

## PSYCHOSOMATIC AND BEHAVIOURAL MEDICINE AND CROHN'S DISEASE

PRIKAZSKA M, CVIKOVA V

### CROHNOVA CHOROBA Z HLADISKA PSYCHOSOMATICKEJ A BEHAVIORÁLNEJ MEDICÍNY

#### Abstract

**Prikazska M, Cvikova V:**  
**Psychosomatic and Behavioural Medicine and Crohn's Disease**  
 Bratisl Lek Listy 1999; 100 (4): 210–214

In a group of patients suffering from Crohn's disease increased incidence of affective symptoms, mainly high degree of neurosis and depressions, was detected with the use of psychological methods. Social relations and status may influence the course of the disease. Social support, information on the disease and patients higher educational degree have positive effects on the acceptance and compliance of the disease. Surprisingly negatively is the disease influenced by stable partnership and parenthood. Affective symptoms can be managed with the use of psychological methods. We proved it on reconditioning stays with structured programme. Their application led to reduction of neurotic and depressive symptoms, improvement of physical condition, better ability to relax physically and emotionally, the ability to harmonise psychical and physical functions, to cope with stress and the patients have established social contacts with other persons suffering from the same disease with the aim to promote conscious care of one's own health condition. Psycho-educational programme is extraordinary important in new diagnosed patients, for their ability to cope with the disease, and as a help for their future life arrangement. The techniques used to deal with stress can be helpful for prolonging the remission period. It was confirmed that psychological methods may contribute to life quality improvement in Crohn's disease patients. Self-help activities in the form of clubs and reconditioning stays reveal as very useful. Psycho-social intervention should become a part of complex care of patients with Crohn's disease. (*Tab. 1, Fig. 1, Ref. 22.*)

**Key words:** Crohn's disease, psychosomatic, behavioural medicine, reconditioning stay, affective symptoms.

Vplyvom prehľbujúcej sa špecializácie, ktorá je jedným zo základných trendov medicíny 20. storočia (20), sa ukázalo, že štúdium patogenézy chorôb tradičným spôsobom neprináša vždy očakávané objasnenia. Akceptovanie **bio-psycho-sociálneho modelu** patogenézy chorôb sa tak stalo nevyhnutnosťou.

Research Institute of Nutrition, Bratislava  
**Address for correspondence:** M. Prikazska, MD, PhD, VUV, Limbova 14, SK-833 37 Bratislava, Slovakia.  
 Phone/Fax: +421.7.5477 3968

#### Abstrakt

**Príkazská M., Cviková V.:**  
**Crohnova choroba z hľadiska psychosomatickej a behaviorálnej medicíny**  
 Bratisl. lek. Listy, 100, 1999, č. 4, s. 210–214

V skupine pacientov s Crohnovou chorobou sme psychologickými metódami zistili zvýšenú mieru afektívnych symptómov, najmä vysoký stupeň neurotizmu a depresie. Sociálne vzťahy a podmienky ovplyvňujú chorobu. Na jej akceptáciu a znášanie pozitívne vplyva najmä sociálna podpora, informovanosť o chorobe a vzdelanie pacienta. Prekvapujúco negatívne vplyva trvalý partnerský vzťah a rodičovstvo. Prejav afektívnych symptómov sú psychologickými metódami ovplyvniteľné. Overili sme to na rekondičných pobytoch so štruktúrovaným programom. Po jeho aplikácii ubudli u zúčastnených pacientov neurotické a depresívne symptómy, zlepšila sa ich fyzická kondícia, získali schopnosť fyzicky a psychicky sa uvoľniť, harmonizovať fyzické a psychické funkcie, zvládať stres a najmä nadviazali sociálne vzťahy s ľuďmi s rovnakým ochorením s dôrazom na vedomú starostlivosť o vlastné zdravie. Psychoedukačný program má mimoriadny význam najmä pre novodiagnostikovaných pacientov, pre ich vyrovnávanie sa s chorobou, aj ako podpora pri usporiadaní ich ďalšieho života. Techniky na zvládanie stresu môžu prispieť k predĺženiu obdobia remisie. Potvrdila sa možnosť prispieť k zlepšeniu kvality života pacientov s Crohnovou chorobou podpornou liečbou psychologickými metódami. Svojpomocné aktivity vo forme klubov a rekondičných pobytov sa ukazujú pre pacientov veľmi prospešné. Psychosociálna intervencia by sa mala stať súčasťou starostlivosti o pacientov. (*Tab. 1, obr. 1, lit. 21.*)

**Kľúčové slová:** Crohnova choroba, psychosomatika, behaviorálna medicína, rekondičný pobyt, afektívne symptómy.

Psychosomatická a behaviorálna medicína, ktorá psychické a sociálne faktory v zmysle uvedeného modelu dáva do súvislosti so somatickými prejavmi, prispieva k objasneniu patogenézy a etiológie porúch a chorôb a k ich podpornej, niekedy aj kauzálnej liečbe.

Výskumný ústav výživy v Bratislave  
**Adresa:** MUDr. M. Príkazská, CSc., VÚV, Limbová 14, 833 37 Bratislava.

**Psychosomatická medicína** sa systematickejšie začala rozvíjať od 30. rokov nášho storočia (21). Napriek svojej dlhoročnej existencii doteraz nie je uceleným smerom s jednotne definovaným obsahom, predmetom a pojmami (5, 12), aj keď sa celosvetové zjednotenie pre potreby praxe rýchlo realizuje. Vcelku možno prijať definíciu, že **psychosomatika** je vedná oblasť, ktorá sa zaoberá významom psychických činiteľov pri vzniku, rozvoji, liečbe a prevencii somatických porúch a chorôb (9, 10, 21). Za hlavné **psychogénne činitele** sa považujú:

- citové zážitky (strach, zlosť, depresia, hostilita, citové napätie);
- psychologický stres alebo dlhotrvajúca nadmerná záťaž, stresové životné udalosti;
- zhoršená schopnosť adaptácie, neschopnosť zvládnuť náročnejšie podmienky prostredia, nevhodný spôsob života;
- určitá kombinácia osobnostných charakteristík a kompenzačné mechanizmy osobnosti.

Roku 1960 Engel (3) poukázal na multifaktoriálny základ psychosomatických porúch a chorôb. Pri ich vzniku a rozvoji sú biologické, psychologické a sociálne činitele vo vzájomnej interakcii (21). Koncept multifaktoriálnej genézy chorôb našiel svoj výraz aj v bio-psycho-sociálnom modeli a stal sa východiskom pre **behaviorálnu medicínu** ako „interdisciplinárnu oblasť integrujúcu poznatky biomedicínske a poznatky o správaní relevantné pre zdravie a chorobu“ (11).

Z pohľadu psychosomatickej a behaviorálnej medicíny sme analyzovali skupinu pacientov s overenou Crohnovou chorobou, ktorú mnohí zaraďujú medzi psychosomatické ochorenia.

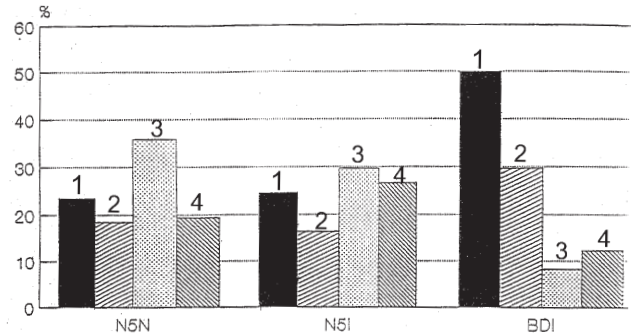
## Materiál a metodika

Pomocou informatívneho dotazníka sme od 98 pacientov s verifikovanou Crohnovou chorobou získali socioekonomické údaje, ako aj osobné údaje o ich partnerskom živote, rodičovstve, vzdelaní, o reakcii sociálneho prostredia na ich ochorenie a o ich vlastnej informovanosti o chorobe. Základnú psychologickú charakteristiku pacientov sme získali vyhodnotením nasledujúcej batérie psychologických dotazníkov zameraných na určenie miery ich afektívnej symptomatológie:

- BDI — Beck Depression Inventory (2) — sebaopisová škála na meranie intenzity depresie, ktorá zachytáva intenzitu 21 depresívnych symptómov.
- STAI — Spielbergov dotazník na meranie úzkosti ako aktuálneho stavu (STAI-X1) a úzkostlivosti ako stálej osobnostnej charakteristiky (STAI-X2), úprava Ruisel (19).
- N5 — dotazník na meranie neurotických tendencií. Sebapodpisová škála zachytáva intenzitu neuroticizmu ako klinickej jednotky. Skóre intenzity sa získava súčtom 33 neurotických symptómov (6).

Vybraný súbor 43 pacientov s extrémne nízkou a extrémne vysokou mierou neuroticizmu sme analyzovali podrobnejšie dotazníkom životných udalostí a ďalšími metódami, ktorými sme zisťovali osobnostnú charakteristiku pacientov (17).

Výsledky našich zistení (16, 17, 7) nás viedli k úvahe, že psychologickou intervenciou by bolo možné zlepšiť kvalitu života pacientov s Crohnovou chorobou. Psychologické metódy sme aplikovali počas rekondičných pobytov pacientov, ktoré sme organizovali každoročne od roku 1994 v kúpeľoch Sklené Teplice a Du-



**Fig. 1. Intensity degree of affective symptomatology in relation to Crohn's disease patients. 1 — norm, 2 — mild, 3 — severe, 4 — very severe, N — number, I — intensity, N5 — neurotic tendency, BDI — depressive tendency.**

**Obr. 1. Stupeň intenzity afektívnych symptómov u pacientov s Crohnovou chorobou. 1 — norma, 2 — mierne, 3 — silné, 4 — veľmi silné, N — počet, I — intenzita, N5 — neurotické tendencie, BDI — depresívne tendencie.**

dince na báze dobrovoľnej organizácie Crohn klub, ktorý združuje pacientov a ich priaznivcov z celého Slovenska. Na rekondičnom pobyte sa zúčastňovalo 12—15 pacientov počas 10—14 dní. Program rekondičného pobytu pozostával z časti medicínsko-vzdelávacej, psychologickéj, fyzicko-pohybovej a kultúrno-spoločenskej. Zabezpečovali ho lekári rôznych odborov, psychológ, diétna sestra a cvičiteľ jogy.

## Výsledky

Analyzovaný súbor tvorilo 98 pacientov, z toho 48 mužov (49 %) a 50 žien (51 %). Priemerný vek pacientov bol 42 rokov, priemerná dĺžka trvania choroby 8 rokov. 65 % probandov žilo v trvalom partnerskom vŕahu, 25 % bez neho. Základné vzdelanie dosiahlo 29 % a vyššie (ukončené stredné a vysokoškolské) 61 % chorých.

Informovanosť o chorobe hodnotilo 54 % pacientov ako nedostatočnú. Pri hodnotení reakcie okolia na chorobu sa ukázalo, že približne polovici pacientov malo okolie snahu pomôcť a v druhej polovici sa správalo okolie k chorobe nevšímavo.

Dôležitý je údaj pacientov o vzťahu stresu a Crohnovej choroby. Až v 57 % dávali stresové situácie do príčinnej a časovej súvislosti so vznikom príznakov choroby.

Podľa výsledkov dotazníka BDI malo extrémne vysokú mieru neuroticizmu 21 (48,8 %) a extrémne nízku 22 (51,2 %) pacientov. V tomto vybranom súbore 43 pacientov sme vyšetrovali aj interpersonálne faktory osobnosti, ktoré, ako sa ukázalo, podmienňovali ich afektívne prežívanie. Skúmali sme aj vplyv životných udalostí na túto vybranú skupinu a zistili sme, že pacienti s vysokou mierou neuroticizmu prežili viac negatívnych životných udalostí. Možno tiež konštatovať, že pacienti s nízkou mierou neuroticizmu majú trend k stabilnejšej a harmonickejšej osobnosti ako pacienti s vysokým stupňom neuroticizmu (17).

Na obrázku 1 je znázornené rozdelenie skóre súboru podľa výsledkov dotazníka BDI do 4 stupňov intenzity — norma, mierny, silný a veľmi silný stupeň neuroticizmu a depresivity. Vidieť, že 3/4 pacientov sa nachádza v pásme neuroticizmu, polovica z nich v pásme silného a veľmi silného. V miere depresivity sa mimo normy

**Tab. 1. Affective symptomatology of CD patients, dependence.**  
**Tab. 1. Afektívna symptomatológia pacientov s MC a jej závislosť.**

a) od pohlavia/of sex

	Muži/Men			Ženy/Women			t
	n	x	SD	n	x	SD	
STAIx1	47	46,10	9,72	47	57,58	78,81	-1,000
STAIx2	47	46,10	8,73	47	50,04	10,67	-1,956*
N5N	47	15,63	8,12	48	17,27	8,05	-0,983
N5I	47	20,78	13,26	48	26,83	15,61	-2,035*
BDI	47	11,27	8,78	102	12,93	8,26	-0,954

b) od partnerstva/of partnership

	S trvalým partnerom With permanent partner			Bez trvalého partnera Without permanent partner			t
	n	x	SD	n	x	SD	
STAIx1	63	47,93	11,11	22	66,90	114,7	0,775
STAIx2	63	49,31	9,91	22	45,27	10,37	-1,593
N5N	64	17,34	8,27	22	14,14	7,86	-1,628
N5I	64	25,89	15,46	22	19,45	13,26	-1,879
BDI	63	12,92	9,01	24	9,29	6,72	-2,037*

c) od vzdelania/of education

	Základné/Basic			Vyššie/Higher			t
	n	x	SD	n	x	SD	
STAIx1	26	49,73	9,83	59	54,22	70,34	0,4807
STAIx2	26	53,07	9,00	59	46,15	9,93	-3,164**
N5N	27	20,14	6,11	59	14,86	8,60	-3,253**
N5I	27	30,77	12,00	59	21,25	15,54	-3,100**
BDI	27	15,59	7,28	60	10,26	8,63	-2,974

d) od sociálnej podpory/of social support

	Pozitívna/Positive			Lahostajná/Poor			t
	n	x	SD	n	x	SD	
STAIx1	34	46,35	11,89	51	57,17	75,20	-1,009
STAIx2	34	47,35	9,22	51	48,88	10,73	-0,701
N5N	34	15,50	8,30	52	17,19	8,21	-0,927
N5I	34	22,82	14,56	52	25,17	15,54	-0,712
BDI	35	11,74	8,04	52	12,03	8,97	-0,160

e) od informovanosti/of level of knowledge

	Informovaní/Informed			Neinformovaní/Un informed			t
	n	x	SD	n	x	SD	
STAIx1	38	58,73	87,23	45	48,00	10,55	0,754
STAIx2	38	46,44	9,17	45	49,60	10,38	-1,468
N5N	38	15,84	7,63	46	17,21	8,62	-0,775
N5I	38	22,18	13,76	46	26,02	15,88	-1,186
BDI	39	10,56	8,60	46	13,06	8,38	-1,351

\*  $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,001$

nachádza problízne polovica pacientov, pričom približne 20% v pásme silnej a veľmi silnej depresie. Zo symptómov depresie sa najčastejšie vyskytovali (poradie podľa počtu výskytu): únavnosť, nevykonnosť, pesimizmus, poruchy spánku, iritabilita, menej autoakuzácia, anhedónia, sexuálna apetencia a sebanenávisť.

Ako vyplynulo z dotazníka N5, pacienti udávali nasledujúce neurotické symptómy (poradie podľa zostupného počtu výskytu): strach o zdravie, únava a vyčerpanosť, podráždenosť, ospalosť cez deň, smú-

tok, precitlivosť, zlú výkonnosť, úzkosť, strach z budúcnosti. Vidieť, že položky z oboch uvedených dotazníkov sa dopĺňajú.

Výsledky vyhodnotenia dotazníkov STAI X1,2, N5N, N5I a BDI (Studentov t-test) ukázali závislosť afektívnych symptómov od pohlavia, partnerstva, vzdelania, sociálnej podpory a informovanosti o chorobe. Štatisticky boli významne vyššie hodnoty celkovej intenzity neuroticizmu a úzkostlivosti u žien, ako u mužov (tab. 1 a). Pacienti žijúci v trvalom partnerstve mali signifikantne viac neuro-

tických a depresívnych príznakov ako pacienti bez partnera (tab. 1 b). Takmer rovnaké výsledky sme zistili pri porovnaní pacientov s deťmi s bezdetnými pacientmi. Konštatujeme, že pozitívny vplyv partnerstva a rodičovstva známy u pacientov s kardiovaskulárnymi ochoreniami sa prekvapujúco pri Crohnovej chorobe neprejavil. Probandi s vyšším vzdelaním mali menej afektívnych symptómov (tab. 1 c). Všetky afektívne premenné boli vyššie u pacientov s ľahostajnou sociálnou podporou. Sociálna podpora teda pôsobí na človeka stabilizujúco, znižuje prejavy afektívnych symptómov (tab. 1 d). Pacienti s lepšou informovanosťou o chorobe javili tendenciu k nižšej miere depresivity, neuroticizmu, úzkosti a úzkostlivosti, teda naopak ako pri IM (tab. 1 e).

Vychádzajúc z predpokladu, že príznaky afektívnych symptómov, ktoré sme u našich pacientov zistili v prekvapujúco vysokej miere, negatívne vplyvajú na kvalitu ich života, hľadali sme spôsob možnosti ich ovplyvnenia. Na aplikáciu a overenie účinnosti psychologických aktivít sa nám zdali najvhodnejšie rekondičné pobyty, pre ktoré sme vypracovali štruktúrovaný program. Jeho hlavným cieľom bolo prispieť k zlepšeniu kvality života pacientov a motivovať ich k vedomej starostlivosti o vlastné zdravie. Program pozostával zo štyroch častí:

1. *Medicínsko-vzdelávaciu časť* sme zamerali na poskytnutie potrebných kvalifikovaných informácií o ochorení. Pacienti ich získali v primeranom rozsahu a zrozumiteľnom podaní od odborných lekárov (internista, gastroenterológ, röntgenológ, chirurg, reumatológ, diétológ). Oboznámili sa s diagnostickými metódami a liečebnými možnosťami, s mimočrevnými prejavmi ich základnej choroby a so základmi diétného stravovania. Cieľom bolo obmedziť obavy z nepoznaných skutočností, zmeniť strach z lekárskeho úkonu na vedomú spoluprácu, dať na správnu mieru otázky pravidelnej lekárskej kontroly a sebakontroly.

2. *Psychologickú časť* viedol klinický psychológ a pozostávala z niekoľkých aktivít:

- nácvikom autogénneho tréningu si pacienti osvojovali schopnosť fyzicky a psychicky relaxovať;
- skupinová psychoterapia upriamila pozornosť pacientov na ich duševný život, na sebaopoznanie, na výhody poskytovania si vzájomnej opory ľudí s rovnakým ochorením, na vytváranie pocitu spolupatričnosti;
- zmiernovať negatívne účinky stresu na organizmus sa pacienti učili pomocou upraveného programu PROPRES.

3. *Fyzicko-pohybová časť* zlepšila fyzickú kondíciu pacientov. Zahŕňala:

- individuálne ordinovanú kúpeľno-rehabilitačnú starostlivosť;
- cvičenie jogy vedené profesionálnym cvičiteľom s cieľom harmonizovať telesné a duševné funkcie (cvičenie bolo skupinové a pre pacientov s osteoartikulárnymi mimočrevnými prejavmi MC aj individuálne, čo sa výrazným zlepšením prejavilo najmä u pacientov s Bechterevovou chorobou);
- podobný cieľ mali aj pravidelné vychádzky do prírody, niekedy spojené so zberom húb, šípok a pod.

4. *V kultúrno-spoločenskej časti* navštevovali účastníci pobytu historické pamiatky, múzeá, filmy, organizovali športové súťaže, turnaje a spoločenské večery.

Pri kontrolných vyšetrovaniach sme mohli konštatovať, že u pacientov, ktorí sa zúčastnili na rekondičnom pobyte, a zvlášť u tých, ktorí sa na ňom zúčastnili opakovane, ubudli neurotické a depresívne symptómy, zvýšila sa ich fyzická kondícia, získali schop-

nosť fyzicky aj psychicky relaxovať. Nesmierne dôležitým sa ukázalo nadviazanie sociálnych vzťahov medzi ľuďmi s rovnakou chorobou s dôrazom na vedomú starostlivosť o vlastné zdravie. Výsledky budeme dlhodobo sledovať najmä z hľadiska možného ovplyvnenia recidív zápalu.

## Diskusia a závery

Crohnova choroba (MC) je trvalým diagnostickým a terapeutickým problémom. Príčina jej vzniku je neznáma a liečba často nedostatočne účinná. Objasnila sa genetická dispozícia tejto choroby, pripúšťa sa možný maligný potenciál. V posledných rokoch sa nazhromaždilo veľa nových poznatkov o jej patogenéze. Vedie to k rôznym, často sľubným, experimentálnym spôsobom liečby. K čoraz šetrnejšej chirurgickej a stále sa zlepšujúcej konzervatívnej liečbe (využívajúcej nové poznatky v imunomodulácii) sa stále častejšie využíva podporná (nie je exaktne overená, či aj kauzálna) liečba psychologickými metódami. Tieto súvislosti vyplývajú zo súčasne preferovanej psycho-neuro-immunologickej teórie ako o báze psychosomatických chorôb, medzi ktoré sa zaraďuje aj MC.

Ak k skutočnosti, že MC je chronické, resp. celoživotné ochorenie, pridáme ďalšie nepríjemné vlastnosti choroby, ako je vznik v mladom veku, časté recidívy a výskyt mimočrevných prejavov, je zreteľné, že každá možnosť zlepšenia kvality života je významná. Kvalita života je pojem zahŕňajúci širokú paletu (často veľmi subjektívnych a veľmi rozdielnych) názorov. Je to aj výraz vyjadrujúci podstatu všetkých druhov liečby. Dodáva novú dimenziu pacientovmu pohľadu na zdravie a posúdeniu jeho osobnej pohody. Posudzovanie liečby malo donedávna dve hlavné kritériá: účinnosť a šetrnosť. Teraz musíme akceptovať aj tretí parameter: hodnotenie jej vplyvu na kvalitu života (8). Sme len na začiatku tejto novej oblasti hodnotenia. Keďže sa ukazuje pre pacienta veľmi dôležitá, vypracúvajú sa kritériá na jej objektívne hodnotenie a včleňuje sa do klinických výskumov v oblasti gastroenterológie.

Psychologickými faktormi u pacientov s ulceróznou kolitídou sa zaoberali viacerí autori (4, 18, 14, 1). O Crohnovej chorobe je z hľadiska týchto vzťahov málo literatúry, väčšinou iba ako prídavok k ulceróznej kolitíde (13, 15). Pri našich sledovaniach sme zistili, že pacienti s MC majú vysoký stupeň neurotických a depresívnych symptómov. Príznaky sú psychologickými metódami ovplyvniteľné. Overili sme si to na skupine pacientov, u ktorých štruktúrovaný program na rekondičných pobytoch priaznivo vplýval na kvalitu ich života v najširšom slova zmysle. Ukázalo sa, že aj pre lepšie znášanie choroby sú pre nich potrebné kvalifikované informácie a sociálna podpora. Pacient v remisii sa nelíši od zdravých. Zato človek v chorobe má spravidla pocit izolácie. Lekári dobre rozumejú chorobe, už menej pacienti. Preto sú preňho dôležité informácie, kontakty s okolím a so spolupacientmi (môže o chorobe voľne hovoriť, "maličkosti" zdravých mu strpčujú život atď.). Aplikácia štruktúrovaného programu počas rekondičných pobytov a vlastný princíp združenia pacientov v Crohn klube majú nezastupiteľné miesto v komplexnom liečebnom programe.

## Literatúra

1. Addolorato G., Caproto E., Stefanini GF., Gasbarrini G.: Inflammatory Bowel Disease: A Study of the Association between Anxiety and

depression, Physical Morbidity, and Nutritional Status. *Scand. J. Gastroenterol.*, 32, 1997, s. 1013–1021.

2. **Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al.:** An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 4, 1961, s. 561–571.

3. **Engel G.L.:** A unified concept of health and disease. *Perspect. Biol. Med.*, 3, 1960, s. 459–485.

4. **Engel G.L.:** Biologic and psychologic aspects of the ulcerative colitis patients. *Gastroenterology*, 40, 1961, s. 313–322.

5. **Engel G.L.:** The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 1977, 1286, s. 129–136.

6. **Engelsman F.:** Posudzovací škály v psychiatrii. Správy VÚPS Praha, 1967, s. 432.

7. **Heretík A., Korbašová S., Matejíčková V., Příkazská M.:** Afektívna symptomatológia u pacientov s nešpecifickými črevnými zápalovými ochoreniami. *Čs. Psychiat.*, 90, 1994, s. 91–96.

8. **Hunt R.H.:** Quality of Life — The Challenges Ahead. *Scand. J. Gastroenterol.*, 28, 1993, Suppl. 199, s. 2–4.

9. **Kondáš O.:** Klinická psychológia. Martin, Osveta 1980.

10. **Kondáš O.:** Niektoré psychologické aspekty upevňovania a rozvíjania zdravia v zmysle iniciatívy svetovej zdravotníckej organizácie. *Čs. Psychologie*, 33, 1989, s. 101–111.

11. **Krantz D.S., Glass D.C., Contrada R., Miller N.E.:** Behavior and health: mechanisms and research issues. *Soc. Sci. Res. Counc. Items*, 35, 1981, s. 1–6.

12. **Lipowski Z.J.:** Psychosomatic medicine: Past and present. *Canad. J. Psychiat.*, 31, 1986, s. 2–21.

13. **Love J.R., Irvine E.J., Fedorak R.N.:** Quality of life in inflammatory bowel disease. *J. Clin. Gastroenterol.*, 14, 1992, s. 15–19.

14. **Murray C.D.:** Psychogenic factors in the etiology of ulcerative colitis and bloody diarrhea. *Amer. J. Med. Sci.*, 180, 1930, s. 239.

15. **Olden K.W.:** Inflammatory bowel disease: A biopsychosocial perspective. *Psychiatr. Ann.*, 22, 1992, s. 619–622.

16. **Príkazská M., Letkovičová M., Matejíčková V.:** Crohn's disease in Slovakia: Prevalence, socioeconomic and psychological analysis. *Europ. J. Epidemiol.*, 14, 1998, s. 49–53.

17. **Príkazská M., Cviková V., Korbašová S.:** Psychosociálna charakteristika pacientov s nešpecifickými črevnými zápalmi. *Prakt. Lék.*, 1998, in press.

18. **Ramchandani D., Schindler B., Katz J.:** Evolving concepts of psychopathology in inflammatory bowel disease. *Med. Clin. N. Amer.*, 6, 1994, s. 1321–1330.

19. **Ruisel I., Mullner J., Farkaš G.:** Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti. Príručka. Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy 1980, 165 s.

20. **Šimek J.:** Emocný život psychosomatických nemocných. Zprávy VÚPs", 66, Praha 1985.

21. **Žucha I.:** Problémy psychosomatiky v medicíne. Bratislava, KÚNZ 1989.

Do redakcie došlo 25. 11. 1998.

## PREDSTAVUJEME NOVÉ KNIHY

**Kalvach P. a kol.:** *Mozkové ischemie a hemoragie*. Praha, Grada Publ. 1997, 120 čb obr., 17 obr. farebná príloha, V4, B5, 440 s., cena 594 Sk.



sokeje úmrtnosti na kardiovaskulárne a cerebrovaskulárne ochorenia, o nízkej strednej dĺžke života a ďalších parametroch. Autori

Predstavovaná kniha doc. MUDr. Pavla Kalvacha, CSc., je cenným príspevkom k „Dekáde mozgu“, ktorú vyhlásila SZO. Táto výzva má za cieľ zlepšiť starostlivosť najmä o pacientov s cerebrovaskulárnymi chorobami. Okrem odbrých predpokladov iste sú spolurozhodujúce aj organizačné zmeny, starostlivosť o pacientov v chronických štádiách, neurorehabilitácia a ďalšie. O tom, že táto výzva sa nás dotýka, osobitne svedčia neradostné štatistické údaje o vy-

rozdelili knihu do 15 kapitol: epidemiológia a rizikové faktory cievnych ochorení mozgu, anatomické a fyziologické poznámky krvného zásobenia mozgu, mozgová ischemia, mozgová hemorágia, CT a MRI v diagnostike iktov, pozitronová emisná tomografia, mozgovomiechový mok pri cerebrálnych ochoreniach, oftalmodynamometria a grafia, prevencia a liečba cievnych mozgových príhod, chirurgia cievnych ochorení mozgu, rehabilitácia, internistické aspekty cievnych mozgových príhod. Celá kniha je vhodne a názorne doplnená obrazovou dokumentáciou, je k dispozícii dostatočný počet literárnych odkazov a obsažený vecný index.

V závere možno len konštatovať, že autori naplnili svoj úmysel a poskytli odbornej verejnosti utriedené najnovšie poznatky z takej závažnej a pre každého lekára zásadnej oblasti, ako je mozgová ischemia a krvácanie do mozgu. Odporúčam knihu do pozornosti neurológom, internistom, geriatrom, ale aj psychiatrom, psychologom a rehabilitačným pracovníkom.

M. Bernadič