

Acta Psychologica Tyrnaviensia

21

25. výročie Katedry psychológie FF TU
na obnovenej Trnavskej univerzite (1992-2017)

TRNAVA 2017

ACTA PSYCHOLOGICA TYRNAVIENSIA 21

EDITOR

Doc. PhDr. Marián Špajdel, PhD.

VYDAVATEĽ A TLAČ

Spolok Slovákov v Poľsku
v spolupráci s Filozofickou fakultou
Trnavskej univerzity v Trnave

Towarzystwo Słowaków w Polsce
ul. św. Filipa 7, 31-150 Kraków
zg@tsp.org.pl, www.tsp.org.pl

Filozofická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave
Hornopotočná 23, 918 43 Trnava
+421 33 5939303
katpsych@truni.sk, fff.truni.sk

© Towarzystwo Słowaków w Polsce, 2017

© Filozofická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave, 2017

ISBN 978-83-8111-026-6

Výskyt emocionálneho distressu u pacientov so sclerosis multiplex s v perspektíve bio – psycho – sociálneho modelu

JANA VINDIŠOVÁ

Katedra psychológie, Filozofická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave

Anotácia a · Cieľom článku je priblížiť psychologické aspekty ochorenia sclerosis multiplex. Ukazuje sa, že zmeny v prežívaní nie sú len reakciou na prítomnosť fyzických symptómov či postihnutia, ale môžu tiež zohrávať významnú úlohu v etiopatogenéze a súčasne modifikovať samotný priebeh ochorenia. Výsledky predošlých výskumov svedčia o multifaktorálnej podmienenosti, individuálne jedinečnej povahe a variabilných dôsledkoch psychického distressu. Osobitná pozornosť je venovaná výskytu a špecifikám depresívnych symptómov, ako aj možnostiam a efektívnosti psychologickej intervencie.

Kľúčové slová · chronické ochorenie, sclerosis multiplex, psychický distress, depresia

1 Ochorenie sclerosis multiplex v biopsychosociálnej perspektíve

*„Táto choroba je strašná, nikdy neviete, čo Vás čaká, keď sa ráno zobudíte...“
(žena, 50r., USA)*

*„Než prišla táto choroba, mal som všetko – zamestnanie domov, rodinu, priateľov a budúcnosť. Teraz som stratil prácu, domov a väčšinu priateľov. Budúcnosť? Čo je to za budúcnosť? Všetko čo robím je neustála strata - pohyblivosti, schopností, dôstojnosti - to všetko sa jednoducho deje a ja nemôžem urobiť nič, aby som to zastavil...“
(muž, 60 r., Veľká Británia)*

Prijatie bio – psycho – sociálnej perspektívy podnietilo výskumný záujem o psychosociálne aspekty somatických ochorení. Predmetom štúdie sú psychologické aspekty ochorenia sclerosis multiplex. Ukazuje sa, že zmeny v prežívaní nie sú len reakciou na prítomnosť fyzických symptómov či postihnutia,

ale môžu tiež zohrávať významnú úlohu v etiopatogenéze a súčasne modifikovať jeho priebeh. Výsledky výskumov svedčia o multifaktorálnej podmienenosti, individuálne jedinečnej povahe a variabilných dôsledkoch psychického distresu. V článku preto prinášame základnú charakteristiku ochorenia v perspektíve bio – psycho – sociálneho modelu. V tomto kontexte sa venujeme osobitnú pozornosť emocionálnemu distresu pacientov s osobitným dôrazom na výskyt depresívnej symptomatológie.

1.1 Základná charakteristika

Skleróza multiplex je chronické zápalové ochorenie centrálneho nervového systému. Je najčastejšou príčinou netraumatického neurologického poškodenia a invalidity u mladých dospelých v Severnej Amerike a v Európe (Trapp, 1999, Havrdová, 2001). Autori sa zhodujú, že kľúčovou charakteristikou ochorenia je nepredvídateľnosť, daná obrovskou variabilitou príznakov, foriem a priebehu, ako aj reakcií na liečbu. Skleróza multiplex je klasifikovaná ako neurodegeneratívne ochorenie (podobne ako Parkinsonova či Alzheimerova choroba). V poslednej revízii MKCH 10 (1994) je začlenená do podkategórie G35 – G37 – *demyelinizačné choroby centrálneho nervového systému*, v rámci ktorej tvorí samostatnú diagnostickú jednotku G 35 - sclerosis multiplex (roztrúsená skleróza).

Etiológia ochorenia doposiaľ nie je známa. Predpokladá sa, že jeho vznik je podmienený interakciou viacerých faktorov – vrodených, enviromentálnych aj imunologických (Havrdová, 2001). Osobitnú skupinu vytvárajú psychosociálne činitele, ktoré sú predmetom záujmu psychoneuroimunológie. V pozadí ochorenia stoja dva patogénne procesy: akútna zápalová demyelinizácia a axonálna degenerácia (Trapp et al. 1999). Poškodenie spôsobené zápalovou demyelinizáciou dominuje v ranných fázach relapsujúco – remitujúcej (najčastejšej) formy ochorenia) a je reverzibilné. Strata axónov v mieste zápalu je spočiatku kompenzovaná. Keď prekročí určitý prah, ochorenie prechádza do sekundárne progresívnej fázy, sprevádzanej ireverzibilným poškodením (Trapp et al. 1999). Početné ložiská vznikajú najmä v okolí mozgových komôr, v corpus callosum a v bielej hmote miechy. Kombinácia zápalovej demyelinizácie a axonálnej transekcije je spojená s relapsom, pričom lokalizácia podmieňuje charakter príznakov. MRI štúdie dokazujú postupnú atrofiu mozgového a miechového tkaniva, spojenú so zhoršovaním postihu. Existujú početné dôkazy o tom, že lokalizácia lézií súvisí so vznikom emočných porúch (e.g. Rabins et al., 1986).

V súčasnosti je sklerózou multiplex postihnutých viac ako 400 000 obyvateľov USA, približne rovnaký počet prípadov je uvádzaný v Európe, celosvetový výskyt sa odhaduje na 2,5 milióna. Ochorenie sa u žien vyskytuje 2,5 – krát častejšie, u mužov má však často horší priebeh (Simon, 2009). Prevalencia ochorenia na Slovensku patrí medzi najvyššie na svete, dosahuje 100 až 150 prípadov na 100 000 obyvateľov (Szilasiová, 2012), podobný výskyt bol zistený v Českej republike (Havrdová, 2001).

1.2 Príznaky, typológia a prognóza a ich psychologické súvislosti

Na začiatku sa najčastejšie vyskytujú poruchy zraku a citlivosti (mravčenie, páľivé parestázie), k najobávanejším patria poruchy hybnosti spojené s hrozbou trvalej invalidity. Obzvlášť frustrujúcim a zahanbujúcim symptómom sú sfinkterové obtiaže (Mc Reynolds et al., 1999), ktoré v priebehu ochorenia postihujú až 80% pacientov, a s nimi súvisiace sexuálne poruchy. Častým a potenciálne invalidizujúcim príznakom je únava. K typickým symptómom patria tiež poruchy rovnováhy, okohybné poruchy, dysfágia a dysartria (môže viesť až k aspirácii v neskorších štádiách) a v minulosti podceňovaná bolesť (Havrdová, 2001, 2008).

Predmetom neuropsychologickej diagnostiky (pozri aj Javůrková, 2001) sú *kognitívne deficity*, postihujúce viac ako polovicu pacientov. Keďže v laickej verejnosti je výraz skleróza spojený so stratou pamäti, ochorenie býva neraz mylne chápané ako druh demencie. Dufek (2009) upozorňuje, že kognitívny deficit vo väčšine prípadov neohrozuje každodenné aktivity a výskyt demencie je veľmi vzácny. Najčastejšie býva postihnutá pamäť, učenie, pozornosť, exekutívne funkcie a kognitívna flexibilita. Profil kognitívneho poškodenia je veľmi variabilný, súvisí s rozsahom a lokalizáciou lézií (Mohr, Cox, 2001). V priebehu exacerbácií môže dôjsť k zhoršeniu kognitívnych funkcií, avšak deficit je reverzibilný (Fong et al. 1998).

Pod pojmom skleróza multiplex sa skrýva pestré spektrum klinických obrazov (Klímová, 2006) s rozdielnou závažnosťou a prognózou. *Relapsujúca – remitujúca forma* sa vyskytuje u 85% pacientov. Prebieha v nepredvídateľných atakoch (relapsoch) s rôznou mierou trvalých následkov, striedaných rôzne dlhými obdobiami remisíí. *Relapsujúca – progredujúca forma* sa vyznačuje nárastom neurologického deficitu aj v obdobiach medzi relapsami spojeným s veľmi nepriaznivou prognózou. *Sekundárna progresia* je štádiom, ktoré nastáva po rôzne dlhom období striedania relapsov s remisiami s typickou postupujúcou invaliditou. Počas prvých 10 rokov doň prejde polovica pacientov s relapsujúca – remitujúcou formou. *Primárne progresívna forma*

s pozvoľnou progresiou invalidity od počiatku ochorenia postihuje približne 15% pacientov (Havrdová 2001, 2008). Kvôli špecifikám v klinickom obraze, rozdielom zisteným prostredníctvom zobrazovacích techník a nepriaznivej prognóze sa niekedy o tejto forme uvažuje ako o samostatnom ochorení. Vedomie rýchlej progresie sa odzrkadľuje v psychickom prežívaní (Thopson et al., 1997). Zatiaľ čo *benigna forma* sa vyznačuje nízkou aktivitou ochorenia, ojedinelý *malígny priebeh* (3% postihnutých) je spojený s včasnou ťažkou invaliditou (Klímová, 2006, Havrdová, 2008).

Prognóza ochorenia je neistá a do značnej miery individuálna, vzhľadom na rôznorodý priebeh a multifaktorálnu podmienenosť. Za jeden z medzníkov sa považuje štádium, v ktorom je jednotlivец schopný prejsť maximálne 100 m s oporou a prestávkou. Predpokladá sa, že 50 % pacientov, u ktorých sa v prvých dvoch rokoch vyskytlo 5 a viac relapsov dospeje do tohto štádia v priebehu šiestich rokov (Havrdová, 2001). Obzvlášť obávanou je trvalá invalidita. Podľa Janssenssa (2003) pacienti preceňujú riziko odkázanosti na invalidný vozík v prvých dvoch, ako aj desiatich rokoch ochorenia (reálna pravdepodobnosť je 5 - 10 a 20 - 25%), celoživotné riziko (70 - 80%) však podceňujú. Skleróza multiplex je nevyliciteľné, ale 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 (Simon, 2009). V tejto populácii je výrazne zvýšený výskyt suicidálnych pokusov a dokonaných suicíd (Feinstein, 2002). V krajinách s legalizovanou asistovanou samovraždou, 5% pacientov ukončí život týmto spôsobom (van der Wal, Onwuteaka-Philipsen, 1996). Kumpfel et al. (2007) zdôrazňujú nutnosť venovať pozornosť pacientom s najťažšími formami a rozvíjať adekvátne spôsoby paliatívnej starostlivosti.

2 Psychologický distress ako súčasť ochorenia sclerosis multiplex

V tradičnej koncepcii stresu sa pojmom distress označuje negatívne prežívaný stres (opakom je tzv. pozitívny stres – eustres). Hodnotenie osobného ohrozenia v pomere k možnostiam zvládnutia situácie je spojené s výrazne negatívnymi emóciami (Heretik, 2007, Křivohlavý, 2001). Verhaak so spolupracovníkmi (2005) predstavuje široké chápanie psychického distressu u chronicky chorých jednotlivcov. Podľa nich sa môže prejavovať rozmanitými spôsobmi – od nutnosti vynaložiť zvýšené úsilie na zvládanie a potrebnú adaptáciu, cez emocionálne symptómy (strach, úzkosť), ktoré prirodzene sprevádzajú somatické ochorenie, až po psychické poruchy. Na rozdiel od akútnych ochorení, ktoré sa vyznačujú náhlym objavením príznakov a v prípade úspešnej liečby

odoznejú v relatívne krátkej dobe, chronické ochorenia sú spojené s dlhodobými, často celoživotnými ťažkosťami, prípadne sa vyznačujú liečiteľnou akútnou fázou s možnosťou opätovného zhoršenia (Křivohlavý, 2002, Mishel, 1990).

Nástup chronického ochorenia je závažnou životnou udalosťou. Spravidla predstavuje začiatok dlhého, neraz celoživotného procesu adaptácie. Funkčné psychologické a sociálne zmeny zasahujú rozličné dimenzie života postihnutého jednotlivca (Bishop, 2005). Ľudia s chronickým ochorením sú vo zvýšenej miere ohrození psychickým distresom. Verhaak (2005) vo svojej zistil zvýšené hodnoty v porovnaní so zdravou populáciou u deviatich skupín pacientov s rôznymi typmi ochorení.

Verhaak (2005) upozorňuje na nutnosť uvažovať o chronických ochorení ako činiteli psychického distresu na viacerých úrovniach. Na *biologickej úrovni* sa zameriavame na hľadanie spoločného substrátu somatického a psychického ochorenia. Na *psychosociálnej úrovni*, nazývanej tiež úroveň kvality života, uvažujeme o špecifických charakteristikách ochorenia, ktoré môžu byť zdrojom distresu (funkčné postihnutie, nepredvídateľnosť, bolesť, hendikep, sociálna izolácia a redukcia zmysluplných aktivít) (Verhaak, 2005). Kesselring, J., Klement, N. (2001) v súvislosti so sklerózou multiplex poukazujú na náročnosť diferenciacie dôsledkov organického ochorenia a reakcie na psychickú a sociálnu záťaž, ktorá je s ním spojená.

Ochorenie sclerosis multiplex je spojené so zvýšeným rizikom vzniku psychického distresu, ktoré môžu nadobúdať charakter psychického ochorenia. V našej práci venujeme osobitnú pozornosť výskytu a špecifikám depresívnych symptómov, ako aj možnostiam cielej intervencie u pacientov so sclerosis multiplex.

2.1 Poruchy emocionality u pacientov s chronickým ochorením

Podľa údajov Britskej kráľovskej spoločnosti lekárov a psychiatrov je výskyt depresie u somatických ochorení 2 - krát častejší ako u zdravej populácie (Waghorn, 2009). Depresia je najrozšírenejším psychickým ochorením u pacientov so sklerózou multiplex, preto jej venujeme zvláštnu pozornosť. Celoživotný výskyt v zdravej populácii sa pohybuje okolo 16% (Svoboda, 2006). Kesselring a Klement (2001) predpokladajú, že depresívne epizódy sa v priebehu ochorenia objavia u väčšiny pacientov. Odhadovaná prevalencia variuje v rozpätí 23 – 60% (e.g. Siegert and Abernethy, 2005, Brown et al, 2009).

Faktory, ktoré sa podieľajú na vzniku depresívnej poruchy sa sčasti umelo rozdeľujú na biologické a psychosociálne, ktorými sa budeme podrobne zaoberať v nasledujúcej kapitole. Ak by sa na etiológii depresie podieľali len psychické mechanizmy, jej výskyt by bol rovnaký ako u iných progresívnych ochorení. Je zrejmé, že psychické činitele nemôžu vysvetliť celú varianciu depresívnej symptomatológie (Wallin, 2006). Joffe (2005) vidí vo vzájomných vzťahoch depresie a somatického ochorenia príležitosť pre pochopenie patofyziológie primárnej depresívnej poruchy. Pri tom kladie dôraz na častú komorbiditu so sklerózou multiplex a spoločné znaky oboch ochorení: multifaktorálnu etiológiu, chronický a/alebo relapsujúci priebeh, zistený súvis stresových udalostí s výskytom exacerbácií a predpokladaný imunologický základ.

Zmeny nálady sú vo všeobecnosti spojené s neurologickými ochoreniami so subkortikálnou zložkou. Neuropsychologické a zobrazovacie štúdie sa sústreďujú na identifikáciu konkrétnych oblastí alebo porušených spojov v mozgu (Wallin et al., 2006). U depresívnych jednotlivcov so sklerózou multiplex bol identifikovaný 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 lokalizovanými v mieche (Rabins et al., 1986, Feinstein et al., 2004). V psychoneuroimunologickom kontexte je pozoruhodným spoločným znakom zvýšená produkcia prozápalových cytokínov. Hladina cytokínov pri tom súvisí so stupňom depresie. Terapia depresie je spojená so supresiou T - bunkových odpovedí, pričom dlhodobo zmierňuje príznaky obidvoch ochorení (Mohr et al., 2001a). Yermiya (1997) usudzuje, že práve aktivácia imunity je podstatným etiopatogenetickým mechanizmom depresie spojenej so somatickým ochorením.

V súčasnosti je všeobecne prijímaná diagnóza maskovanej depresie, prejavujúcej sa somatickými ťažkosťami a poruchami, ktoré ustupujú po anti-depresívnej liečbe. Existencia tejto poruchy je zo psychosomatického hľadiska obzvlášť zaujímavá, keďže poukazuje na tesný vzťah depresie so somatickou symptomatológiou (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993). Napriek pribúdajúcim zisteniam o spoločnom biologickom základe depresie a sklerózy multiplex, ich etiológia nemôže byť dostatočne vysvetlená neurologickými a imunitnými činiteľmi. Reaktívny model chápe depresiú ako reakciu na stresujúce okolnosti spojené s ochorením a jeho liečbou (Waghorn, 2009).

2.2 Špecifické znaky depresie u pacientov so sklerózou multiplex

Na výskyt psychických príznakov v súvislosti so sklerózou multiplex poukázal už Charcot, prvé systematické štúdie začali vznikať v 50 – tých rokoch minulého storočia (e.g. Baldwin, 1952). Početné výskumy sa zameriavajú na zisťovanie vzťahov rozličných psychosociálnych činiteľov a depresie, často sú však fragmentárne a neponúkajú komplexnejší pohľad na charakter vzájomných súvislostí. Ukazuje sa, že prítomnosť depresie môže zhoršovať symptómy a priebeh somatického ochorenia, súvisí s non – komplianciou, zvýšenou morbiditou a mortalitou (Katon, Ciechanowski, 2002, Mohr, Cox, 2001), čím významne zasahuje kvalitu života.

Depresívne príznaky sa najčastejšie objavujú objavujú na začiatku ochorenia, pri prechode do štádia chronickej progresie a v časovej koincidencii s liečbou kortikoidami (Novotná, Ehler, 2005). Ako sa zdá, samotná dĺžka ochorenia ani postupné zhoršovanie fyzického stavu nevedie nutne k zhoršeniu depresívnych symptómov (Rocca et al., 1987, Tsivgoulis et al. 2007). Naopak obzvlášť rizikovým je obdobie po stanovení diagnózy (Kern et al., 2009) a aktuálne prežívané exacerbácie (Rocca et al., 1987). Výsledky viacerých štúdií potvrdzujú, že fyzický stav je nezávislým a zároveň stredne silným prediktorom depresie u pacientov s relapsujúco – remitujúcim priebehom, pričom vysvetľuje 10 - 15.7% celkovej variance (Lynch, Kroncke, Denney, 2001, Tsivgoulis et al., 2007). Môžeme pozorovať určité analógie s procesom smútenia po strate (Mc Reynolds, Koch, Rumrill, 1999). Pri tom proces smútenia nekončí vyrovnaním sa so stanovenou diagnózou, keďže nepredvídateľný priebeh ochorenia spojený s náhlymi exacerbáciami a manifestáciou nových príznakov vedie k opätovnej traumatizácii. Na základe výsledkov štúdií, ktoré využívajú najnovšie zobrazovacie techniky možno stupeň funkčného postihnutia použiť na hrubý odhad organickej zložky depresie (Miller et al, 1998), čo vyvracia starší názor, ktorý striktno oddeľoval funkčné a organické poškodenie (Millefiorini et al., 1986). Vzhľadom na pomerne malý podiel variance, ktorý vysvetliteľný týmto činiteľom, nemožno zhoršenie fyzického stavu považovať za spúšťač depresie. Otvára sa tak priestor pre výskum potenciálnych moderátorov a mediátorov uvedeného vzťahu, ako aj ďalších nezávislých psychosociálnych prediktorov.

Z hľadiska kognitívneho modelu afektívnych porúch nie sú tak dôležité objektívne okolnosti ako zmysel, ktorý jednotlivec pripisuje udalostiam vo svojom živote (Bates, Burns, Moorey, 1989). Mullins et al. (2001) pracujú s pojmom intruzívnosť. Ten predstavuje mieru, do akej ochorenie vytvára prekážky, ktoré sú prežívané ako interferujúce s dôležitými aktivitami

jednotlivca. Spolu s vnímanou neistotou je intruzívnosť signifikantným prediktorom distresu. Depresia pri skleróze multiplex, je rovnako ako u depresívnych jednotlivcov bez somatického ochorenia spojená so zníženou anticipáciou pozitívnych udalostí, miera negatívnej anticipácie sa neodlišuje od zdravej populácie. V depresívnej skupine je signifikantne vyšší počet očakávaných udalostí spojených s ochorením. To sčasti potvrdzuje reaktívny model. Je možné, že u depresívnych pacientov dochádza k určitému identifikovaniu s ochorením. Psychická pohoda sa potom spája so schopnosťou zachovať aspekty seba, ktoré nie sú spojené s ochorením, poprípade vytvoriť si nové (Moore et al., 2006). Zvláštnú pozornosť treba venovať vzťahu depresie a kognitívneho postihnutia, ktorý je v prípade sklerózy multiplex komplikovaný obojsmernosťou. Poruchy kognitívnych funkcií sa podieľajú na vzniku depresie (prostredníctvom reaktívneho a potenciálne i organického mechanizmu) a zároveň sú jej dôsledkom. Symptómy, často maskovanej, depresie komplikujú diagnostiku kognitívnych funkcií. Wallin (2006) zdôrazňuje nutnosť oddeleného skúmania vplyvu funkčného a kognitívneho postihnutia. Námietka sa zdá byť opodstatnenou aj v prípade iných funkčných oblastí, ktoré sa rôzne silno viažu s depresívnou symptomatológiou (Tsivgoulis et al., 2007). To môže súvisieť s mierou stigmatizácie, ako aj subjektívnej nepríjemnosti symptómov a ich významom pre sebahodnotenie jednotlivca.

Prítomnosť depresie je spojená so zvýšenou suicidálnou hrozbou. Zo 140 pacientov kanadskej „SM“ kliniky, bola u 28,6% zistená celoživotná prevalencia suicidálnych úmyslov a u 6,4% suicidálny pokus v anamnéze. Ako najvýznamnejšie prediktory sa javia závažnosť depresie, abúzus alkoholu a osamelosť (Feinstein, 2002). Suicídum bolo príčinou 28,7% úmrtí pacientov niekoľkých kanadských kliník, tento podiel 7,5 – krát prevyšuje výskyt v zdravej populácii. Často diskutovaným je súvis interferónovej liečby, ktorá má potenciál ovplyvniť priebeh ochorenia a depresie (Wallin et al., 2006). Siegert a Abernethy (2005) poukazujú na istú unáhlenosť tvrdení o negatívnom vplyve interferónov. Údaje, založené na kazuistikách, popisujúcich prípady samovrážd u pacientov liečených interferónmi, sú spochybňované novodobými výskumami. Hoci tie súvislosť s depresívnou symptomatológiou nepotvrdili, odporúča sa monitorovať ich prípadný výskyt v priebehu liečby.

2.3 Terapia depresie u pacientov so sklerózou multiplex

Napriek tomu, že depresia je frekventovaná a život ohrozujúcou komplikáciou pri ochorení sklerózy multiplex, často jej nie je venovaná primeraná pozornosť. Feinstein (2002) vo svojej štúdií upozorňuje, že až dve tretiny

depresívnych pacientov vo výskumnej vzorke bolo bez primeranej liečby. Pri tom depresia, na rozdiel od ostatných symptómov je liečiteľná s pomerne vysokou úspešnosťou. Včasná intervencia pomáha zachovať prijateľnú kvalitu života a zároveň znižuje riziko samovraždy (Wallin et al., 2006). Pri prevencii je vhodné orientovať sa na rizikové obdobia zvýšenej neistoty a podľa možnosti sa pokúsiť o jej elimináciu (Kroencke, Denney, Lynch, 2001). Waghorn (2009) zdôrazňuje nutnosť multidisciplinárnej starostlivosti o chronicky chorých, v rámci ktorej sa popri somatických ťažkostiach venuje pozornosť aj vnímaniu ochorenia, presvedčeniam a obavám pacienta.

Pri liečbe depresie spojenej so sklerózou multiplex bola preukázaná vysoká efektivita antidepresívnej liečby, ako aj psychoterapie (Mohr et al., 2000). Najväčšia pozornosť bola venovaná individuálnej i skupinovej kognitívno – behaviorálnej terapii. Tá vo veľkej miere využíva metódu kognitívneho preštrukturovania a zameriava sa na nácvik a zdokonalenie stratégií zvládania (Mohr et al., 2000). KBT intervencie vykazujú väčšiu úspešnosť ako intervencie, zamerané na vyjadrenie emócií alebo vhlád (Wallin et al., 2006). Keďže problémy s mobilitou, ako aj ďalšie symptómy niekedy neumožňujú pravidelne dochádzať na terapie, Mohr a Cox (2001). Ako alternatívne riešenie navrhujú telefonické alebo internetové intervencie. Príklad úspešného využitia telefonicky administrovanej KBT terapie dokumentujú Mohr et al. (2001b). Veľký význam má tiež členstvo v podporných skupinách a internetových fórach. Ďalšiu možnosť predstavuje edukácia v oblasti zvládania stresu, ktorý môže exacerbovať prejavy depresie), relaxačné techniky a metódy zamerané na prehodnotenie identity, poznačenej zmenou sebaobrazu, ale aj využitie rodinnej a manželskej terapie. Uvedené postupy možno aplikovať aj pri ďalších činiteľoch psychického distresu.

3 Záver

Každé chronické ochorenie predstavuje vážny zásah do všetkých oblastí života, pričom často výrazne znižuje jeho kvalitu. Napriek tomu, že bio – psycho – sociálny model a rozvíjajúca sa koncepcia psychosomatickej medicíny priniesli zásadné zmeny v koncepcii zdravia a chorobe, v prípade somatického ochorenia sú často hlavným predmetom záujmu odborníkov objektívne poruchy fyziologických funkcií, pričom emocionálnemu distresu je venovaná nedostatočná pozornosť. I keď doposiaľ neexistuje účinná liečba sklerózy multiplex 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 jednotlivcov týmto ochorením. V tomto zmysle už samotná pozornosť, ktorú venujeme chronicky chorým môže byť terapeutickou.

L I T E R A T Ú R A

- BALDWIN, M. (1952). A clinico – experimental investigation into the psychological aspects of multiplex sclerosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 115, 299 – 342.
- BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum.
- BATES, A., BURNS, D., MOOREY, S. (1989). Medical illness and the acceptance of suffering. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 19, 3, 269 – 280.
- BISHOP, M. (2005). Quality of Life and Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability. *The Journal of Rehabilitation*, 48, 4, 219 – 231.
- BROWN, R., VALPIANI, E., TENNANT, C., DUNN, S., SHARROCK, M., HODGKINSON, S., POLLARD, J. (2009). Longitudinal assessment of anxiety, depression and fatigue in people with multiplex sclerosis. *Psychology and Psychotherapy, Theory, Research and Practise*, 82, 41 – 56.
- DUFEK, M. (2009). Kognitívny dysfunkcie u roztroušenej sklerózy. *Neurologie pro praxi*, 10, 3, 165 – 171.
- FEINSTEIN, A. (2002). An examination of suicidal intent in patients with MS. *Neurology*, 59, 674 – 678.
- FONG, J., ROZEWICZ, L., QUAHHEBEUER, G., THOMPSON, A., MILER, D., RON, M. (1998). Neuropsychological deficits in multiplex sclerosis after acute relaps. *Journal of Neurosurgery and Psychiatry*, 64, 529 – 532.
- HAVRDOVÁ, E. (2001). *Neuroimunologie*. Praha: Maxdorf.
- HAVRDOVÁ, E. (2008). Roztroušená skleróza. *Československá Neurologie*, 71, 2, 121 – 132.
- HERETIK, A. (2007). *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof.
- JANSSENS, C., DE BOER, J., VAN DOORN, P., VAN DER PLOEG, H., VAN DER MECHÉ, F., PASSCHIER, J., HINTZEN, R. (2003). Expectations of wheelchair-dependency in recently diagnosed patients with multiple sclerosis and their partners. *European Journal of Neurology*, 10, 3, 287-93.
- JAVŮRKOVÁ, A. (2001). Neuropsychologické vyšetření u pacientů s roztroušenou sklerózou. *Československá psychologie*, 45, 3, 208 – 215.
- JOFFE, R. (2005). Depression and multiple sclerosis: a potential way to understand the biology of major depressive illness. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30, 1, 9 – 10.
- KATON, W., CIECHANOWSKI, P. (2002). Effect of major depression on chronic, medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 859 – 863.
- KESSELRING, J., KLEMENT, N. (2001). Cognitive and affective disturbances in multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 3, 180 – 183.
- KLÍMOVÁ, E. (2006). Sclerosis multiplex – informácie pre prax. *Via practica*, 3, 5, 249 – 255.
- KROENCKE, D., DENNEY, D., LYNCH, S. (2001). Depression in exacerbations in multiple sclerosis: the importance of uncertainty. *Multiple Sclerosis*, 7, 237 – 242.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.

- KÜMPFEL, T., HOFFMANN, LA., PÖLMANN, W., RIECKMANN, P., KÜHNBACH, R., BORASIO, G., VOLTZ, R. (2007). Palliative care in patients with severe MS. *Palliative Medicine*, 21, 109 – 114.
- LYNCH, S., KROENCKE, D., DENNEY, D. (2001). The relationship between disability and depression in MS: the role of uncertainty, coping and hope. *Multiple Sclerosis*, 7, 411 – 416.
- MCREYNOLDS, C., KOCH, L., RUMRILL, P. (1999). Psychosocial adjustment to multiple sclerosis: implications for rehabilitation professionals. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 12, 2, 83 – 91.
- MILLEFIORINI, E., PADOVANI, A., POZZILLI, C., LORIEDO, C., BASTIANELLO, S., BUTTINELLI, C., DI PIERO, V., FIESCHI, C. (1986). Depression in the early phase of MS: influence of functional disability, cognitive impairment and brain abnormalities. *Acta Neurologica Scandinavica*, 86, 4, 354–348.
- MILLER, D., GROSSMANN, R., REINGOLD, S., MCFARLAND, H. (1998). The role of understanding and managing multiple sclerosis. *Brain*, 121, 3 – 24.
- MISHEL, M. (1988). Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 20, 4, 225 – 232.
- MISHEL, M. (1990). Reconceptualization of Uncertainty in Illness Theory. *Journal of Nursing Scholarship*, 22, 4, 256 – 261.
- MKCH – 10 (1994). Bratislava: Obzor.
- MOHR, D. COX, D.(2001). Multiple Sclerosis: Empirical literature for the clinical health psychologist. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 4, 479 – 499.
- MOHR, D., GOODKIN, D., ISLAR, J., HAUSER, S., GENAIN, C. (2001a). Treatment of depression is associated with suppression of nonspecific and antigen – specific T(H)1 response in major depression disorder. *Archives of Neurology*, 58, 7, 1081 – 1086. 21
- MOHR, D., LIKOWSKY, W., BERTAGNOLLI, A., GOODKIN, D., VAN DER WENDE, J., DWYER, P., DICK, L. (2001b). Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 2, 356 – 361.
- MOHR, D.C., LIKOSKY, W., BERTAGNOLLI, A., GOODKIN, D.E., VAN DER WENDE, J., DWYER, P., DICK, L.P. (2000). Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 2, 356 – 361.
- MOORE, A., MACLEOD, A., BARNES, D., LANGDON, D. (2006). Future – directed thinking and depression in relapsing – remitting multiplex sclerosis. *British Journal of Health Psychology*, 11, 663 – 675.
- MULLINS, L., COTE, M., FUEMMELER, B., JEAN, V., BEATH, W., PAUL, R. (2001). Illness intrusiveness, uncertainty and distress in individuals with multiplex sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 46, 139 – 153.
- NOVOTNÁ, A., EHLER, E. (2005). Výskyt deprese u nemocných s roztroušenou sklerózou. *Psychiatrie pro praxi*, 66, 294 – 296.
- RABINS, P., BROOKS, B., O'DONNELL, PEARSON, G., MOBERG, B., JUBELL, B., CYLE, P., DALOS, N., FOLSTEIN, F. (1986). Structural brain correlates of emotional disorder in multiplex sclerosis. *Brain*, 109 4, 585 – 597.
- ROCCA, N., SCHEINBERG, L., KAPLAN, S. (1987). Disease Characteristics and Psychological Státus in Multiple Sclerosis. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 1, 4, 171 – 178.
- SIEGERT, R., ABERNETHY, D. (2005) Depression in multiple sclerosis: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 76, 469 – 475.
- SIMON, A. (2009) Multiple Sclerosis, *ADAM Reports*, 6/23, 1 – 7.
- SVOBODA, S. (Ed.), Češková, E., Kučerová, H. (2006) *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.

- SZILAIÓVÁ, J. (2012) Včasná diagnostika a liečba sclerosis multiplex. *Lekárske listy*, 14, 10.
- THOMPSON, A., POLMAN, C., MILLER, D., MC DONALD, W., BROCHET, B., FILIPPI, M., MONTALBAN, X., DE SÁ, J. (1998). Primary progressive multiple sclerosis. *Brain*, 120, 6, 1085 – 1096.
- TRAPP, B., RANSOHOFF, R., FISCHER, E., RUDICK, R. (1999). Neurodegeneration in Multiple Sclerosis: Relationship to Neurological Disability. *Neuroscientist*, 5, 48 – 56.
- TSIVGOULIS, G., TRIANTAFYLLOU, N., PAPAGEORGIOU, C., EVANGELOPOULOS, M., KARARIZOU, E., SFAGOS, C., VASSILOPOULOS, D. (2007). Associations of the Expanded Disability Status Scale with anxiety and depression in multiple sclerosis outpatients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 115, 1, 67 – 72.
- VAN DER WAL G., ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B. (1996). Cases of euthanasia and assisted suicide reported to the public prosecutor in North Holland over 10 years. *BMJ*, 312, March 9, 612 – 613.
- VERHAAK, P., HEIJMANS, M., PETERS, L., RIJKEN, M. (2005). Chronic Disorder and mental disorder. *Social Science and Medicine*, 60, 4, 789 – 797.
- WAGHORN, J. (2009). Depression in chronic medical illness. *Mental Health Practise*, 12, 9, 16 – 20.
- WALLIN, M., WILKEN, J., TURNER, A., WILLIAMS, R., KANE, R. (2006). Depression and multiple sclerosis: A review of lethal combination. *JN of Rehabilitation Research and Development*, 43, 1, 45 – 62.
- YERMIYA, R. (1997). Behavioral and psychological effects of immune activation: implications for depression due to medical condition. *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 6, 470 – 476.

Štúdiá bola realizovaná s podporou agentúry VEGA č. 1/0083/15 Vzťah kognitívnych schopností a funkčnej asymetrie mozgových hemisfér.