ktoré môžu výrazne zlepšiť kvalitu života jednotlivcov týmto ochorením. V tomto zmysle už samotná pozornosť, ktorú venujeme chronicky chorým, môže byť terapeutickou.

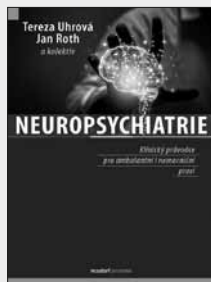
LITERATÚRA

- Trapp B, Ransohoff R, Fischer E, Rudick R. Neurodegeneration in Multiple Sclerosis: Relationship to Neurological Disability. *Neuroscientist* 1999; 5 (1): 48–56.
- Havrdová E. *Neuroimunologie*. Praha: Maxdorf 2001: 451.
- Simon A. *Multiple Sclerosis*, ADAM Reports 2009; 6/23: 1–7.
- Feinstein A. An examination of suicidal intent in patients with MS. *Neurology* 2002; 59 (5): 674–678.
- Van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen B. Cases of euthanasia and assisted suicide reported to the public prosecutor in North Holland over 10 years. *BMJ* 1996; 312 (March 9): 612–613.
- Klímová E. Sclerosis multiplex – informácie pre prax. *Via practica* 2006; 3 (5): 249–255.
- Havrdová E. Roztroušená skleróza. *Cesk Slov Neurol* 2008; 71 (2): 121–132.
- Thompson A, Polman C, Miller D, McDonald W, Brocher B, Filippi M, Montalban X, De Sá J. Primary progressive multiple sclerosis. *Brain* 1998; 120 (6): 1085–1096.
- Haussleiter IS, Brüne M, Juckel G. Psychopathology in multiple sclerosis: diagnosis, prevalence and treatment. *Ther Adv Neurol Disord* 2009; 2(1):13–29.
- Kiecolt-G. J, McGuire L, Robles T, Glaser R. Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *J Consult Clin Psych* 2002; 70 (3): 537–547.
- Kern S, Ziemssen T. Brain – immune communication psychoneuroimmunology of multiple sclerosis. *Mult Scler* 2008; 14 (1): 6–21.
- Sheline Y, Wang W, Gado M, Csernansky J, Varnier M. Hippocampal atrophy in recurrent major depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences of USA* 2006; 93 (9): 3908–3913.
- Geurts J, Bó L, Roosendaal S et al. Extensive hippocampal demyelination in multiplex sclerosis. *J Neuropath Exp Neur* 2007; 6 (9): 819–827.
- Stewart A, Ware J, Sherbourne C, Wells K. Psychological Distress/Well-Being and Cognitive Functioning Measures. In: Stewart A, Ware J (eds). *Measuring Functioning and Well-Being*. Durham: Duke Un Press 1992: 102–142.
- Ridner S. Psychological distress: Concept analysis. *J Adv Nurs* 2004; 45 (5): 536–545.
- Verhaak P, Heijmans M, Peters L, Rijken M. Chronic Disorder and mental disorder. *Soc Sci Med* 2005; 60 (4): 789–797.
- Pakenham K. Investigation of the coping antecedents to positive outcomes and distress in multiple sclerosis (MS). *Psychol Health* 2006; 21 (5): 633–649.
- Brown R, Valpiani E, Tennant C et al. Longitudinal assessment of anxiety, depression and fatigue in people with multiple sclerosis. *Psychol Psychother-T* 1997; 82 (1): 41–56.
- Chalk H. Mind over matter: Cognitive-behavioral determinant of emotional distress in multiple sclerosis. *Psychol Health Med* 2007; 12 (5): 556–566.
- Kesselring J, Klement N. Cognitive and affective disturbances in MS. *J Neurol* 2001; 248 (3): 180–183.
- Siegert R, Abernethy D. Depression in multiple sclerosis: a review. *J Neurol Neurosurg Ps* 2005; 76 (4): 469–475.
- Wallin M, Wilken J, Turner A, Williams R, Kane R. Depression and multiple sclerosis: A review of lethal combination. *J Rehabil Res Dev* 2006; 43 (1): 45–62.
- Vavrušová L. Depresívne ochorenia a sclerosis multiplex. *Čes a slov Psychiat* 2009; 105 (4): 173–176.
- Joffe R. Depression and multiple sclerosis: a potential way to understand the biology of major depressive illness. *J Psych Neur* 2005; 30 (1): 9–10.
- Feinstein A, Roy P, Lobaugh N, Feinstein K, O'Connor P, Black S. Structural brain abnormalities in MS patients with major depression. *Neurology* 2004; 62 (4): 586–590.
- Mohr D, Goodkin D, Islar J, Hauser S, Genain C. Treatment of depression is associated with suppression of non-specific and antigen – specific T(H)1 response in major depression disorder. *Arch Neurol* 2001; 58 (7): 1081–1086.
- Yermiya R. Behavioral and psychological effects of immune activation: implications for depression due to medical condition. *Curr Opin Psychiatry* 1997; 10 (6): 470–476.
- Baštecký J, Šavlík J, Šimek J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Avicenum 1993: 363.
- Waghorn J. Depression in chronic medical illness. *Ment Health Pract* 2009; 12 (9): 16–20.
- Katon W, Ciechanowski P. Effect of major depression on chronic, medical illness. *J Psychosom Res* 2002; 53 (4): 859–863.
- Mohr DC, Cox D. Multiple Sclerosis: Empirical literature for the clinical health psychologist. *J Clin Psychol* 2001; 57 (4): 479–499.
- Novotná A, Ehler E. Výskyt deprese u nemocných s roztroušenou sklerózou.

- zou. *Psychiatrie pro praxi* 2005; 6 (6): 294–296.
33. Tsivgoulis G, Triantafyllou N, Papageorgiou C et al. Associations of the Expanded Disability Status Scale with anxiety and depression in multiple sclerosis outpatients. *Acta Neurol Sc* 2007; 115 (1): 67–72.
 34. Lynch S, Kroencke D, Denney D. The relationship between disability and depression in multiple sclerosis: the role of uncertainty, coping and hope. *Mult Scler* 2001; 7 (6): 411–416.
 35. Bates A, Burns D, Moore S. Medical illness and the acceptance of suffering. *International J Psychiat Med* 1989; 19 (3): 269–280.
 36. Mullins L, Cote M, Fuemmeler B et al. Intrusiveness, uncertainty and distress in individuals with multiplex sclerosis. *Rehabil Psychol* 2001; 46 (2): 139–153.
 37. Moore A, MacLeod A, Barnes D, Langdon D. Future – directed thinking and depression in relapsing – remitting multiplex sclerosis. *Brit J Health Psych* 2006; 11 (4): 663–675.
 38. Svoboda S (ed.), Češková E, Kučerová H. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál 2006: 320.
 39. Feinstein A, O'Connor P, Gray T. The effects of anxiety on psychiatric morbidity in patients with MS. *Mult Scler* 1999; 5 (3): 23–26.
 40. Noy S, Achiron A, Gabbay U et al. A new approach to affective symptoms in relapsing-remitting multiple sclerosis. *Compr Psychiat* 1995; 36 (5): 390–395.
 41. Thornton E, Tedman S, Rigby S, Bashforth H, Young C. Worries and concerns of patients with MS: development of an assessment scale. *Mult Scler* 2006; 12 (2): 196–203.
 42. Feinstein A. Neuropsychiatric syndromes associated with multiple sclerosis. *J Neurol* 2007; 254 (2): 1432–1459.
 43. Fishman I, Benedict M, Bakshi M, Priore R, Weinstock B. Construct validity and frequency of euphoric sclerotic in MS. *J Neuropsych Clin N* 2004; 16 (3): 350–356.
 44. Faldyna Z, Pidrman V, Bouček J. Psychiatrická problematika u roztroušené sklerózy. *Psychiatrie pro praxi* 2002; 3 (6): 277–278.
 45. Hrubý R. Psychotická porucha v priebehu roztrúsenej sklerózy. *Čes a slov Psychiat* 2010; 106 (3): 183–186.
 46. Arneth BM. Multiple sclerosis and schizophrenia. *Int J Mol Sci* 2017; 12 (18): 1760–1770.
 47. Pekmezovic T, Drulovic J, Tepavcevic D et al. Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. *Rom J Neurol* 2008; 7 (2): 117–123.
 48. Kurtzke J. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale. *Neurology* 1983; 33 (11): 1444–1452.
 49. Chalk H. Coping with multiplex sclerosis: coping strategies, personality, and cognitive appraisals as predictors of adjustment among MS patients. Ohio State University 2007: 212.
 50. Procházková L. Kurtzkeho EDSS škála. Združenie SM Nádej. <http://www.sclerosis-multiplex.sk/articles/showArticle.php?articleNr=34>. Stiahnuté: 19. 11. 2009.
 51. Zigmond A, Snaith R. Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychol Scand* 1983; 67 (6): 361–370.
 52. Smith S, Young C. The role of affect on the perception of disability in multiple sclerosis. *Clin Rehabil* 1998; 14 (1): 50–54.
 53. Diener E, Emmons R, Larson R, Griffin S. The Satisfaction with life scale. *J Pers Assess* 1985; 49 (1): 71–75.

Tereza Uhrová, Jan Roth a kol.

NEUROPSYCHIATRIE



Moderní přelomová monografie přináší sjednocující pohled na většinu neurologických a psychiatrických diagnóz. Hlavní editoři knihy – MUDr. Tereza Uhrová, Ph.D., a prof. MUDr. Jan Roth, CSc. – ke spolupráci přizvali řadu předních českých neurologů a psychiatrů. Kniha je unikátní v tom, že na každé kapitole vždy par-

ticipují odborníci všech zúčastněných oborů, tj. nejčastěji společně neurolog a psychiatr. V textu jsou vždy zdůrazněny nejdůležitější body pro ambulantní specialisty a klinické lékaře bez vědeckého zaměření, včetně nejčastějších dotazů z praxe.

1995 Kč, Maxdorf, 2020, 200 × 265, 976 stran, vázané