

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY
PACIENTŮ S NESPECIFICKÝMI
STŘEVNÍMI ZÁNĚTY

PERSONALITY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH
INFLAMMATORY BOWEL DISEASES



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Kateřina Pokorná**

Vedoucí práce: **PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.**

Olomouc

2018

Děkuji panu PhDr. Radku Obereignerů. Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a čas, který věnoval konzultacím. Ráda bych poděkovala panu MUDr. Antonínovi Pokornému, který mi výzkum ve své ordinaci umožnil. Také děkuji pacientům a všem ostatním, kteří se do výzkumu zapojili a obětovali mu svůj čas. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině a Jiřímu za pomoc a podporu.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Osobnostní charakteristiky pacientů s nespecifickými střevními záněty“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

OBSAH

Úvod.....	5
Teoretická část.....	7
1 Psychosomatika.....	8
1.1 Vymezení pojmů psychosomatické onemocnění a somatopsychická porucha	8
1.2 Moderní pojetí psychosomatiky.....	9
1.2.1 Bio-psycho-sociální model.....	9
1.3 Psychosomatické teorie a koncepce.....	10
1.3.1 Specifické koncepce.....	10
1.3.2 Nespecifické koncepce.....	11
1.3.3 Další psychosomatické koncepce.....	13
2 Nespecifické střevní záněty.....	15
2.1 Střevo.....	15
2.2 Základní informace o zánětech.....	16
2.2.1 Ulcerózní kolitida (Colitis ulcerosa).....	16
2.2.2 Crohnova choroba (Morbus Crohn).....	17
2.3 Psychosomatické souvislosti IBD.....	18
2.3.1 Stres a IBD.....	19
2.4 Terapie.....	20
2.5 Kvalita života pacientů s IBD.....	22
3 Osobnostní charakteristiky.....	24
3.1 Vymezení pojmu osobnost a psychické vlastnosti osobnosti.....	24
3.2 Psychologické měření vlastností osobnosti.....	25
3.3 Osobnost a chronické onemocnění.....	26
3.3.1 Premorbidní osobnost.....	26
3.3.2 Vliv chronického onemocnění na změnu osobnostních charakteristik.....	27
3.3.3 Adaptace jedince na chronické onemocnění.....	28
3.4 Osobnostní charakteristiky u pacientů s IBD.....	29
4 Výzkumy osobnostních charakteristik u IBD pacientů.....	32
4.1 Výzkumy provedené pomocí MMPI / MMPI-2 / MMPI-2-RF.....	32
4.2 Další studie.....	33
Výzkumná část.....	36
5 Výzkumný problém, cíle, hypotézy.....	37
5.1 Formulace hypotéz ke statistickému testování.....	38

5.1.1	Neurotická triáda	38
5.1.2	Sociální introverze.....	38
5.1.3	Psychastenie	39
5.1.4	Alexithymie	39
5.1.5	Závislost	39
6	Typ výzkumu a použité metody.....	40
6.1	Minnesotský multifázový osobnostní inventář-2 (MMPI-2)	40
6.1.1	Popis inventáře	41
6.1.2	Standardní skóry a psychometrické vlastnosti MMPI-2	43
6.1.3	Škálové trsy MMPI-2	43
7	Sběr dat a výzkumný soubor	45
7.1	Výzkumný soubor	46
7.2	Etické hledisko a ochrana soukromí	48
8	Práce s daty a její výsledky	50
8.1	Ověření přijatelnosti protokolu MMPI-2	50
8.2	Analýza dat	50
8.3	Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz.....	52
8.3.1	Neurotická triáda	52
8.3.2	Psychastenie	55
8.3.3	Sociální introverze.....	56
8.3.4	Alexithymie	56
8.3.5	Závislost	57
8.3.6	K výsledkům statistických hypotéz	57
9	Diskuze.....	59
9.1	Diskuze k zjištěným výsledkům	59
9.2	Limity výzkumu.....	62
9.3	Možnost aplikace výsledků do praxe a možné směry budoucích výzkumů ..	64
10	Závěry	65
	Souhrn	67
	Literatura.....	70
	Seznam tabulek	
	Přílohy	

ÚVOD

V dnešní době postihují chronická onemocnění stále více obyvatel vyspělých zemí. Přesnou etiologii některých z nich se dosud nepodařilo zcela objasnit, i přesto se však v této souvislosti stále více mluví o působení psychosociálních faktorů, zejména stresu. Do této skupiny patří také nespecifické střevní záněty (Inflammatory Bowel Diseases - IBD), které se vyskytují ve dvou základních diagnostických jednotkách, a to buď jako Crohnova choroba (CD) nebo ulcerózní kolitida (UC). Symptomatika doprovázejí IBD je nepříjemná, pro pacienta zatěžující a zasahující do mnoha oblastí jeho života, čímž ovlivňuje jeho vnímanou kvalitu. Pacient se navíc musí těmto novým podmínkám přizpůsobit, což je mnohdy nelehké a vyžadující mnoho úsilí. Otázka chronického stresu v souvislosti se vznikem chronického onemocnění v populaci je v současnosti téma často diskutované a velmi aktuální.

V bakalářské diplomové práci se zabýváme osobností pacienta trpícím nespecifickým střevním zánětem. Domníváme se, že mohou osobnostní charakteristiky pacienta do jisté míry spoluovlivňovat to, jak své onemocnění pacient vnímá, prožívá, jak jej přijímá a zda se na novou situaci úspěšně adaptoval. IBD svoji povahou působí na psychiku pacienta a někteří autoři mají za to, že se v souvislosti s tímto onemocněním mohou některé jeho osobnostní charakteristiky pozměnit. Další autoři se potom zamýšlí nad tím, zda nejsou některé z typicky se vyskytujících charakteristik u IBD pacientů součástí tzv. premorbidní osobnosti.

V teoretické části této práce pojednáváme o psychosomatice, bio-psycho-sociálním přístupu a psychosomatických koncepcích. Následně se zabýváme problematikou nespecifických střevních zánětů, jejich psychosomatickými souvislostmi nebo kvalitou života pacientů. Osobnost a její charakteristiky v kontextu chronického onemocnění představuje téma, kterému se věnujeme v další kapitole. V závěru potom prezentujeme výzkumy, které byly v posledních letech na obdobné téma provedeny.

V navazující praktické části představujeme výzkum, který jsme vykonali na vybraném zdravotnickém pracovišti v Brně, na kterém jsme 38 IBD pacientům administrovali standardizovaný Minnesotský multifázový osobnostní inventář – 2 (MMPI-2). Kontrolní skupinu tvořilo 33 osob, které tímto ani žádným jiným závažným

onemocněním netrpěly. Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, zda se pacienti s IBD odlišují ve vybraných osobnostních charakteristikách od osob v kontrolní skupině.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHOSOMATIKA

„Chceš-li zhojit tělo, musíš předně hojit duši.“ Platón

Termín **psycho-somatický**, skládající se ze dvou řeckých slov „*psyché*“ (duše) a „*sóma*“ (tělo), poprvé použil německý lékař Johann Christian August Heinroth. V roce 1818 vydal učebnici duševních poruch, kde přídavné jméno *psychosomatický* použil v textu pojednávajícím o léčbě nespavosti (Morchitzky & Sator, 2012; Tress, Kruss, & Ott, 2008). O rozšíření povědomí o psychosomatice se však nejvíce zasloužili Franz Alexander a Helena Flanders Dunbar, kteří v roce 1939 poprvé vydali časopis *Psychosomatic Medicine* (Chromý & Honzák, 2005).

Psychosomatický přístup poukazuje na interakci psychologických a fyziologických aspektů organismu a Munro (1973) jej chápe dvojím způsobem. Na psychosomatiku nazírá skrze holistický přístup, přičemž klade důraz na skutečnost, že psychologické a emocionální faktory mohou vyvolat a posléze i zhoršovat psychiatrické onemocnění. Následně potom používá termín psychosomatika k popisu somatických onemocnění, na jejichž etiologii se významně podílejí emoce.

1.1 Vymezení pojmů psychosomatické onemocnění a somatopsychická porucha

Morschitzky a Sator (2012, 23) definují **psychosomatické onemocnění** jako „*veškerá poškození orgánů a poruchy tělesných funkcí, které jsou natolik ovlivněny psychickými nebo psychosociálními faktory, že organické příčiny samy nemohou procesy dostatečně vysvětlit.*“ Počátek, průběh a zhoršování onemocnění podle nich nejvíce ovlivňují psychické a sociální faktory.

U **somatopsychických poruch** vzniká psychopatologie druhotně. Do této skupiny patří taková tělesná onemocnění, která zapříčiní vznik duševních symptomů či dalších

psychosociálních poškození. Psychické zpracování, tj. zvládnání těchto onemocnění, bývá pro pacienta náročné (Baštecký, Šavlík, & Šimek, 1993; Morschitzky & Sator, 2012).

1.2 Moderní pojetí psychosomatiky

Baštecký a kol. (1993) spatřují jako tři východiska moderně koncipované psychosomatické medicíny psychoanalýzu, behaviorální směry a kortikoviscerální koncepci. Lipowski (1986a) ve své práci považuje za základní východiska moderní psychosomatiky koncept psychogeneze a holistický přístup.

Lipowski (1986b) označuje psychosomatickou medicínu za vědeckou a klinickou disciplínu, která se zabývá:

- studiem vztahů mezi specifikovanými psychologickými faktory a normálními a abnormálními fyziologickými funkcemi;
- studiem vztahů mezi psychologickými a biologickými faktory v etiologii, načasování počátku příznaků, průběhu a vyústění všech nemocí;
- propagováním a zdůrazňováním holistického (bio-psycho-sociálního) přístupu k péči o nemocného;
- aplikací psychiatrických a behaviorálních terapeutických metod při prevenci, léčení a rehabilitaci somatických nemocí.

V dnešní době v léčbě psychosomatických chorob převažuje dvojí zaměření a dvojí léčebná metodika. Prvním z nich je psychoanalyticky orientovaná psychosomatika, tím druhým pak behaviorální medicína - psychosomatika zaměřena na terapii poruch chování (Morschitzky & Sator, 2012).

1.2.1 Bio-psycho-sociální model

V roce 1977 vytvořil **George Engel** biopsychosociální model nemoci, který postavil proti dosud převládajícímu biomedicínskému přístupu. Podle Morschitzkého a Satora (2012) se tato koncepce stala základním stavebním kamenem moderní psychosomatiky.

Engel (1977) na nemoc nahlíží celostně (holisticky). Ve své práci vyjadřuje přesvědčení, lékař, který chce pacientovi skutečně pomoci, musí uvažovat o všech třech aspektech onemocnění – biologickém, psychologickém a sociálním.

Baštecký a kol. (1993) upozorňují, že Engelův model v sobě obsahuje tzv. principy multifaktoriality. Ve své podstatě multifaktorová teorie prezentuje tvrzení, že různé

nemocní mohou ke stejné chorobě dojít odlišným způsobem. Velmi podrobně o holistickém přístupu pojednává také Lipowski (1986a).

1.3 Psychosomatické teorie a koncepce

V průběhu staletí se psychosomatické myšlení vyvíjelo. O tom, v jak úzkém vztahu jsou duše a tělo, vedlo debaty mnoho lékařů, filozofů a psychologů. Mnoho z nich potom přišlo se svou vlastní koncepcí, kterou se snažili tyto vztahy více objasnit.

1.3.1 Specifické koncepce

Specifické (resp. psychoanalytické) psychosomatické koncepce vycházejí z psychoanalýzy, která významným způsobem ovlivnila rozvoj psychosomatiky. Ve své podstatě tyto teorie předpokládají, že jsou psychosomatické choroby zapříčiněny nezvládnutými intrapsychickými konflikty individua, které ve většině případů pocházejí z dětství (Mohapl, 1992).

Moderní pojetí psychosomatiky vychází z děl **Sigmunda Freuda** a jeho žáků, kteří vyjadřují přesvědčení, že duše hraje zásadní roli při vzniku a vývoji tělesných poruch. Své úvahy Freud podložil *modelem konverze*, kterým vysvětluje transformaci psychické energie do podoby somatických symptomů (Morschitzky & Sator, 2012). Mohapl (1990, 12) definuje konverzi jako „*funkční obrnu nebo jiné postižení tělesné činnosti v závislosti na emočním hnutí.*“

Německý psychoanalytik **Franz Alexander** (1950) vydal dílo *Psychosomatic Medicine*. Svoji specifickou psychosomatickou teorii založil na úvaze o intrapsychických konfliktech, které považuje za příčiny některých chorob. Podle něj jsou tyto konflikty specifické pro různá onemocnění. Alexander se například domníval, že potlačená agresivita podněcuje onemocnění gastrointestinálního traktu (Baštecký et al., 1993; Mohapl, 1990).

V následujících letech se Alexander snažil ověřit svá teoretická tvrzení. Na univerzitě v Chicagu provedl výzkum, jehož předmětem bylo těchto sedm psychosomatických onemocnění: peptický vřed (*ulcus pepticum*), asthma bronchiale, vysoký krevní tlak (*hypertenze*), revmatická artritida, migréna, ulcerózní kolitida a neurodermitida (Mohapl, 1990; Morschitzky & Sator, 2012).

Podle Alexandera jsou emoce, které ovlivňují vnitřní orgány, šířeny organismem kortiko-thalamickými cestami a vegetativním nervovým systémem (Brodal, 1990, in Faleide et al., 2010). Emoce mohou aktivovat nebo naopak potlačit funkci kteréhokoliv z orgánů. Pokud tedy emocionální zážitek trvá dlouho a člověk jej intenzivně prožívá, může fyziologická reakce v orgánu přetrvat. Psychosomatického pacienta Alexander chápe jako člověka, kterému nějaký důvod brání plně vyjádřit své emoce. Vyjádření a znovuprožití emocí podle něho uvolňuje emociální tlak působící na organismus a znovu obnovuje vnitřní rovnováhu (Faleide et al., 2010).

Baštecký a kol. (1993) uvádí přehled dalších teorií, které byly v rámci psychoanalýzy formulovány. Patří mezi ně *teorie nevědomých specifických konfliktů*, *teorie specifických změn emocí*, *teorie specifických osobnostních profilů* a *teorie specifických postojů vůči konfliktům*.

1.3.2 Nespecifické koncepce

Nespecifické (resp. psychofyziologické) teorie spatřují hlavní příčinu vzniku a vývoje psychosomatického onemocnění v působení zátěžových situací, zejména těch psychosociálních (Mohapl, 1990).

Koncepce psychického stresu tvoří jeden ze základů psychosomatické medicíny. Selye (1966) vymezuje stres jako souhrn všech nespecifických účinků nejrůznějších činitelů působících na organismus. Jako stresory potom označuje faktory, které tento stav vyvolávají. Jedinec je ve stresu, když pocítuje, že je intenzita působení zátěžové situace větší, než jeho schopnost danou situaci zvládnout.

Optimální množství stresu (*eustres*) působí povzbudivě, motivačně, adaptačně a varovně. Pokud však délka působení stresoru překročí určitou mez, stres se stává škodlivým. Chronický stres (*distres*) způsobuje zmatenost, horší koncentraci a úzkost, což vede ke snížené výkonnosti (Salleh, 2008).

Selye (1966) vypracoval koncept nespecifické somatické reakce na zátěž (*GAS – obecný adaptační syndrom*). GAS má tři stádia: poplachovou reakci, stádium rezistence a stádium vyčerpání organismu.

Podle Selyeho má tělo tendenci ve všech svých systémech směřovat k *homeostáze*. Pokud se objeví faktor, který tuto rovnováhu narušuje, spouští organismus fyzické i psychické napravující mechanismy, kterými se jí snaží obnovit. Příliš vysoké nároky na

znovunastolení rovnováhy se však stávají pro organismus vyčerpávající a napravující mechanismy přestávají být efektivní. V takovém případě pak začíná nemoc útočit do nejslabšího a nejnáchylnějšího místa (Munro, 1973).

Akutní stres, který působí krátkodobě, vyzývá organismus k boji. Podněcuje vyšší koncentraci NK buněk. (natural killers), čímž podporuje obranyschopnost organismu. Naproti tomu chronické, tj. dlouhodobé působení nejrůznějších stresorů, jako jsou každodenní potíže, dopravní zácpy, přetížení v práci, rodinné problémy, je pro imunitní systém člověka devastující. Vnitřní napětí se v organismu kumuluje a to mu zabraňuje návratit se zpět do rovnovážného stavu. V důsledku toho dochází k poklesu počtu NK buněk a organismu hrozí zvýšené riziko výskytu infekce. Z výše uvedeného je patrné, že stres na imunitu organismu působí. Připomínáme, že každý člověk vnímá závažnost určitého stresoru individuálně. Aby vznikla nemoc, jsou proto důležité i další faktory, jako jsou genetická zranitelnost, copingové strategie, osobnostní charakteristiky či sociální podpora. Nutno podotknout, že obor *psychoneuroimunologie* se zabývá vztahy mezi psychickými vlivy a imunitou (Salleh, 2008; Zbořil, 2010).

Koncepce psychického stresu má své praktické uplatnění v **teorii životních událostí**. Američtí psychologové Holmes a Rahe vytvořili inventář životních událostí, ve kterém přiřadili každé z v něm obsažených událostí bodovou hodnotu od 100 (úmrtí partnera) po 11 (přestupek a jeho projednání). U jedince, který za 12 měsíců nasbírá více než 350 bodů, existuje podle autorů větší pravděpodobnost následného výskytu psychosomatického onemocnění. Bylo prokázáno, že nadměrná stresová zátěž doprovázející některé životní události a situace, ohrožuje jedincův zdravotní stav (Chromý & Honzák, 2005).

V souvislosti s konceptem životních událostí se mluví o ochranném vlivu sociální a emoční podpory, která může být vnější a vnitřní. Studie na klinické populaci prokázaly významný vliv vnější opory zejména u pacientů s depresí (Baštecký et al., 1993).

Dnes se však začínají jevit jako účinnější zdroje vnitřní podpory (personal competence). „*Zdá se, že aktivní přístup k životním změnám je nejlepší zbrání proti jejich nepříznivým následkům.*“ (Baštecký et al., 1993, 47). Susan Kobasová mluví v těchto souvislostech o osobní charakteristice *hardiness*, která v překladu znamená „nezdolnost“ nebo „pevnost“ a má tři dimenze: *challenge* (těžkost chápána jako výzva), *commitment* (angažovanost v boji s nemocí) a *control* (možnost řídit chod dění) (Křivohlavý, 2002).

Bašteký a kol. (1993) uvádějí přehled dalších nespecifických teorií. Řadí mezi ně *teorii všeobecného emočního vzrušení, teorii konstituční zranitelnosti, teorii diferencních podnětových situací, teorii učení orgánové odpovědi, teorii vegetativního učení a hypotézu o chování typu A.*

1.3.3 Další psychosomatické koncepce

Kortikoviscerální koncepce, kterou formulovali Bykov a Kurcin, vychází z Pavlova učení o podmíněných reflexech. V rámci své teorie poukázali na těsné vztahy mezi vyšší nervovou činností a somatickými a vegetativními funkcemi (Bykov & Kurtsin, 1966). V tom, zda se tato koncepce řadí mezi specifické či nespecifické teorie, se autoři neshodnou. Bašteký a kol. (1993) ji považují za jednu z nejvýznamnějších psychofyziologických koncepcí, zatímco Mohapl (1990) ji pokládá za svébytnou teorii.

Základem koncepce je vzájemný vztah mozkové kůry a vnitřních orgánů, přičemž se vychází z poznatků o „*možnosti tvorby podmíněných reflexů v rámci regulace nejrůznějších vnitřních orgánů prostřednictvím mozkové kůry.*“ (Mohapl, 1990, 19).

Intenzivní a dlouhotrvající negativní emoce (smutek, úzkost, strach) autoři teorie považují za nejvýznamnější patogenní faktory kardiovaskulárních onemocnění. Bykov a Kurcin se nejvíce zabývali etiopatogenezí vředové choroby žaludku a dvanáctníku (Bašteký et al., 1993).

Koncepce alexithymie se nachází na pomezí psychoanalytických a psychofyziologických teorií, resp. vychází z psychoanalýzy, ale během svého vývoje její rámce přesáhla. Vytvořili ji Sifneos a Nemiah v 70. letech 20. století. Pojem alexithymie vychází z řeckých slov *A=ne*, *LEXI=číst*, *THYMOS=emoce* (Bašteký et al., 1993; Chromý & Honzák, 2005).

U alexithymických jedinců nachází Sifneos (1973) tyto charakteristiky: ochuzený fantazijní život, externálně orientované myšlení, snaha vyhýbat se stresujícím situacím, neschopnost plně prožívat a rozpoznat své emoce a těžkosti v nacházení vhodných slov k vyjádření svých pocitů. Ve své další práci potom Sifneos a kol. (1977, in Mohapl, 1990) dodávají, že alexithymičtí lidé nekonečně popisují své tělesné obtíže, pociťují napětí, podrážděnost a nervozitu, málo pláčou, výjimečně sní, jsou nepřiměřeně afektivní a tíhnou k závislosti na druhých lidech nebo naopak k tomu, že se druhým vyhýbají.

Koncepce alexithymie se ukázala pro klinickou praxi jako nejpřínosnější, protože vytvořila myšlenkový i pojmový rámec, který dokázal dobře vysvětlit problematiku somatických pacientů. Terapeuti si díky ní začali více uvědomovat, proč jejich snažení bývá často neúspěšné. Alexithymie také pomohla v porozumění lidem, kteří bez somatického nálezu a s nevysvětlenými obtížemi neustále obcházejí různé lékaře a odborníky. V neposlední řadě měla koncepce alexithymie vliv na přehodnocení protipřenosových reakcí terapeutů a lékařů (Baštecký et al., 1993).

Koncepci syndromu hopelessness - helplessness (*syndrom beznaděje - bezmocnosti*) vypracovali Schmale a Engel. Autoři považují bezmocnost a beznaděj za charakteristické reakce jedince na ztrátu, kterou vnímá jako nenahraditelnou. Bezmocný jedinec vnímá, že je svými silami neschopný tento stav překonat. Od okolí jedinec očekává, že za tuto ztrátu převezme odpovědnost a že mu znovu poskytne chybějící uspokojení. Beznadějný člověk na rozdíl od bezmocného člověka viní ze ztráty sám sebe. Je přesvědčen, že mu v této situaci ani okolí není schopno pomoci (Engel, 1967).

Behaviorálním ekvivalentem k výše popsané koncepci je **given up - giving up complex** (*komplex vzdání se – zanechání druhými*). Byl popsán na základě pozorování dvouleté holčičky s vrozenou vadou atrézie jícnu, která byla deprivovaná vlastní matkou. Dívka reagovala na nedostatek stimulace apatií a znehybněním. Schmale a Engel tím přispěli k vysvětlení kvalitativně jiné, tj. pasivní, reakce jedince na ohrožení a zátěž. Přidali ji ke dvěma dříve popsaným reakcím na stresové situace - boj nebo útek (Baštecký et al., 1993).

2 NESPECIFICKÉ STŘEVNÍ ZÁNĚTY

Nespecifické (idiopatické) střevní záněty (*Inflammatory Bowel Diseases – IBD*) zahrnují Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu. Termín *idiopatické* pochází z řečtiny a používá se pro označení nemocí s nejasnou příčinou. Výskyt těchto chronických onemocnění zaznamenal v současné době výrazný nárůst, a to zejména ve vyspělých zemích Evropy a Severní Ameriky (Bortlík, 2010; Červenková, 2009).

2.1 Střevo

Tenké střevo (*intestinum tenue*), které se skládá ze tří částí, dvanáctníku (*duodenum*), lačnicku (*jejunum*) a kyčelníku (*ileum*), je nejdelší částí trávicího traktu. Je 5 metrů dlouhé a zabírá plochu o rozloze cca 250 m². Začíná pylorem a končí *ileocekální (Bauhinovou) chlopní*. Sliznice tenkého střeva je tvořena jednovrstevným cylindrickým epitelem s kartáčovým lemem na povrchu. Mezi primární funkce tenkého střeva patří vstřebávání živin, minerálů, vitamínů či vody. **Tlusté střevo (*intestinum crassum*)** navazuje na tenké střevo ileocekální chlopní. Jeho délka je 150 cm a má tyto oddíly: slepé střevo (*cékum*), vzestupný, příčný a sestupný tračník (*colon ascendens, colon transversum, colon descendens*), esovitá klička tračníku (*colon sigmoideum*), konečník (*rectum*) a anální kanál (*canalis analis*). Stěna tlustého střeva má 4 vrstvy. Tlusté střevo je orgánem pro život nezbytným, protože zajišťuje zahuštění střevního obsahu, vstřebávání vody a elektrolytů, vytváří vhodné prostředí pro střevní mikroflóru, posunuje střevní obsah a v neposlední řadě řídí vyloučení nestravitelných zbytků ven z organismu (Bureš & Horáček, 2003).

Trávicí neboli gastrointestinální trakt (GIT) sehrává zásadní roli v endokrinním systému, protože produkuje hormony a neuropeptidy, které ovlivňují činnost jednotlivých oddílů trávicí trubice. Mezi tyto hormony patří například inzulin, glukagon, sekretin či somatostatin. Stále více se dnes také mluví o imunologické úloze trávicího ústrojí (Lata, Bureš, & Vaňásek, 2010; Novotný, 2010).

2.2 Základní informace o zánětech

Lata a kol. (2010) považují Crohnovu chorobu a ulcerózní kolitidu za imunologicky zprostředkovaná onemocnění. S tím se ztotožňuje také Lukáš (1998), který ovšem zdůrazňuje, že v etiopatogenezi IBD sehrávají významnou roli kromě imunity také genetická predispozice a infekční či neinfekční faktory vnějšího prostředí. Kombinací těchto vnitřních a vnějších činitelů podle něj dochází k nepřiměřené zánětlivé reakci organismu, destrukci tkáně a vzniku chronického onemocnění.

S nespecifickými střevními záněty je dnes dáváno do souvislosti mnoho genů. Nejznámějším z nich je gen IBD-1. Například riziko vzniku Crohnovy choroby, u které se genetické faktory projevují více než u ulcerózní kolitidy, stoupá až na 30 % v případě, že je odchylka v IBD-1 genu předána oběma rodiči (Bortlík, 2010). Zajímavostí je, že se v židovské populaci typu Aškenazim podle vědců IBD-1 gen vyskytuje 1,5-2krát častěji než u zbytku populace (Lukáš, Mařatka, Antoš, & Kulda, 1999b).

V závěru obecného úvodu ještě představíme pojmy, které se užívají při popisu vývoje a průběhu IBD. Jako *první ataka (primoataka)* bývá označován počátek onemocnění. *Remise* potom pojmenovává klidovou fázi a dalšímu vzplanutí onemocnění se říká *relaps*. Pokud se choroba rozšíří na dosud nepostížené místo, mluví se o *recidivě*. *Reaktivací* se myslí znovuobjevení choroby na vyléčeném místě. U Crohnovy nemoci se navíc popisuje *rekurence*. Jde o stav, kdy se po chirurgickém odstranění veškerých postižených tkání znovu na sliznici objeví zánětlivé změny (Lata et al., 2010).

2.2.1 Ulcerózní kolitida (Colitis ulcerosa)

Ulcerózní kolitida (UC) byla poprvé popsána Wilksem a Moxonem v roce 1875. Pro ulcerózní kolitidu se používají také další označení, jako např. *proktokolitida*, *idiopatická kolitida* a *idiopatická hemoragická kolitida* (Lata et al., 2010; Lukáš, 1999a).

Incidence ulcerózní kolitidy (tj. počet nově diagnostikovaných) v České republice podle Lata a kol. (2010) činí 6,8 - 8,0/100 000 obyvatel/rok, přičemž poměr výskytu je u mužů a u žen 1,0:1,4. Maximum onemocnění je mezi 20. - 40. rokem života.

UC je chronickým zánětem tlustého střeva, které postihuje v různém rozsahu. Vždy je však napaden konečník a v některých případech také přilehlé části tračníku. Zánět se pak šíří v povrchových vrstvách střevní stěny (Červenková, 2009; Lukáš et al., 1999b). Podle

rozsahu zánětu ve střevě jsou rozlišovány 4 základní tvary UC; a to tvar rektální, distální, jednostranný a difuzní, což je nejtěžší forma nemoci (Lukáš, 1998).

Symptomatika UC zahrnuje především průjmy, které obvykle doprovází příměs krve a hlenu. Při těžším průběhu mívají nemocní až 20 vodnatých stolic za den, přičemž nutkavý pocit defekace, tzv. *rektální syndrom*, obtěžuje pacienta i během noci. Ostré nebo tupé bolesti jsou nejčastěji lokalizovány v dolní polovině břicha. Křečovitá bolest, která se objevuje po jídle, zpravidla vymizí po vyprázdnění. U pacientů s ulcerózní kolitidou bývá také pozorována vysoká teplota (až 41 °C) a anorexie, jejíž rozvoj podporují pocity nevolnosti a sytosti nebo strach z toho, že jídlo znovu vyvolá průjem a bolesti. Úbytek na váze je tím větší, čím rozsáhlejší je zánětlivé střevní poškození (Lukáš, 1999a).

Komplikace, které se u pacientů s UC vyskytují, musí být často řešeny chirurgickým zákrokem. Mezi ty nejzávažnější patří toxické megakolon, masivní krvácení, perforace kolon nebo stenózy. Neméně obvyklá je u těchto pacientů přítomnost mimostřevních příznaků, které postihují kůži, klouby, oči, játra apod. (Lata et al., 2010).

2.2.2 Crohnova choroba (Morbus Crohn)

Crohnova choroba (*Crohn's Disease - CD*), která se také označuje jako *regionální enteritida, granulomatózní enteritida a terminální ileitida*, byla poprvé popsána Crohmem, Ginzbergem a Oppenheimerem v roce 1932 (Lata et al., 2010).

Tento střevní zánět byl před 60 lety téměř neznámý, zatímco dnes je jedním z nejzávažnějších gastroenterologických problémů. Incidence Crohnovy choroby se v České republice pohybuje okolo 1,6 – 2,0/100000 obyvatel/rok a maximum jejího výskytu mezi 15. - 30. rokem života. Poměr nemocných mezi muži a ženami je 1:1 (Lata et al., 2010; Lukáš et al., 1996b).

CD je chronické onemocnění kterékoliv části trávicí trubice, kterou na rozdíl od UC, napadá ve všech jejích vrstvách. U většiny nemocných se zánět vyskytuje v dolní části tenkého střeva, ileu a pravé části tlustého střeva (Lata et al., 2010; Morschitzky & Sator, 2012). Na rozdíl od ulcerózní kolitidy se jedná o segmentární zánět, jelikož jsou postižené úseky, kterých může být jeden, dva, nebo i více, zřetelně ohraničeny od zdravých částí sliznice. Abscesy a píštěle¹ vznikají zejména v anální oblasti. Zánět zapříčiňuje zesílení

¹ *Absces* označuje hnisavé ložisko v dutině. *Píštěle* jsou potom dutinky, které propojují konečník obsahující stolici s jiným orgánem – nejčastěji s kůží kolem konečníku, pochvou nebo střevy. Z píštělí vytéká hnis, hlen, a v případě, že je navázané spojení se střevy, také stolice (Bortlík, 2010; Pacienti IBD z.s., 2016a).

střevní stěny a proto hrozí zneprůchodnění střeva (Lukáš et al., 1999b, Morschitzky & Sator, 2012).

Rozmanitost příznaků se odvíjí od místa výskytu a rozsahu Crohnovy choroby. Lukáš (1999a) uvádí tyto tři základní příznaky: průjem, bolesti břicha a úbytek na váze. V případě, že je zasaženo spíše tenké střevo, pacienti nejčastěji prožívají silné bolesti, nadýmání, průjem (až patnáctkrát denně), nevolnost a zvracení. Pokud je zasaženo spíše tlusté střevo, objevuje se krev a hlen ve stolici, úbytek váhy a nechutenství (Morschitzky & Sator, 2012).

Také Crohnova choroba bývá doprovázena nejrůznějšími mimostřevními příznaky (Lata et al., 2010).

2.3 Psychosomatické souvislosti IBD

Jsou nespecifické střevní záněty psychosomatickým onemocněním? Uspokojivou odpověď jsme našli v publikaci *Pacienti IBD s.z.* (2016b). Striktní dělení onemocnění na ryze somatické a psychosomatické je podle autorů této publikace zavádějící. U každého jednotlivého onemocnění by se podle nich měl zvažovat podíl vlivu všech (tj. genetických, biologických, psychologických i sociálních) faktorů. Dodávají, že v tomto ohledu patří IBD mezi ta onemocnění, u kterých jsou psychosociální aspekty velmi významné.

Na nespecifické střevní záněty je tedy nutné nahlížet multikauzálně, protože mohou být jak geneticky, tak psychologicky či sociálně spolupodmíněné. Mezi těmito psychosomatickými činiteli bývají uváděny osobnostní faktory, rodinná situace, kritické životní zážitky, stres či psychická zátěž (Morschitzky & Sator, 2012; Tress et al., 2008).

Tress a kol. (2008, 124) se také zamýšlejí nad vyvolávajícími situacemi IBD, které souhrnně charakterizují jako „*skutečné, fantazijní či hrozící odloučení od klíčové osoby*“. Odchod od rodičů, přestěhování, úmrtí důležitého člověka, rozchod s partnerem, dovolená lékaře, kroky vedoucí k osamostatnění či nesouhlas na straně druhých lidí – to vše jsou podle nich příklady situací, které mohou mít vliv na vznik nespecifického střevního zánětu.

Faleide a kol. (2010) upozorňují na souvislost emocí a parasympatické inervace, protože díky ní dochází ke zvýšenému vyprazdňování střev a sekrecím. U některých dospělých pacientů s UC se v autonomní fázi onemocnění vyskytl traumatický zážitek. Prugh (1951, in Faleide, et al. 2010) hovoří například o dominantní matce, která svoji nadřazenost nad dítětem projevovala tím, že ho nutila na nočník.

2.3.1 Stres a IBD

Stres vyvolává změny v gastrointestinálním traktu a tím ovlivňuje jeho funkčnost. Enterický nervový systém (ENS)² je propojen skrze bohatě inervovaný plexus s centrální nervovou soustavou. Skrze toto propojení potom stres přímo nebo nepřímo ovlivňuje jak senzorické a sekreční funkce gastrointestinálního systému, tak práh vnímání bolesti. Hovoříme o existenci osy mozek-střevo (Sajadinejad, Asgari, Molavi, Kalantari, & Adibi, 2012a).

Je prokázáno, že se osa hypothalamus – hypofýza – nadledvinky, autonomní nervový systém, ENS a imunitní systémem navzájem ovlivňují. Chronický stres může měnit profily cytokinů a hormonů (např. kortizolu), což potom přispívá ke vzniku nespecifického střevního zánětu. Stres se také dává do souvislosti s rizikovým chováním člověka (kouření, nesprávné užívání medikace), které potom bývá příčinou zvýšeného množství relapsů zánětu (Sajadinejad et al., 2012a).

Testování předpokladu, že stres přispívá k rozvoji nespecifického střevního zánětu, je velmi složité. Problematické jsou zejména rozdílnosti v definování a měření jednotlivých aspektů stresu a projevů onemocnění. Lidský stres může být navíc individuální reakcí na velké množství nejrůznějších podnětů, jako jsou například každodenní nepříjemnosti, významné životní či traumatické události (Cohen, Kessler, & Gordon, 1997, in Maunder & Levenstein, 2008).

I přes to, že mohou být všechny aspekty stresu validně měřeny a i když se každý z nich může jevit jako vhodný ve vztahu k výzkumné otázce, není podle Maundera a Levensteina (2008) dosud známo, který z nich je pro genezi IBD tím nejrelevantnějším. Autoři se navíc domnívají, že by se měl efekt stresu zkoumat vzhledem k rozdílnému klinickém průběhu, genetickým vzorcům a dalším subklinickým ukazatelům Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy pro obě skupiny pacientů zvlášť. V závěru své práce potom prezentují přesvědčení některých svých kolegů, že má stres zásadní roli u UC, zatímco depresivní symptomy u CD.

Robertson, Ray, Diamond a Edwards (1989) uvádějí, že si pacienti většinou uvědomují spojitost mezi svým střevním zánětem a psychologickým stresem. Až ¾ těchto

² *Enterický nervový systém* („střevní mozek“) je výrazně autonomní systém uvnitř střeva. ENS pracuje pomocí reflexů, kontroluje trávení, sekreci látek a řídí peristaltické pohyby trávicí trubice (University of Calgary, nedat.).

pacientů dokáže podle jejich zjištění identifikovat faktor, který onemocnění podpořil. Nejčastěji zmiňovali stresující životní události.

Duffy a kol. (1991) ve své prospektivní studii zjistili, že se u pacientů, kteří byli vystaveni stresové situaci, zvýšilo riziko klinických epizod IBD ve srovnání s kontrolní skupinou. Podrobnější analýzou odhalili, že jsou stresové události jedním z nejvýznamnějších ukazatelů aktivity choroby za přítomnosti zvažovaných proměnných.

Další výzkum potvrdil, že krátkodobý stres nezpůsobuje nové vzplanutí ulcerózní kolitidy. U pacientů, na které působil stresor dlouhodobě, se v průběhu měsíců až let riziko tohoto vzplanutí onemocnění zvýšilo (Levenstein et al., 2000).

2.4 Terapie

Cílem **farmakologické léčby** je snaha zklidnit aktivní zánět tak, aby jej vystřídala remise. Pacientům jsou nejčastěji předepisovány aminosalicidy – mesalazin (např. Asacol) a sulfasalazin (např. Salazopyrin). Pokud je aktivita onemocnění příliš vysoká a výše jmenované látky neúčinné, přistupuje se k podání topických nebo systémových kortikosteroidů a imunosupresiv (Pacienti IBD z.s., 2016a). Léčba kortikosteroidy však má vedlejší účinky, které jsou psychické i behaviorální. Velmi často se například u pacientů objevují v souvislosti s užíváním těchto medikamentů poruchy nálady. Nemalá část z nich potom užívá antidepresiva (Triantafillis, Merikas, & Gikas, 2013)

V současné době se léčba IBD stále více orientuje na metody **biologické léčby**, v rámci které jsou pacientům namísto synteticky vyrobených léků podávány pouze přírodní produkty. Základním mechanismem účinku biologické léčby je inhibice (neboli blokáce) cytokinů, což jsou bílkoviny, které se v organismu účastní imunitní odpovědi. Tato forma léčby bývá využívána v případě, že selhává nebo se zdá nedostatečná předchozí léčba kortikosteroidy a imunosupresivy (Červenková, 2009).

K **chirurgické léčbě** se přistupuje zejména v situacích, kdy se u pacienta objeví komplikace a zánět není možné zvládnout jinými prostředky. Červenková (2009) uvádí, že alespoň jednu operaci střevního zánětu podstoupí přibližně 80% nemocných s CD a 15% s UC.

Při chirurgickém zákroku se u pacienta s ulcerózní kolitidou většinou odebírá celé tlusté střevo. Ponechává se jen krátká oblast svěračů, na kterou potom lékaři našijí konečnou část tenkého střeva (*terminálního ilea*), čímž vytvoří „náhradu konečníku“

(*pouch*). Crohnovu chorobu nelze naproti tomu definitivně operačně vyléčit, protože napadá kteroukoliv část trávicího traktu. Při chirurgickém zákroku zde lékař odstraňuje pouze postiženou část střeva a spojuje zdravé části tračníku. V případě, že zánět postihuje oblasti kolem konečníku, není možné provést operaci, která by střevo zachovala (*pouch*), a je nutné přistoupit k vytvoření střevního vývodu (*stomie*) (Pacienti IBD z.s., 2016a).

Do léčebných plánů některých IBD pacientů bývá zařazována **psychoterapie**. Tato forma léčby však není podle Laty a kol. (2010) v praxi doceněna. Nejobvyklejšími příčinami příchodu pacientů k psychologovi jsou úzkost, stres, deprese, problémy s vypořádáváním se s komplikacemi nemoci, vnímaná neschopnost dodržovat léčebná doporučení a v neposlední řadě psychické následky chirurgické léčby. Doprovázení pacientů v pooperačním období je obzvláště důležitým úkolem psychologů (Camic & Knight, 2004).

Podpůrná psychoterapie je velmi úspěšná v redukci psychických symptomů a zlepšuje celkový pocit duševní pohody pacienta. Tato forma psychoterapie zahrnuje edukaci o vztahu psychiky a těla, povzbuzování a pozitivní posilování, nejrůznější doporučení a pomoc při vyrovnávání se s nemocí. Při individuální či párové psychoterapii bývá také pacientům pomáháno se znovupřijetím svojí sexuality, která bývá díky chirurgickému zákroku narušena (Camic & Knight, 2004). Studie zkoumající vliv tzv. „mind-body“ terapie na IBD pacienty zjistila signifikantní zlepšení v kvalitě života, depresi a celkovém pocitu životní pohody (Elsenbruch et al., 2005).

Také relaxační tréninky patří k metodám, které se u IBD pacientům používají. Ukázalo se, že relaxace pozitivně ovlivňuje psychické napětí pacienta i tělesné symptomy (Sajadinejad et al., 2012a). Pacienti jsou při relaxaci vedeni k uvolnění kosterního svalstva a celkovému zklidnění, „*keré je doprovázeno soustředěným sebeuvědomováním.*“ (Orel, 2016, 288).

Evertz a kol. (2017) ve své studii potvrdili pozitivní vliv kognitivně - behaviorální terapie na zlepšení kvality života a snížení deprese a úzkosti u IBD pacientů. Další studie ukazují, že ačkoliv KBT vede ke snížení úzkosti, deprese a zvýšení kvality života, nemá pravděpodobně žádný významný vliv na samotný průběh onemocnění (Sajadinejad et al., 2012a). Thompson a kol. (2012) provedli longitudinální studii, ve které zkoumali adolescenty s IBD léčené pomocí KBT. Zjistili, že tato skupina pacientů má lepší psychosociální fungování, než kontrolní skupina léčená obvyklým způsobem.

2.5 Kvalita života pacientů s IBD

Crohnova choroba a ulcerózní kolitida jsou pro pacienty psychicky náročná onemocnění. Je tomu mimo jiné proto, že provázející potíže těchto zánětů zasahují přímo do pacientovy intimity. Pro mnoho z nich je v důsledku toho velmi obtížné o nemoci hovořit, a to jak s lékařem, tak s jejich okolím (Zbořil, 2010).

Kvalita života související se zdravím (*Health-related quality of life – HRQOL*) je globální konstrukt, který zahrnuje pacientovo vnímání onemocnění a úroveň jeho každodenního fungování. HRQOL v sobě zahrnuje jak biologické, tak psychologické, sociální a kulturní faktory. Významnost ukazatele byla potvrzena v mnoha výzkumech a proto existuje několik nástrojů, které jej měří. Pro měření kvality života u IBD pacientů se používá speciální dotazník IBDQ (*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*), který mimo jiné citlivě reaguje na změny způsobené lékařskými zásahy a léčbou (Ringel & Drossman, 2001).

Každodenní život pacientů je ovlivňován chronicitou onemocnění, agresivními léčebnými režimy a komplikacemi doprovázející IBD. Onemocnění je pro pacienta limitující také v sociální oblasti, protože negativně ovlivňuje jeho úspěšnost v dosažení životních cílů, zaměstnání a volnočasové aktivity (Jordan, Sin, Fear, & Chalder, 2016; Moreno-Jiménez, Blanco, Rodríguez-Muñoz, & Hernández, 2007).

U některých pacientů musí být pro závažnost střevního zánětlivého onemocnění proveden chirurgický zákrok, při kterém se vytvoří střevní vývod (stomie). Camic a Knight (2004) uvádějí, že pacienty v důsledku této operace provázejí pocity znechucení a studu, pokřivené vnímání vlastního těla a strach ze sexuální nedostatečnosti. Sajadinejad a kol. (2012a) dodávají, že IBD pacienty sužuje pocit ztráty kontroly nad vlastními střevy a nejistota vyplývající z nepředvídatelného vývoje zánětu.

Ke zhoršené kvalitě života IBD pacientů přispívají kromě tělesných symptomů, (jako jsou průjemy, nutková defekace a nadýmání) úzkosti, deprese a panické poruchy (Triantafyllidis et al., 2013)

Ve výzkumu Gurkové a Lilgové (2009) bylo zjištěno, že pacienti vnímají přibližně stejně závažně dopad onemocnění na fyzickou, emocionální i sociální oblast. Pacienty obtěžovala únava, nadýmání, průjem, ospalost, nedostatek energie a myšlenky typu *co se stane, když nestihnu doběhnout na toaletu*. Přítomnost IBD navíc zásadně ovlivňovala oblast zálib a kontaktů s druhými lidmi. A to vše vede podle autorek k úzkosti, kterou ještě

více posilují obavy z vývoje onemocnění či případného chirurgického zákroku, a změnám nálad. Dodávají, že tento mechanismus funguje i obráceně - stres, depresivní nálada a úzkost sekundárně komplikují přítomné onemocnění.

Další výzkum se zaměřil přímo na obavy IBD pacientů. Pro posouzení specifických obav u těchto pacientů byl vytvořen dotazník RFIPC (*The Rating Form of Inflammatory Bowel Disease Patient Concerns*). Nejčastěji pacienty podle autorů studie trápila nejasná povaha onemocnění, vedlejší účinky léků, následky chirurgického zákroku (stomický vak), pocit ztráty střevní kontroly a zvýšené riziko rozvoje rakoviny. Ukázalo se, že obavy spojené s tímto onemocněním negativně korelují s informovaností pacienta, tzn. menší informovanost je spojena s vyšším množstvím obav. Bylo také prokázáno, že existují klinicky významné rozdíly mezi diagnózami. Zatímco se pacienti s Crohnovou chorobou ve svých obavách nejčastěji zabývali svou energetickou úrovní, tím, že jsou přítěží pro ostatní, sníženou schopností naplnit svůj potenciál, bolestí a utrpením, pacienti s ulcerózní kolitidou své myšlenky směřovali k rozvoji rakoviny (Drossman et al., 1991)

Moreno-Jiménez a kol. (2007) zkoumali, zda mají osobnostní charakteristiky pacientů s IBD vliv na kvalitu života. Zjistili, že neuroticismus, alexithymie a v menší míře také míra sebevědomí pacientů působí na kvalitu jejich života.

Pacienti užívají mnoho léků. Řada z nich však vyvolává negativní vedlejší účinky, jako je tloušťnutí nebo akné. Mezi těmi závažnějšími lze potom jmenovat kostní onemocnění, hypertenzi nebo cukrovku. V neposlední řadě jsou to vedlejší účinky medikace kortikosteroidy (změny nálady, mánie či deprese), které ovlivňují kvalitu života IBD pacientů (Mackner, Sisson, & Crandall, 2004; Sajadinejad et al., 2012a).

3 OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY

Následujícím textem uvedeme čtenáře do problematiky osobnosti a vlastností osobnosti. Zaměříme se na jejich souvislosti s chronickým onemocněním.

3.1 Vymezení pojmu osobnost a psychické vlastnosti osobnosti

Nakonečný (2009, 10) definuje *osobnost* jako „*vnitřní organizaci duševního života člověka, skutečnost, že je jednotou dílčích funkcí, že tedy funguje jako jednotný celek interindividuálně odlišných dispozic, a jako takový vytváří smysluplné souvislosti s vnějšími projevy, tj. s chováním individua. Pojem osobnost tak vyjadřuje vnitřní psychické uspořádání člověka, jeho vnitřní dynamickou strukturu, determinující jeho duševní život.*“ Z výše zmíněné definice vyplývá, že je osobnost souhrnem dispozic k určitým psychickým reakcím, které jsou pro každého člověka individuální. Tím je potom vysvětlena skutečnost, že lidé často reagují ve stejné situaci rozdílným způsobem. Autor dodává, že byl pojem osobnost do psychologie zaveden až na počátku 20. století, tedy v období, kdy se namísto zkoumání jednotlivých funkcí osobnosti (jako byly vnímání a myšlení) stále více usilovalo o studium duševního života člověka jako celku.

Cakirpaloglu (2012, 16) vymezuje osobnost jako „*souhrn, souvislost či propojení charakteru, temperamentu, schopností a také konstitučních vlastností člověka.*“ Psychometrické definice potom osobnost chápou jako soustavu faktorů, které lze objektivně měřit.

Ústředními tématy psychologie osobnosti jsou psychické vlastnosti osobnosti, osobnostní charakteristiky či rysy osobnosti. I přesto, že v jednotlivých definicích těchto pojmů spatřujeme drobné odlišnosti, užíváme je dnes podle Blatného (2010) jako synonyma.

Slovní zásoba českého jazyka obsahuje nepřeberné množství slov, resp. přídavných jmen (např. agresivní, bláznivý), které používáme při snaze charakterizovat člověka. V psychologii osobnosti tato slova označujeme jako *psychické vlastnosti osobnosti* nebo

osobnostní charakteristiky (personality characteristics). Tyto vlastnosti či charakteristiky na základě zobecnění popisují vnější projevy osobnosti. Kromě toho mohou být také chápány jako vnitřní dispozice, které vysvětlují vnější chování člověka (Blatný, 2010; Nakonečný, 2009). *Dispozice* (dispositions), které se také označují jako *osobnostní rysy* (personality traits), jsou definovány jako „vrozené nebo získané připravenosti chovat se, jednat nebo prožívat situace určitým způsobem.“ (Blatný, 2010, 43).

Nakonečný (2009) rozlišuje dva typy psychologických charakteristik: charakteristiky vlastností psychických procesů a charakteristiky psychických vlastností (tj. rysů) osobnosti. Jednotlivé rysy osobnosti se podle něj sdružují do kategorií a tvoří strukturu osobnosti - temperament, schopnosti, postoje a motivy.

Pro podrobnější studium problematiky odkazujeme na následující publikace: Říčan (2010), Nakonečný (2009), Tardy (1964), Cakirpaloglu (2012), Vágnerová (2010) a Blatný (2010).

3.2 Psychologické měření vlastností osobnosti

Ve 20. století se výzkum rysů osobnosti soustředil především na jejich počet, podstatu a organizaci. Podle Barenbauma a Wintera (2008, in Blatný, 2010, 14) se k tomu nejvíce užívaly „faktorová analýza, vyvozování konstruktů a typologií na základě racionální nebo teoretické úvahy a idiografický přístup.“ V současnosti se výzkum rysů zaměřuje spíše na problematiku jejich stability a změny v průběhu vývoje jedince (Blatný, 2010).

Cakirpaloglu (2012) tvrdí, že základní snahou psychologického výzkumu rysů je hledání základních dimenzí osobnosti. Výzkum se podle něj především zaměřuje na specifické charakteristiky konkrétní osobnosti, které pojmenovává a následně srovnává s charakteristikami ostatních jedinců.

Dotazníky, které měří jen jeden osobnostní rys nebo vlastnost (např. extraverzi, neuroticismus či úzkost), označujeme jako *testy osobnosti*. Naproti tomu existují metody souběžně postihující více osobnostních rysů, kterým říkáme *osobnostní inventáře*. Mezi nejznámější osobnostní inventáře Cakirpaloglu (2012) řadí pětifaktorový model osobnosti (Big Five), Cattelův šestnácti faktorový inventář osobnosti (16 PF) a Minnesotský multifázový osobnostní inventář - 2 (MMPI-2).

3.3 Osobnost a chronické onemocnění

V tomto textu dáváme do souvislosti osobnost člověka a chronické onemocnění. Je všeobecně známo, že vazby mezi osobnostmi, zdravím a nemocí existují. Zcela jistě jedincovo osobnostní nastavení ulehčuje nebo naopak stěžuje proces vyrovnání se s onemocněním. Můžeme se také domnívat, že některé osobnostní charakteristiky predisponují člověka k určitému onemocnění. Určitě nás také napadá otázka, jestli i chronické onemocnění zpětně na pacientovu osobnost působí a tím ho proměňuje a ovlivňuje.

3.3.1 Premorbidní osobnost

Vazby mezi osobnostmi, zdravím a nemocí jsou zřetelné. Mnoho výzkumníků se proto ve svých dílech zabývá vztahem mezi chronickým onemocněním a premorbidní osobností. Zajímá je tedy, zda existují specifické rysy osobnosti, které by jedince předurčovaly k tomu, že se u něj rozvine určité onemocnění.

Premorbidní osobnost je souhrnným označením pro osobnostní rysy či vlastnosti, které se u člověka vyskytovaly před vznikem onemocnění (Frank, 2011).

Osobnostní charakteristiky tvoří základ stabilního vzorce emočního a behaviorálního fungování. Aldwin, Spiro, Levenson a Cupertino (2001) se domnívají, že toto nastavení jedince může ovlivnit riziko rozvoje chronického onemocnění a také způsoby, kterými jedinec snáší vyskytující se symptomy a zvládá léčebný režim.

Sutin, Zonderman, Ferrucci, & Terracciano (2013) zkoumali osobnostní charakteristiky chronicky nemocných pacientů. Zjistili, že se u nich určité osobnostní charakteristiky (vysoká míra neuroticismu a nízká míra svědomitosti) vyskytovaly ještě před tím, než onemocněli. Tyto charakteristiky považují za jedny z významných prediktorů chronického onemocnění. Williams a kol. (1980, in Sutin, et al., 2013) potom na základě svého výzkumu spojili nepřátelskou a agresivní osobnost s vyšší náchylností ke vzniku kardiovaskulárního onemocnění (zejména infarktu myokardu či mrtvice).

Na druhé straně jsou autoři, kteří si nemyslí, že by osobnostní charakteristiky působily v etiologii onemocnění. Například Siegler, Levenstein, Feaganes a Brummett (2000, in Levenstein, 2002) z analýzy MMPI profilů studentů s nespecifickým střevním zánětem odvodili, že se jejich osobnostní charakteristiky měnily spíše sekundárně, tj. až v závislosti na přítomném onemocnění.

To, že mají osobnostní charakteristiky pacienta vliv na progresi onemocnění, prezentuje ve svém výzkumu Ironson, O’Cleirigh, Schneiderman, Weiss a Costa (2008). Rozvoj onemocnění HIV je podle nich pomalejší u otevřenějších, extravertovanějších a svědomitějších jedinců.

3.3.2 Vliv chronického onemocnění na změnu osobnostních charakteristik

Osobnostní charakteristiky představují poměrně stabilní vlastnosti, které se nijakým zásadním způsobem, alespoň v dospělosti, nemění. Osobnost je však také plastickým systémem. Zejména v reakci na standardní vývojové změny, či naopak v reakci na nestandardní situace (stres, trauma), může dojít k proměně rysu osobnosti nebo jeho dílčího aspektu (Vágnerová, 2010).

V souvislosti s problematikou osobnosti a nemoci se nabízí otázka, zda chronické onemocnění mění osobnost postiženého člověka. To, zda dochází ke změně rysů pacientovy osobnosti, bylo podrobněji zkoumáno u Alzheimerovy demence, Parkinsonovy nemoci, mozkové mrtvice či respiračních onemocnění. Osobnostní proměna byla v těchto studiích nejčastěji posuzována pomocí srovnání nynějších osobnostních charakteristik pacienta s retrospektivní evaluací jeho charakteristik ostatními členy rodiny. Výzkumy, které by proměnu osobnosti zkoumaly u pacientů s běžnými chronickými onemocněními, jsou bohužel velmi vzácné (Jokela, Hakulinen, Singh-Manoux, & Kimiväki, 2014).

Náhla změna osobnostních rysů pacienta a tím zapříčiněná proměna jeho chování může být prvním indikátorem vyvíjejícího se onemocnění. Pokud se podaří symptomy akutního onemocnění vyléčit, bývá pravidlem, že se i změny v osobnosti, které se náhle vyskytly, vrátí zpět do původního stavu. U pacientů, kde nemoc přešla do chronicity, mohou být ovšem její proměny trvalé (Sutin et al., 2013).

Jokela a kol. (2014) zjistili, že se u běžně chronicky nemocných pacientů snížila extraverteze, emocionální stabilita a svědomitost. Změny ve všech pěti faktorech Big Five potom zaznamenali pouze u pacientů po mozkové mrtvici a pacientů s respiračními nemocemi.

Také Sutin a kol. (2013) ve svém výzkumu zaměřují pozornost na vývoj chronické osobnosti. Došli k závěru, že vysoký neuroticismus a nízká svědomitost jsou poměrně stabilními charakteristikami, které se nijak zásadně v souvislosti s chronickým

onemocněním nemění. Autoři dále upozorňují, že přítomnost dlouhodobého chronického onemocnění vede k proměnám ve vnímání sebe sama. U nemocného člověka se potom například vyvíjí silná závislost na pečovateli, která ve svém důsledku vede k tomu, že se pacient začne považovat za méně kompetentního a schopného, než tomu bylo před výskytem onemocnění.

3.3.3 Adaptace jedince na chronické onemocnění

Kromě toho, že mohou být osobnostní charakteristiky důležitým faktorem v etiologii mnoha tělesných nemocí, je ve spoustě vědeckých textů zmiňována jejich souvislost se způsobilostí jedince se na chronické onemocnění adaptovat (Pop-Jordanova, 2015).

Adaptovat se znamená podle Paulíka (2017) schopnost jedince vyvinout takové chování, které mu umožní přizpůsobit se novým podmínkám a situacím v prostředí, které jej obklopuje. Adaptaci chápe jako nezbytnou podmínku toho, aby mohl člověk fungovat, přežít a mohl se dále vyvíjet.

Chronické onemocnění nepřichází naráz, ale objevuje se postupně. Zpočátku na něj pacient nahlíží jako na kterékoliv jiné běžné onemocnění a věří, že bude brzy vyléčeno. Vnitřně si ještě nepřipouští možnost, že se z něj stane nedílná součást jeho života. Faktem je, že samotná povaha chronického onemocnění ovlivňuje sebepojetí jedince. Pro chronické onemocnění jsou typické střídající se epizody remisí a relapsů. Protože nejsou mnohdy lékaři schopni chronické onemocnění plně vyléčit, pokoušejí se alespoň co nejvíce prodloužit jeho remisí. Onemocnění nepůsobí jen na to, jak pacient sám sebe chápe, ale také na to, jak svoji osobnost hodnotí. Nepříjemné jsou pro pacienta vtírající se myšlenky, které mu skutečnost, že je nemocný, neustále připomínají. Toto všechno jsou skutečnosti, které s sebou chronické onemocnění přináší a se kterými se pacient musí vyrovnat (Křivohlavý, 2002).

Podle Drossmana (1986) se na nemoc dokáží nejlépe adaptovat ti pacienti, kteří si o svém onemocnění zjišťují informace a kteří se podílejí na léčbě. K úspěšné adaptaci je podle něj nutné, aby byl mezi lékařem a pacientem vytvořen spolehlivý pečující vztah, ve kterém bude prostor pro pacientovu edukaci a ve kterém bude pacient lékařem podporován v tom, že se svými připomínkami a rozhodnutími může spolupodílet na plánování svojí léčby. Aktivní přístup pacienta přispívá ke snížení úzkosti z vnímaného nedostatku kontroly nad svojí nemocí.

Boye a kol. (2008) spojují úspěšnou adaptaci jedince na chronické onemocnění a interní locus of control. Pacienti s vnitřním místem kontroly podle nich mnohem častěji vyhledávají informace o své nemoci.

Výsledky polské studie (Lickiewicz, Zwolińska-Wcisło, Lickiewicz, Rozpondek, & Mach, 2010) naznačují, že proces adaptace na chronické onemocnění (IBD) souvisí s jeho dobou trvání, počtem komplikací a některými charakteristikami osobnosti, jako jsou neuroticismus, extraverte a svědomitost. Tato souvislost s aktivitou střevního onemocnění nebyla potvrzena.

Bohužel, až v polovině případů se nemocným s IBD nepodaří svůj stav přijmout a dochází k maladaptaci (Zbořil, 2010).

3.4 Osobnostní charakteristiky u pacientů s IBD

V této části textu se již konkrétněji zaměříme na osobnostní charakteristiky pacientů s nespecifickými střevními záněty. Zmíníme zde zejména ty z nich, které jsou v literatuře uváděny nejčastěji.

U IBD pacientů bývá pozorována nadměrná **závislost** na druhých lidech a jejich celková nevyspělost v mezilidských vztazích. V tomto ohledu jsou vymezovány dva charakterové typy pacientů s ulcerózní kolitidou. *Otevřeně závislý typ* pacienta s kolitidou se upíná na druhé lidi a svoji závislost na nich projevuje zcela otevřeně. *Pseudonezávislý typ* pacienta se naproti tomu snaží působit nezávisle. Ve skutečnosti ale svoji závislost popírá volbou jednoho ústředního člověka. Pacienti se bojí opuštění a odmítnutí. Stud za tuto závislost na druhých lidech racionálně popírají tím, že se pro svůj vztah k oné blízké osobě snaží hledat nejrůznější vysvětlení. U pacientů s Crohnovou nemocí je tato závislost menší, než u pacientů s ulcerózní kolitidou (Tress et al., 2008).

Pacienti s IBD, zejména ti s UC, jsou méně hostilní. Je pro ně také typické to, že v nižší míře přímo vyjadřují **agresi** (Boye et al., 2008).

Neuroticismus je dalším typickým osobnostním rysem IBD pacientů. Neuroticismus v sobě zahrnuje emoční nestabilitu a tendenci interpretovat situace jako ohrožující. Tento rys zvyšuje individuální náchylnost pacienta vystavovat se podnětům vyvolávajícím negativní emoce, které následně mohou ovlivňovat vznik a vývoj symptomů nespecifického střevního zánětu (Moreno-Jiménez et al., 2007).

U IBD pacientů jsou také popisovány **prvky tzv. nutkavého (obsedantního) charakteru**, jako jsou pořádkumilovnost, svědomitost, nerozhodnost a přílišná přizpůsobivost. Tyto charakteristiky mohou být navíc pacienty vnímány jako depresivní obrany (Tress et al., 2008; Wilke & Leuner, 1990, in Kovátsová, Heretik, & Kovács, 2004).

Sebehodnocení IBD pacientů je nestabilní, protože symptomy doprovázející nespecifický střevní zánět ovlivňují prvky stabilizující pojetí osobnosti. Pacienti se cítí ohroženi zejména v budování svého profesního či intimního života, z čehož pak pramení depresivní a úzkostné stavy (Tress et al., 2008). Neschopnost pacientů ocenit sebe sama je podle Wilkeho a Leunera (1990, in Kovátsová et al., 2004) jednou z příčin jejich závislosti na druhých lidech.

Další vlastností, o které se v souvislosti s nespecifickými střevními záněty stále více mluví, je **alexithymie**. Alexithymie vyjadřuje těžkosti v rozpoznávání, popisování a vyjadřování pocitů a emocí, zevně orientovaný styl myšlení či nedostatek představivosti a fantazie (Saariaho, Saariaho, Mattila, Karukivi, & Joukamaa, 2013). Pro podrobnější informace o koncepci alexithymie odkazujeme na Kap. 1.3.3 této práce.

V literatuře je naznačena jistá souvislost mezi IBD, **úzkostí a depresí**. Podle Seligmana (2002, in Sajadinejad et al., 2012a) narušuje nepředvídatelný průběh onemocnění sebedůvěru, sebehodnocení a povzbuzuje pacientův pocit bezmoci, čímž vzniká větší náchylnost k rozvoji deprese.

Autoři ovšem nejsou ve svých výzkumech jednotní. Někteří tvrdí, že spojitost mezi úzkostí, depresí a IBD je běžná, jiní naopak tento vztah popírají. Navíc se diskutuje, zda je depresivita u těchto pacientů premorbidní nebo reaktivní. Pro její reaktivní pojetí svědčí to, že se u pacientů v remisi depresivita projevuje na snížené úrovni. I přesto, že úzkostné a depresivní symptomy u těchto pacientů většinou nedosahují klinické definice psychiatrické nemoci, prožívaný distress, obavy, starosti, strach a chudé copingové strategie snižují jejich kvalitu života (Sajadinejad et al., 2012a; Wilke & Leuner, 1990, in Kovátsová et al., 2004).

Pacienti s nespecifickým střevním zánětem (zejména s Crohnovou chorobou) používají maladaptivní **ego obranné mechanismy**, jako jsou regrese, izolace, pasivní agrese nebo projekce. Zdá se, že nezdravé obrany jsou charakteristické pro široké spektrum

chronicky nemocných pacientů, kteří se tímto způsobem snaží překonat pocity frustrace, deprese a úzkosti (Triantafyllidis et al., 2013).

Osobnost pacienta s Crohnovou nemocí je velmi podobná osobnosti pacienta s ulcerózní kolitidou. I přes to lze v literatuře vyčíst některé odlišnosti. Podle Tresse a kol. (2008) jsou pacienti s CD depresivnější, úzkostnější a rigidnější než pacienti s kolitidou. V souvislosti se symptomatikou a vnímáním onemocnění tito lidé velmi výrazně prožívají depresivní stavy, labilní nálady a disimulační tendence.

4 VÝZKUMY OSOBNOSTNÍCH CHARAKTERISTIK U IBD PACIENTŮ

V následující kapitole představujeme studie, které se vztahují k IBD pacientům a jejich osobnostním charakteristikám. Podle toho, jakou metodiku autoři ve svých výzkumech použili, rozdělujeme jejich prezentaci do dvou částí.

Při hledání zahraničních studií jsme našli jen velmi malé množství výzkumů, které by v dnešní době při zkoumání osobnosti pacienta s IBD použily MMPI-2. Celkově lze říci, že se autoři těchto výzkumů zaměřují spíše na obecnější rysy osobnosti a méně často svoji pozornost orientují na jejich podrobnější analýzu. Tento postřeh prezentují také Triantafyllidis a kol. (2013).

4.1 Výzkumy provedené pomocí MMPI / MMPI-2 / MMPI-2-RF

Minnesotský multifázový osobnostní inventář byl ve výzkumech pacientů s nespecifickými střevními záněty administrován již v 80. letech 20. století. Například Liedtke, Freyberger a Zepf (1977) zjistili, že pacienti s ulcerózní kolitidou skórovali v porovnání s kontrolní skupinou signifikantně výše na škálách hypochondrie, deprese, paranoia a sociální introverze. McMahon, Schmitt, Patterson a Rothman (1973) vypracovali tříletou multidisciplinární výzkumnou studii, do které zapojili 100 pacientů s nespecifickými střevními záněty. Na základě analýzy výsledků MMPI u těchto jedinců zdůraznili signifikantní zvýšení ve dvou (hypochondrie, hysterie) ze tří škál neurotické triády oproti jejich zdravým sourozencům, kteří tvořili kontrolní skupinu. Deprese, třetí ze škál neurotické triády, byla také zvýšena, ne však na signifikantní úrovni. Autoři dále upozornili na obecně nižší stupeň autonomie u IBD pacientů. Také West (1970) potom vypracoval zajímavou studii, ve které se zabýval tím, zda lze na základě proměnných z MMPI odlišit pacienty s UC od skupiny pacientů s jiným psychosomatickým onemocněním. Lidé s ulcerózní kolitidou v jeho výzkumu skórovali ve všech klinických škálách MMPI níže.

Schwarz a kol. (1993) provedli studii, jejíž výsledky jsou konzistentní s výsledky výše uvedených výzkumů. Vyšlo jim, že pacienti s IBD skórují v porovnání s kontrolní skupinou signifikantně výše na MMPI škálách hypochondrie, deprese, hysterie a sociální introverze.

Shokrzadeh, Kamkari, Zamani a Maadi (2017) vykonali výzkum osobnostních charakteristik u 100 pacientů s nespecifickým střevním zánětem pomocí inventáře MMPI-2-RF (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Questionnaire*). Kontrolní skupina, kterou tvořilo celkem 100 lidí, byla rozdělena na dvě podskupiny (57 rodinných příslušníků pacientů a 43 cizích osob). Rozdíl, který byl statisticky významný pouze při porovnání pacientů se skupinou cizích lidí, pozorovali autoři na škálách emoční neadekvátnost, demoralizace, kognitivní stesky, sebe-pochyby a neuroticismus.

Fracchia a kol. (2011) ve své studii zkoumali psychické fungování a individuální postoje 89 pacientů s diagnostikovaným nespecifickým střevním zánětem (51 s UC a 38 s CD). Jednalo se o rozsáhlý výzkum, ve kterém byly postupně administrovány tyto dotazníky: IBDQ (*Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*), CISS (*Campbell Interest and Skill Survey*), IBQ (*Illness Behaviour Questionnaire*) a MMPI. Z analýzy výsledků MMPI vyšly najevo zajímavé korelace. Významný inverzní vztah autoři objevili mezi K škálou a škálami psychastenie, schizofrenie, úzkost, zloba, poruchy pracovního výkonu a posttraumatická stresová porucha. Významná přímá závislost byla potom nalezena mezi škálou hypochondrie a škálami deprese, psychastenie, schizofrenie, úzkost, zájem o vlastní zdraví, poruchy pracovního výkonu a posttraumatická stresová porucha.

4.2 Další studie

Robertson a kol. (1989) zjistili, že jsou lidé postižení IBD mnohem více introvertní a neurotičtí než kontrolní skupina. Větší míru neuroticismu přitom častěji identifikovali u pacientů s Crohnovou chorobou. Také objevili, že byly výše zmíněné osobnostní charakteristiky přítomny ve stejné míře i u čerstvě diagnostikovaných pacientů. Osobnostní charakteristiky jsou tedy podle autorů součástí premorbidní osobnosti.

Také Tkalčić, Hauser, Pletikosić a Štimač (2009) ve svém výzkumu zaznamenali signifikantně vyšší úroveň neuroticismu u IBD pacientů než u kontrolní skupiny. Neuroticismus je těmito autory považován také za významného prediktora kvality života IBD pacientů.

Problematika deprese a úzkosti u IBD pacientů se stala předmětem mnoha výzkumů. Bhandari, Larson, Kumar a Stein (2007) zjistili, že se depresivní symptomy vyskytují u 49% IBD pacientů, zatímco u kontrolní skupiny tomu bylo u 23% lidí. Jako nezávislé prediktory těchto příznaků uvedli starší věk (větší než 50 let), rodinný status pacienta a formu nespecifického střevního zánětu. Abnormální úzkost je potom podle Bannaga a Selinger (2015) sledována téměř u 40% pacientů s IBD. Také další studie prezentují velmi podobné výsledky (např. Addolorato, Capristo, Stefanini, & Gasbarrini, 1997; Bennebroek et al., 2012).

Autoři dalšího výzkumu zaznamenali vyšší prevalenci depresivních symptomů u pacientů s Crohnovou chorobou v porovnání s pacienty s ulcerózní kolitidou. Úzkostná symptomatika se přitom vyskytovala rovnoměrně u obou diagnóz. Autoři také popsali větší výskyt úzkosti a deprese u pacientů v aktivní fázi onemocnění než u pacientů v remisi (Neuendorf, Harding, Stello, Hanes, & Wahbeh, 2016). Kovács a Kovács (2007) dodávají, že se u IBD pacientů v mnohem větší míře vyskytují, kromě závažnějších úzkostných a depresivních symptomů, pasivní copingové strategie.

Také Walker a kol. (2008) na základě výsledků jejich studie potvrdili zvýšenou prevalenci deprese a úzkostných poruch u IBD pacientů. Navíc se u těchto pacientů častěji vyskytovala panická a obsedantně - kompulzivní porucha než u kontrolní skupiny.

Mnoho výzkumů doložilo, že se u pacientů s diagnostikovaným střevním zánětem alexithymie vyskytuje častěji než u kontrolní skupinou. Porcelli, Zaka, Leoci, Centonze a Taylor (1995) analyzovali 112 IBD pacientů pomocí TAS (*Toronto Alexithymia Scale*). Zjistili, že pacienti skórovali signifikantně výše (35,7%) než kontrolní skupina (4,5%). Z výsledků jejich výzkumů dále vyplývá, že míra alexithymie není závislá na druhu zánětu ani na délce či aktivitě onemocnění. Ke stejnému závěru dospěli také autoři longitudinální studie, která sledovala 104 IBD pacientů po dobu 6 měsíců (Porcelli, Leoci, Guerra, Taylor, & Bagby, 1996). Tento výzkum navíc odhalil, že zatímco se skóre anxiety a depresivity měnilo v závislosti na aktivitě onemocnění, míra alexithymie během půlročního sledování nezaznamenala signifikantně významnou změnu.

Sajadinejad, Molavi, Asgari, Kalantari a Adibi (2012b) provedli velmi zajímavý výzkum, jehož cílem bylo zjistit, zda u pacientek s ulcerózní kolitidou existuje souvislost mezi jejich onemocněním a osobností typu D (*distressed personality*), která je charakterizována negativní afektivitou (tendencí prožívat negativní emoce pořád a všude),

sociální inhibicí (strachem z vyjádření emocí v sociálních situacích), větší mírou starostí, strachu, úzkosti, deprese a nízkým sebevědomím. Autoři studie nejprve z analýzy výsledků NEO-FFI vyvodili, že se u nemocných žen vyskytuje vyšší míra neuroticismu a otevřenosti. S pomocí dotazníku Ds14 (*Type D personality Scale*) potom usoudili, že 59% pacientek z jejich vzorku mělo osobnost typu D, zatímco u kontrolní skupiny to bylo 33%. Rozdíl mezi oběma skupinami byl významný.

Cviková a Korbašová (1997, in Kovátsová et al., 2004) ve svém výzkumu použily trojdimenzionální osobnostní dotazník měřící odolnost typu hardiness. Objevily, že pacienti s IBD vykazující nižší míru hardiness zaznamenávali častější relapsy zánětu. Za důležité je také považováno jejich zjištění, že těžký průběh onemocnění s častým výskytem relapsů vede k poklesu psychické odolnosti.

Flett, Baricza, Gupta, Hewitt a Endler (2011) ve své studii prokázali, že perfekcionismus významně souvisí s větším psychosociálním dopadem IBD na pacienty. Podle autorů studie zaměřují vysoce perfekcionistační pacienti svoji pozornost na omezení, která jim onemocnění přináší. Ta potom vnímají jako příčiny své neschopnosti dosáhnout určitých životních cílů, což ve svém důsledku podporuje jejich negativní sebehodnocení. Autoři také upozorňují na souvislost mezi perfekcionismem a maladaptivním copingem u lidí s IBD.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE, HYPOTÉZY

Crohnova choroba a ulcerózní kolitida patří mezi nescifické střevní záněty. Jedná se o chronická autoimunitní onemocnění. Faktory podílející se na jejich etiologii se dosud nepodařilo plně objasnit. Stále více se však ukazuje, že by zásadní roli mohly kromě genetických predispozic sehrávat také vnější okolnosti či psychika jedince. Mluví se o vlivu stresu, psychické zátěže, rodinné situace nebo třeba osobnostních charakteristik jedince. Osobnost je potom individuálním souhrnem či kombinací vlastností, vloh, projevů a zkušeností. V osobnosti se setkávají psychické, tělesné, sociální a spirituální aspekty jedincovy individuality.

Zkoumaným jevem je souvislost mezi osobnostními charakteristikami jedince a diagnózou nescifických střevních zánětů. Osobnostní charakteristiky budeme měřit pomocí standardizovaného osobnostního inventáře.

Z výzkumů, které se zabývají tímto nebo podobným tématem vyplývá, že je osobnost významným faktorem ovlivňujícím prožívání pacienta s IBD. Osobnostní charakteristiky jedince také ovlivňují to, jak pacient svoji nemoc vnímá, jak zvládá nároky léčebného plánu a jsou jedním z faktorů přímo souvisejícím s adaptací pacienta na onemocnění. Některé studie (Sutin et al., 2013) se zabývají tím, zda jsou určité osobnostní charakteristiky součástí tzv. premorbidní osobnosti, tj. rizikovými faktory střevního zánětlivého onemocnění, jiné (Jokela et al., 2014) zase tím, zda se rysy osobnosti pod vlivem tohoto chronického onemocnění proměňují.

Problematika osobnostních charakteristik u pacientů s IBD je značně rozsáhlá. Rozhodli jsme se, že se v našem výzkumu budeme primárně snažit specifické vlastnosti těchto lidí zachytit, resp. posoudit psychodiagnostickými metodami, a následně je porovnat s osobnostními charakteristikami kontrolní skupiny. **Cílem našeho výzkumu** je prozkoumat, zda se vybrané osobnostní charakteristiky (měřené osobnostním inventářem MMPI-2) liší u pacientů, kterým byl diagnostikován nescifický střevní zánět (Crohnova

choroba nebo ulcerózní kolitida) od vybraných osobnostních charakteristik lidí, kterým ani jeden z nespecifických střevních zánětů diagnostikován nebyl.

5.1 Formulace hypotéz ke statistickému testování

V následujícím textu uvádíme výzkumné hypotézy. Každé z nich předchází úvod, který slouží k odůvodnění našich předpokladů. Pro přehlednost jsme text rozčlenili do menších úseků a každý z nich opatřili nadpisem.

5.1.1 Neurotická triáda

Neurotickou triádu tvoří tři klinické škály MMPI-2 - hypochondrie, deprese a hysterie. V teoretické části této práce jsme poukázali na to, že neuroticismus patří mezi nejčastější rysy vyskytující se u pacientů s nespecifickým střevním zánětem. A právě faktorová analýza těchto třech škál prokázala, že je neuroticismus jedním z faktorů, který každou z nich sytí (Netík, 2002). Také výzkumy (např. Liedtke et al., 1977; McMahon et al., 1973; Schwartz et al., 1993), které MMPI u IBD pacientů použily, prokázaly zvýšení skóre na škálách neurotické triády.

Také my tedy očekáváme, že budou IBD pacienti z našeho vzorku skórovat výše na škálách neurotické triády než kontrolní skupina. Stanovujeme tedy tyto hypotézy:

- **H1:** *Pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou skórují signifikantně výše na škále hypochondrie (Hs) MMPI-2 v porovnání s kontrolní skupinou.*
- **H2:** *Pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou skórují signifikantně výše na škále deprese (D) MMPI-2 v porovnání s kontrolní skupinou.*
- **H3:** *Pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou skórují signifikantně výše na škále hysterie (Hy) MMPI-2 v porovnání s kontrolní skupinou.*

5.1.2 Sociální introverze

Liedtke a kol. (1977) ve svém výzkumu zaznamenali signifikantní zvýšení na klinické škále sociální introverze. V našem výzkumu jsme se rozhodli toto zjištění ověřit. Proto stanovujeme následující hypotézu:

- **H4:** *Pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou skórují signifikantně výše na škále sociální introverze (Si) v porovnání s kontrolní skupinou.*

5.1.3 Psychastenie

Z výzkumů vyplývá, že jsou IBD pacienti úzkostnější (Bannaga & Selingen, 2015) a že se u nich mnohem častěji vyskytuje zvýšená obsedantně - kompulzivní reaktivita (Tress et al., 2008) než u kontrolní skupiny. Škála psychastenie tyto charakteristiky zachycuje, a proto předpokládáme, že na ní budou IBD pacienti v porovnání s kontrolní skupinou skórovat výše.

- **H5:** *Pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou skórují signifikantně výše na škále psychastenie (Pt) v porovnání s kontrolní skupinou.*

5.1.4 Alexithymie

Alexithymie je označením pro soubor vlastností, které se vyskytují u psychosomatických pacientů. Prvotní verze Minnesotského multifázového osobnostního inventáře - MMPI obsahovala vlastní škálu alexithymie (Lumley, Asselin, & Norman, 1997), zatímco v renovované verzi MMPI-2 tato škála chybí. Alexithymii se proto pokusíme změřit pomocí námi vytvořeného škálového trsu (viz kapitola. 6.1.1). V teoretické části jsme uvedli dva výzkumy (Porcelli et al., 1995; Porcelli et al., 1996), které alexithymii pomocí TAS u IBD pacientů přímo identifikují. I my v našem výzkumu očekáváme, že pacienti s IBD budou ve větším množství pozitivně sytit škálový trs alexithymie než kontrolní skupina. Proto formulujeme následující hypotézu:

- **H6:** *Existuje souvislost mezi onemocněním IBD a pozitivním sycením škálového trsu alexithymie.*

5.1.5 Závislost

U pacientů s IBD je popisována zvýšená závislost na druhých lidech (Tress et al., 2008). Také tento fenomén se pokusíme pomocí specifické konfigurace škál (viz kapitola. 6.1.1) ověřit. Stanovujeme si tedy následující hypotézu:

- **H7:** *Existuje souvislost mezi onemocněním IBD a pozitivním sycením škálového trsu závislosti.*

6 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Vzhledem k cíli naší studie (viz kapitola 5) jsme se rozhodli pro kvantitativní metodologický přístup, v rámci kterého kombinujeme dva typy výzkumu: diferenční a korelační. Diferenční přehledy se soustřeďují především na rozdíly mezi dvěma zkoumanými výběry, zatímco ty korelační zkoumají jejich vzájemný vztah (Ferjenčík, 2010). Výzkum jsme realizovali dotazníkovým šetřením, přičemž jsme administrovali standardizovaný dotazník *Minnesotský multifázový osobnostní inventář - 2 (MMPI-2)* (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989), který v následujícím textu podrobněji představíme.

Souhrnně řečeno, v našem výzkumu porovnááme dva vzorky zkoumaných osob (IBD skupinu a kontrolní skupinu) vzhledem k více závislým proměnným (skóry jednotlivých škál MMPI-2). V závěru potom zkoumáme, zda existuje souvislost mezi jevem A (diagnózou IBD) a jevem B (pozitivním sycením škálového trsu).

6.1 Minnesotský multifázový osobnostní inventář-2 (MMPI-2)

MMPI-2 je jedním z nejznámějších a nejrozsáhlejších osobnostních inventářů, který slouží ke zjišťování osobnostních charakteristik a psychických poruch. Díky své univerzálnosti nachází uplatnění v mnoha oblastech, kupříkladu v klinické psychologii, při profesních výběrových řízeních nebo tvorbě soudně znaleckých posudků (Netík, 2002; Svoboda, Humpolíček, & Šnorek, 2013).

Ve 4. kapitole této bakalářské práce jsme podrobněji představili některé výzkumy týkající se osobnostních charakteristik u IBD pacientů. Všimli jsme si, že autoři většiny těchto studií zkoumali spíše obecnější rysy pacientů, což bylo mimo jiné dáno také užitým měrným nástrojem (Eysenkův osobnostní inventář, Pětifaktorový osobnostní inventář). V naší práci chceme postihnout co nejširší spektrum vlastností této skupiny pacientů, což nám osobnostní inventář MMPI-2 svojí povahou umožňuje. Věříme také, že nám užití tohoto inventáře pomůže ke splnění stanoveného cíle výzkumu, kterým je snaha srovnat

osobnostní charakteristiky IBD pacientů s charakteristikami kontrolní skupiny. K dalším výhodám tohoto osobnostního inventáře přičítáme jeho restandardizaci na české populaci.

Při výběru měrného nástroje pro náš výzkum jsme také zvažovali negativní stránky MMPI-2. V tomto ohledu se nám jako jednoznačně nejzávažnější problém jevila délka dotazníku a s ní související časová náročnost, která ve svém důsledku mohla respondenty od účasti na výzkumu odradit.

6.1.1 Popis inventáře

Minnesotský multifázový osobnostní inventář poprvé zveřejnili jeho autoři S.R. Hathway a J.C. McKinley v roce 1940 s domněnkou, že vytvořili „*nástroj k multidimenzionálnímu měření osobnosti pomocí profilů jednotlivých škál.*“ (Svoboda et al., 2013, 286). O tři roky později potom vydali první oficiální manuál.

Prvotní verze MMPI (Hartway & McKinley, 1940), která obsahovala 550 položek, se v následujících letech ukázala jako nevyhovující. Bylo poukázáno na to, že se inventář zakládá na zastaralé nosologické metodologii a pochybnosti také vzbuzovaly jeho původní normy (Netík, 2002). Svoboda a kol. (2013) navíc dodávají, že došlo ke zjemnění diagnostických kritérií. Z těchto důvodů byla vytvořena a v roce 1989 vydána renovovaná verze MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2) (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989).

Zkoumaná osoba zapisuje odpovědi na 567 položek do záznamového archu. Subjektivně přitom vybírá ze dvou alternativ S (Souhlasím) a N (Nesouhlasím), což odpovídá dichotomickému formátu položky. Na vyplnění inventáře proband většinou potřebuje 60-90 minut (Netík, 2002; Urbánek, Denglerová, & Širůček, 2011).

Administraci MMPI-2 je možno provádět individuálně i skupinově, a to ve formě „tužka - papír“ nebo v počítačové verzi. Pro vyhodnocení záznamového archu je nutné vlastnit CD s příslušným programem a hardwarový klíč. S jeho pomocí jsou potom vypočítány hrubé a vážené skóry, korekce, indexy, vytvoří se všechny profily a data jsou tak připravena k dalšímu zpracování (Svoboda et al., 2003). Inventář je určen pro klienty od 18 let a základním předpokladem je jejich schopnost číst (Greene, 1999).

Podle manuálu je aktuálně doporučena k interpretaci úroveň T skóru, která je rovna 65 anebo vyšší. Interpretaci profilů MMPI-2 je možné vést dvěma způsoby. V prvním případě lze analyzovat výsledky jednotlivých škál, jejich vzájemné vazby zakládající se na

významně zvýšených skórech těchto škál, a konfigurace. Druhá ze strategií se potom opírá o rozbor profilových kódů. Profilové kódy vycházejí z předpokladu, že je u jedince zvýšeno několik standardních škál zároveň a užívají se pro ulehčení interpretace. MMPI-2 k tomuto účelu používá Welshův kódovací systém (Netík, 2002).

Ještě před tím, než je možno přistoupit k interpretaci jednotlivých škál, musí se zhodnotit, zda je vůbec protokol vyšetřovaného člověka validní a interpretovatelný. Při hodnocení postojů jedince k vyplnění MMPI-2 analyzujeme **standardní validizační škály** (**?**, **L**, **F**, **K**). V úvahu bereme také jejich konfigurace a nové validizační škály (**F_B**, **TRIN**, **VRIN**). V následující tabulce tyto škály popisujeme podrobněji (Netík, 2002, 25-31):

Tab. 1. Standardní validizační škály MMPI-2

zkratka	název	počet položek	popis
?	„nemohu říci“		skór vzniká součtem nezodpovězených položek, je mírou validity testu a informuje o kooperaci vyšetřované osoby
L	Lži škála	15	škála identifikuje osoby, které se snaží vyhnout upřímným odpovědím na položky
F	F škála	60	škála detekuje neobvyklé a atypické způsoby odpovídání
K	K škála	30	škála posuzuje míru defenzivity zkoumané osoby a koriguje vliv této tendence na klinické škály

MMPI-2 je širokospektrý inventář obsahující celkem 123 škál a kritické položky, což mu umožňuje postihnout širší paletu osobnostních proměnných (Netík, 2002).

V tabulce 2 představujeme **standardní klinické škály**, protože jsou pro tuto práci vzhledem k výzkumným otázkám nejdůležitější. V inventáři se dále vyskytují Harrisovy – Lingesovy subškály, obsahové škály a jejich komponenty, Wiener – Harmonoy subškály, škály psychopatologie osobnosti či doplňkové škály.

Tab. 2: Přehled standardních klinických škál MMPI-2

zkratka	název	počet položek	zkratka	název	počet položek
1 (Hs)	Hypochondrie	32	6 (Pa)	Paranoia	40
2 (D)	Deprese	57	7 (Pt)	Psychastenie	48
3 (Hy)	Konverzní hysterie	60	8 (Pt)	Schizofrenie	78
4 (Pd)	Psychopatická odchylka	50	9 (Ma)	Hypomanie	46
5 (Mf)	Maskulinita - feminita	56 (M); 56 (F)	0 (Si)	Sociální introverze	69

V této práci se nebudeme jednotlivými škálami z důvodu značné rozsáhlosti textu zabývat a odkážeme na český manuál k metodě (Netík, 2002) nebo na interpretační manuál (Greene, 1999).

6.1.2 Standardní skóry a psychometrické vlastnosti MMPI-2

V původní verzi MMPI jsou k převodu hrubých skóru na standardní T skóry využívány lineární T transformace. Podle Netíka (2002, 9) tím však vzniká psychometricky nežádoucí problém, protože „*míra zešikmení distribuce hrubých skóru a odpovídající rozložení lineárních T skóru se u jednotlivých škál liší.*“ Autor dodává, že v revidované verzi MMPI-2 je tento problém odstraněn díky odvození **uniformních T skóru**.

Průměrná hodnota uniformního T skóru je 50 a směrodatná odchylka 10. Za kritický je uniformní T skór považován v případě, že je jeho hodnota o 2 a více směrodatné odchylky (zkráceně SD) nižší než průměr (tj. $T \leq 30$) nebo naopak o 1,5 SD vyšší než průměr (tj. $T \geq 65$) (Greene, 1999).

V následující tabulce shrnujeme údaje týkající se reliability MMPI-2. Uvedeme koeficient vnitřní konzistence Cronbachova alfa (α) a hodnoty týkající se test-retest reliability pro jednotlivé skupiny škál (Netík, 2002):

Tab. 3: Cronbachova alfa a test-retest reliability pro jednotlivé skupiny škál s ohledem na pohlaví

škály	α		test-retest	
	muži	ženy	muži	ženy
klinické	0,34 – 0,85	0,37 – 0,87	0,70 – 0,93	0,54 – 0,92
obsahové	0,72 – 0,86	0,68 – 0,86	0,77 – 0,91	0,78 – 0,91
doplnkové	0,34 – 0,89	0,24 – 0,90	pozn.	pozn.

Pozn.: Hodnoty koeficientu Cronbachova alfa (α) a koeficienty test-retest reliability se pohybují ve vyznačených intervalech. Koeficient test-retest je pro doplnkové škály u mužů a u žen prakticky shodný, jako pro škály obsahové.

6.1.3 Škálové trsy MMPI-2

Konfigurace určitého množství specifických škál se označuje pojmem *trs*. Prostřednictvím takového trsu může výzkumník zaznamenat výskyt určitého symptomu. Obrovské množství jednotlivých trsů lze rozdělit do skupin podle oblastí, kterých se týkají (např. emoce, kognice či interpersonální vztahy) (Greene, 1999). V naší studii jsme se škálovými trsy pracovali. Konkrétně jsme definovali 2 trsy – alexithymie a závislost.

Při tvorbě **trsu alexithymie** jsme vycházeli z charakteristik typického alexithymického jedince (viz kapitola 1.3.3) a zahrnuli jsme do něj následujících šest škál: TRT2 (nesdílnost), Sc2 (emoční odcizení), D3 (tělesné dysfunkce), Hy4 (somatické stesky), HEA (zájem o vlastní zdraví) a ANG2 (iritabilita). Abychom o respondentovi

v našem výzkumu mohli prohlásit, že je u něj tento trs pozitivně sycen, musel být $T \geq 65$ alespoň ve čtyřech z šesti uvedených škál.

Škálový **trs závislost** jsme převzali od Greena (1999), podle kterého jej tvoří šest škál: Si3 (odcizení – od sebe i druhých), LSE (nízké sebehodnocení), WRK (poruchy pracovního výkonu), GM (genderová role – maskulinní, nízká hodnota); Hy1 (popření sociální úzkosti) a Pd3 (sociální nevzrušivost, nízká hodnota). U škál Si3, LSE, WRK a Hy1 očekáváme, že skór „závislého“ pacienta bude $T \geq 65$, zatímco u škál GM a Pd3 očekáváme $T \leq 30$. Pokud bude náš předpoklad v alespoň čtyřech škálách naplněn, můžeme prohlásit, že je tento trs u daného probanda pozitivně sycen.

7 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Sběr dat jsme prováděli ve dvou fázích. První etapu našeho výzkumu jsme realizovali od března do září 2017 v privátní gastroenterologické ambulanci MUDr. Antonína Pokorného (Gastro Help, s.r.o.) v Brně. Lékaře jsme seznámili s cíli výzkumu a jeho plánovaným průběhem. Společnými silami jsme doladili organizační záležitosti. Bylo nám také povoleno užít námi zvolenou metodiku.

Spojení mezi výzkumníky a pacientem bylo sjednáno prostřednictvím lékaře, jelikož nebylo možné pacienty oslovovat osobně. Lékař pacientovi výzkum představil a seznámil ho jak s cílem projektu, tak s jeho časovou náročností. Pacientovi bylo také podrobně vysvětleno, co by jeho případná účast na výzkumu znamenala. Lékař pacientovi zdůraznil, že je jeho rozhodnutí o účasti na projektu zcela svobodné a že se k němu samotnému informace o jeho účasti či neúčasti a následně pacientovy výsledky nedostanou.

Pokud pacient vyjádřil souhlas a ochotu se ve výzkumu angažovat, předal mu lékař obálku, která obsahovala informace o výzkumu a informovaný souhlas (viz Příloha 3), podrobné instrukce, krátký úvodní dotazník (viz Příloha 5), osobnostní inventář MMPI-2 a záznamový arch. V případě, že pacient obálku s inventářem obdržel, bylo na něj apelováno, aby ji zaslal zpět i pokud se rozhodne výzkumu nezúčastnit. Pacienti byli důrazně ujištěni, že mohou od spolupráce kdykoliv bez udání důvodu odstoupit a že výzkumník zaručuje ochranu osobních údajů.

Po vyplnění dotazníku zasílali pacienti, podle instrukcí, obálky zpět do ordinace. Každou obálku, obsahující testovací materiály, jsme proto předem opatřili adresou a známkou v hodnotě 20 Kč.

Pacientům jsme nabídli, že jim v případě zájmu po vyhodnocení dat zašleme výsledky studie. Pro tento účel zde mohli zanechat emailový kontakt. Po obdržení dotazníku jsme na něj také, pokud byl uveden, zaslali potvrzení o úspěšném doručení materiálů s poděkováním za jejich čas a ochotu se výzkumu zúčastnit.

Druhá fáze sběru dat začala v září 2017. V této době jsme začali oslovovat probandy do kontrolní skupiny. V tomto případě se již bylo možno s osobami setkat osobně. Také těmto jedincům byly předány informace o cílech výzkumu (viz Příloha 4), jeho formě a časové náročnosti. I zde jsme zdůraznili, že je jejich účast na výzkumu dobrovolná a že zaručujeme ochranu osobních údajů. Probandi vyplňovali dotazník doma a pak jej předali výzkumníkovi.

7.1 Výzkumný soubor

Základní populaci tvoří pacienti s diagnózou IBD (Crohnovou nemocí nebo ulcerózní kolitidou). Jarkovský, Benešová, Hejduk, Dušek a Lukáš (2017) ve své nejnovější studii analyzovali data z let 2007-2013 a na základě toho stanovili prevalenci IBD v České republice na 44 685 rodných čísel (CD = 20 444, UC = 24 241). Stejní autoři pomocí lineárního modelu předpověděli, že se tento počet během následujících dvou let zvýší na 46 608. Lékař, u v jehož ordinaci jsme výzkum prováděli, evidoval ve své kartotéce celkem 210 IBD pacientů (CD = 133, UC = 77).

Do výzkumného vzorku jsme zahrnuli celkem 70 osob, přičemž první skupina zahrnovala 37 pacientů s nespecifickým střevním zánětem. Druhou, tj. kontrolní skupinu, tvořilo 33 zdravých jedinců. Obě skupiny podrobně popisujeme v následujícím textu.

Do našeho výzkumu jsme zahrnuli pacienty s IBD, kteří v současné době podstupují ambulantní léčbu v privátní gastroenterologické ambulanci v Brně. Stanovili jsme 2 kritéria, která musel pacient splňovat, aby byl lékařem do výzkumu pozván: pacientovi byl diagnostikován nespecifický střevní zánět a jeho minimální věk je 18 let.

Ordinaci jsme vybrali příležitostným výběrem. Také výběr pacientů byl příležitostný, neboť každý pacient, který v době, kdy výzkum probíhal přišel na vyšetření a splňoval námi daná kritéria, byl lékařem do výzkumu pozván. Pacienti byli objednáni dlouho dopředu, proto lékař dopředu ovlivnit, kdo se v této době k vyšetření dostaví. Bylo také nemožné, aby lékař oslovil všech 210 IBD pacientů. Na samotném pacientovi pak záleželo, zda nabídku přijme či ne. Během sedmi měsíců lékař oslovil 46 pacientů. Zájem účastnit se našeho výzkumu projevilo 38 z nich. Osm osob nabídku nepřijalo.

Dotazník vyplnilo celkem 25 mužů a 13 žen. Jednu respondentku (ženu) jsme bohužel následně museli z výzkumného vzorku vyřadit, jelikož se vzhledem k příliš

vysokým skórum ve validizační škále F_B a zkráceným odpovědím (tzv. „overreporting“ protokol) ukázal její protokol jako nevalidní a neinterpretovatelný (viz kapitola 8.1).

Do našeho výzkumu jsme tedy zahrnuli 37 IBD pacientů, 25 mužů a 12 žen. Průměrný věk pacientů (zkráceně M) činil 38,7 let se směrodatnou odchylkou (zkráceně SD) 11,8. Minimální věk probanda v IBD skupině byl 25 let a maximální věk 65 let. Charakteristiky týkající se věku pro jednotlivá pohlaví uvádíme v Tab. 4.

Tab. 4: Deskriptivní charakteristiky IBD skupiny na souboru mužů a žen dle věku

skupina IBD	počet	M	SD	minimum	maximum
muži	25	41,00	11,91	25	65
ženy	12	33,91	10,47	25	62
celý soubor	37	38,70	11,80	25	65

Zastoupení jednotlivých forem IBD u našich pacientů bylo poměrně vyrovnané. Celkem 19 pacientům byla diagnostikována Crohnova choroba a 18 pacientům ulcerózní kolitida.

Průměrná délka onemocnění jedinců v našem souboru činila 8,04 let (SD = 5,05). Minimální zaznamenaná délka nemoci byla 1 rok, zatímco ta maximální činila 21 let. Čtyři respondenti zapomněli tento údaj vyplnit, proto jsme jej doplnili hodnotu sloupcového průměru. Jak můžeme vidět v tabulce 5, nejvíce respondentů z našeho souboru (41%) trpělo v době účasti v naší studii střevním zánětlivým onemocněním 6 - 10 let.

Tab. 5. Doba onemocnění pacientů s IBD

doba onemocnění	počet	relativní četnost (%)
1 - 5 let	12	32
6 - 10 let	15	41
11 - 15 let	7	19
15 let a více	3	8
celkem	37	100

Celkem 21 IBD respondentů uvedlo jako své nejvyšší dosažené vzdělání VŠ, 11 respondentů potom SŠ s maturitou a 5 respondentů se vyučilo. Dále jsme zjišťovali, zda pacienti kouří. Pravidelně kouří 6 pacientů, zbytek (31 osob) nekouří. Pouze 2 pacienti uvedli, že v souvislosti se svým onemocněním navštívili psychologa.

Kontrolní skupinu tvořilo 33 probandů. Tyto osoby jsme vybírali kvótním výběrem, jelikož jsme požadovali pokud možno co největší vyváženost kontrolní skupiny se skupinou IBD pacientů podle klíčových proměnných, za které jsme si stanovili pohlaví

a věk. U věku jsme tolerovali maximální odchylku 3 roky. Přihlíželi jsme také k nejvyššímu dosaženému vzdělání probandů, ale tato shoda se nám povedla pouze ve 20 případech. Další podmínkou pro to, aby mohl být jedinec do kontrolní skupiny zařazen, bylo kromě výše popsaného jeho ujištění, že mu nebyl diagnostikován nespecifický střevní zánět a další jiné závažné onemocnění (př. diabetes mellitus, onkologické onemocnění) a minimální věk byl 18 let.

Průměrný věk osob v kontrolní skupině činil 37,03 let (SD=13,00). Nejmladšímu jedinci bylo 22 let a nejstaršímu 64 let. Charakteristiky týkající se věku pro jednotlivá pohlaví uvádíme v tabulce 6.

Tab. 6: Deskriptivní charakteristiky kontrolní skupiny na souboru mužů a žen dle věku

kontrolní skupina	počet	M	SD	minimum	maximum
muži	21	39,71	13,48	22	64
ženy	13	32,33	11,11	22	61
celý soubor	33	37,03	13,00	22	64

Celkem 24 respondentů z kontrolní skupiny uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání VŠ a zbylých 8 osob SŠ. Ani jeden z probandů v kontrolní skupině nekouří.

V následující tabulce shrneme pro přehlednost základní charakteristiky skupiny pacientů s nespecifickými střevními záněty (zkráceně IBD) a kontrolní skupiny (zkráceně KS).

Tab. 7: Srovnání deskriptivních charakteristik skupin dle věku

skupina	počet	M	SD	minimum	maximum
IBD	37	38,70	11,80	25	65
KS	33	37,03	13,00	22	64

7.2 Etické hledisko a ochrana soukromí

Všichni participanti (v IBD skupině i v kontrolní skupině) obdrželi list s informacemi k výzkumu, ve kterém byla naše studie představena a kde jsme vysvětlili, co by jejich účast ve výzkumu znamenala. Zdůraznili jsme, že je jejich účast ve výzkumu zcela dobrovolná a že mohou od spolupráce kdykoliv a bez udání důvodu odstoupit. Zavázali jsme se k ochraně osobních údajů. Poté, co se respondent seznámil s podmínkami a pokud s nimi souhlasil, byl požádán o podepsání informovaného souhlasu, kterým dal výzkumníkům svolení k vyhodnocení jeho záznamového archu.

Vyplněné archy, které se dostaly k výzkumníkovi, byly ihned anonymizovány, tzn. nadepsány zkratkou a pořadovým číslem (tj. IBD_1 či KS_1 atd.).

Zejména při sběru dat v ordinaci lékaře bylo nutné ošetřit to, aby se pacienti cítili bezpečně a nezneužití. Pacientům jsme zaručili, že se lékař o tom, zda se do studie zapojili, nedozví a že zalepené obálky nebude otevírat a předá přímo výzkumníkovi. Tento fakt také sám lékař pacientům explicitně zdůraznil. V informacích jsme také uvedli emailový kontakt na výzkumníky, skrze který se na nás mohli v případě potřeby kdykoliv obrátit.

Rozhodli jsme se, že pacienti budou vyplněné dotazníky a veškeré materiály zasílat poštou. Domníváme se, že by se někteří pacienti mohli cítit k vyplnění inventáře prostým faktem osobního předání lékaři tlačeni, tzn., že by jejich participace na výzkumu nebyla svobodným rozhodnutím.

8 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Záznamové archy respondentů jsme vyhodnotili pomocí počítačového programu MMPI-2 a hardwarového klíče na Katedře psychologie FF UP. Pro každého respondenta jsme tímto získali hodnoty hrubého skóru a uniformního T skóru pro všechny škály. Veškerá data byla následně z programu konvertována přímo do MS Excel. K veškerým statistickým analýzám, které jsme v naší práci provedli, byly užity uniformní T skóry.

8.1 Ověření přijatelnosti protokolu MMPI-2

Dříve než jsme provedli statické zpracování dat, zaměřili jsme se na posouzení standardních validizačních škál (?, L, F, K) jednotlivých protokolů (viz kapitola 6.1.1). T skóry těchto škál u žádného z respondentů nepřekročily kritickou hodnotu.

Při podrobnějším zkoumání nových validizačních škál jsme však u jednoho z protokolů našli výrazně zvýšenou hodnotu T skóru na škále F_B , která detekuje atypické a neobvyklé odpovědi v druhé části testu. Potom jsme také podle rozdílu T skóru u dvou typů položek (skrytých - S, zjevných - O) posuzovali, zda některý z respondentů záměrně nezkrášloval své odpovědi. U stejného probanda jsme identifikovali tzv. „overreporting“ protokol, ve kterém proband významným způsobem nadhodnocoval a zvýšeně sytil symptomy zachycované inventářem MMPI-2. Tuto osobu jsme tedy z našeho výzkumného souboru vyřadili (viz kapitola 7.1)

8.2 Analýza dat

Vlastní statistické zpracování jsme provedli v programu Statistica 13. Ze všeho nejdříve jsme ověřili to, zda jsou hodnoty na sledovaných škálách v obou skupinách normálně rozděleny a zda se v našem souboru nenacházejí probandi s extrémními hodnotami, kteří by mohli výsledky statistického testování, které budeme v dalších krocích provádět, zkreslit. Normální rozdělení veličin jsme ověřovali pomocí Shapirova - Wilkova testu a získané p-hodnoty potom konfrontovali se zobrazenými histogramy.

U škál Hy a Hs jsme u IBD skupiny vykázali normální rozdělení. Usoudili jsme tak jak z vyobrazených histogramů, tak z provedeného testu normality. U dalších tří škál (D, Pt a Si) vyšla p-hodnota Shapirova - Wilkova testu menší než 0,05. Při vizuálním studiu histogramu škál Pt a Si jsme pozorovali zešikmení v kladném směru, které ovšem bylo malé. Histogram a krabicový graf týkající se škály D jsme si zobrazili vzápětí - a zaznamenali jsme jeden extrémně odlehlý skór, po jehož vyřazení začaly také tyto hodnoty vykazovat normální rozdělení. V kontrolní skupině vyšla u všech pěti škál p-hodnota Shapirova - Wilkova testu větší než 0,05. Při podrobnějším studiu krabicového grafu jsme na škále Pt našli jednu extrémně odlehlou hodnotu. Tohoto extrémně skórujícího respondenta jsme z výpočtů týkajících se této škály vyřadili. Nakonec jsme pomocí Fisherova F-testu prozkoumali shodu rozptylů. Vyjma škály Pt se nemáme důvod domnívat, že by byly rozptýly v námi sledovaných skupinách odlišné.

Vzhledem k výše uvedeným poznatkům použijeme při statistické analýze čtyř klinických škál Hs, D, Hy a Si (tj. při testování H1, H2, H3 a H5) parametrické statistické metody. Konkrétně volíme t-test pro dva nezávislé výběry, jelikož srovnáváme dvě nezávislé skupiny. Mírou účinku pro tento test je Cohenovo d (zkráceně d), které v přehledu výsledků dílčích analýz uvádíme. Klinickou škálu Pt (tj. H4) testujeme pomocí Welschova testu, který se užívá v situacích, kdy není zaručena shoda rozptylů dvou nezávislých výběrů. Jeho mírou účinku je Glassova delta (zkráceně Δ).

Při statistickém testování H6 a H7 analyzujeme souvislost mezi dvěma proměnnými, z nichž je každá alternativní. První proměnná udává pozitivní či negativní sycení škálového trsu alexithymie (resp. závislosti), druhá pak prezentuje zařazení probanda do IBD či kontrolní skupiny. Na základě této skutečnosti směřujeme pozornost k testům četností, které ve svém principu testují shodu mezi očekávanými a pozorovanými četnostmi. Jelikož je více než 1/4 očekávaných četností v našem souboru menší než 5 a protože vzhledem k typu proměnných vytváříme čtyřpolní tabulku, využijeme pro testování H6 a H7 Fischerův faktoriálový test. Pracuje čistě kombinatoricky a není svazován žádnou podmínkou. Tento nástroj je také specifický v tom, že nemá testovou statistiku, a proto při prezentaci výsledků uvádíme pouze p-hodnotu a ukazatel míry účinku koeficient f_i (zkráceně ϕ).

Je možné, že v některých analýzách, které nad rámec hypotéz provádíme, nebudou mít zkoumané veličiny normální rozdělení. V tomto případě použijeme neparametrickou obdobu t-testu Mannův - Whytneyův U-test, a to vždy s korekcí na spojitost a shody

v pořadí. Mírou účinku je AUC (*Area Under Curve*), kterou v naší práci interpretujeme jako pravděpodobnost, se kterou má náhodně vylosovaný proband z IBD skupiny vyšší skóre než náhodně vylosovaný proband z kontrolní skupiny.

Dodáváme, že pro veškeré statistické testování v naší práci volíme 5% hladinu významnosti. To znamená, že pokud výsledná p-hodnota podkročí hodnotu 0,05, budeme považovat výsledek analýzy za statisticky významný a v tabulkách jej zvýrazníme. Jsme si vědomi, že jsme většinu hypotéz formulovali jednostranně a že v případě nalezení statisticky významného rozdílu mezi skupinami budeme muset p-hodnotu upravit.

8.3 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz

V následujícím textu se podrobně vyjádříme ke každé ze stanovených hypotéz. Abychom udrželi přehlednost a strukturu, bude text rozčleněn do menších úseků dle toho, v jakém kontextu jsme stanovovali hypotézy (viz kapitola 5.1) V závěrečném přehledu potom ještě jednou výsledky testování jednotlivých hypotéz v tabulkách shrneme.

Pro zajímavost ještě přidáváme tabulku s průměry a směrodatnými odchylkami pro klinické a validizační škály u obou sledovaných skupin.

Tab. 8: Přehled průměrných skóreů na validizačních a klinických škálách MMPI-2 pro IBD a KS

škála	IBD			KS		
	M	SD	≥ 65	M	SD	≥ 65
L	48,08	9,29	0,00	48,58	11,73	9,09
F	53,73	9,13	16,22	50,88	9,90	6,06
K	41,41	8,42	0,00	44,27	10,90	3,03
1 Hs	55,19	10,81	21,62	52,21	9,79	12,12
2 D	55,89	10,11	13,51	51,15	8,69	6,06
3 Hy	53,16	9,88	16,22	50,67	9,71	9,09
4 Pd	46,97	9,27	2,70	45,91	7,31	0,00
5 Mf	51,92	11,15	5,41	52,52	9,48	15,15
6 Pa	47,62	8,91	8,11	47,55	9,40	9,09
7 Pt	53,38	10,81	10,81	51,39	7,74	6,06
8 Sc	47,78	9,43	2,70	48,64	9,17	9,09
9 Ma	48,57	9,72	5,41	49,15	13,24	9,09
0 Si	54,89	12,31	16,22	53,82	10,94	15,15

Pozn.: $n(IBM) = 37$; $n(KS) = 33$; procento respondentů s $T \geq 65$

8.3.1 Neurotická triáda

H1: *Pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou skórují signifikantně výše na škále hypochondrie (Hs) MMPI-2 v porovnání s kontrolní skupinou.*

Protože jsou u obou skupin veličiny normálně rozděleny, provedeme statistickou analýzu t-testem pro dva nezávislé výběry. Prokázali jsme, že i když pacienti s nespecifickým střevním zánětem průměrně skórují na škále hypochondrie o něco výše ($M = 55,19$; $SD = 10,81$) než kontrolní skupina ($M = 52,21$; $SD = 9,79$), není tento rozdíl statisticky významný, $t(68) = 1,20$; $p = 0,23$, $d = 0,29$. **Na základě zjištěných výsledků nemůžeme H1 přijmout.**

Dále nás zajímalo, zda se skóry významně liší v závislosti na pohlaví. Dodatečně jsme proto prozkoumali, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi pacientkami s IBD ($n = 12$) a ženami v kontrolní skupině ($n = 12$). Jelikož byla data rozdělena normálně, použili jsme t-test pro dva nezávislé výběry. Prokázali jsme, že mezi ženami v obou skupinách existuje statisticky významný rozdíl, $t(22) = 2,66$; $p < 0,05$, $d = 1,09$. U pacientek z IBD skupiny byl průměrný skór na této škále znatelně vyšší ($M = 61,33$; $SD = 11,33$) než u zdravých žen v kontrolní skupině ($M = 50,33$, $SD = 8,76$).

Stejnou analýzu jsme potom provedli také u mužů. Zde jsme však statisticky významný rozdíl mezi skupinami neprokázali.

H2: *Pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou skórují signifikantně výše na škále deprese (D) MMPI-2 v porovnání s kontrolní skupinou.*

Dříve, než jsme přistoupili k samotnému testování, vyřadili jsme z výzkumného souboru jednu IBD pacientku, jejíž skór na škále deprese dosahoval vzhledem k ostatním respondentům extrémní hodnoty. Domníváme se, že pokud bychom takového respondenta v testování ponechali, došlo by ke zkreslení výsledků. Do statistické analýzy, kterou provádíme t-testem pro dva nezávislé výběry, zahrnujeme tedy 36 pacientů s IBD a 33 členů kontrolní skupiny.

Po provedení testování musíme konstatovat, že se nám mezi sledovanými skupinami nepodařilo prokázat statisticky významný rozdíl ve skórech na škále deprese, $t(67) = 1,84$; $p = 0,07$; $d = 0,44$. Průměrný skór IBD pacientů byl vyšší ($M = 54,92$; $SD = 8,30$) než průměrný skór zaznamenaný v kontrolní skupině ($M = 51,15$; $SD = 8,69$). **Hypotézu č. 2 nemůžeme přijmout.**

Pokud bychom statistickou analýzu prováděli tak, že bychom onoho problematického respondenta nevyřadili, sledovaná veličina by neodpovídala normálnímu rozdělení a my bychom museli užít neparametrický Mannův - Whytneyův U-test.

Statistický významný rozdíl bychom mezi těmito skupinami prokázali, $U = 409$; $Z = 2,38$; $p < 0,05$; $AUC = 0,67$. Medián skóru by byl u IBD skupiny 55 a u kontrolní skupiny 53. Je tedy vidět, že naše obava týkající se zkreslení výsledků byla opodstatněná.

Stejně jako u první hypotézy jsme se rozhodli prozkoumat, jakou roli hraje v našem vzorku pohlaví. Také z této analýzy jsme vyřadili extrémně skórující IBD pacientku. Rozdíl ve skórech na škále deprese, který jsme pozorovali mezi ženami v IBD ($n = 11$) a kontrolní skupině ($n = 12$) se ukázal jako statisticky vysoce významný, $t(21) = 3,38$; $p < 0,01$, $d = 1,41$. Pacientky skórovaly průměrně výše ($M = 58,36$; $SD = 6,86$) než ženy v kontrolní skupině ($M = 49,25$, $SD = 6,08$). Stejný test jsme provedli u mužů. Mezi muži v IBD a kontrolní skupině jsme neprokázali statisticky významný rozdíl.

Nad rámec druhé hypotézy jsme ještě provedli analýzu jednotlivých subškál D1-D5. Vzhledem k tomu, že hodnoty neodpovídaly normálnímu rozdělení, použili jsme ve všech případech neparametrický Mannův -Whitneyův U-test. Statisticky významný rozdíl mezi skupinami ($n_1 = 37$, $n_2 = 33$) jsme našli pouze v subškále tělesné dysfunkce (D3), $U = 351,5$; $Z = 3,06$; $p < 0,01$; $AUC = 0,71$. Medián skóru na škále tělesné dysfunkce byl u IBD skupiny 59, zatímco u kontrolní skupiny 51.

Zajímalo nás také, zda se míra deprese u pacientů s IBD liší v závislosti na tom, zda trpí Crohnovou chorobou nebo ulcerózní kolitidou. Do výpočtů jsme zahrnuli 37 IBD pacientů (19 s CD a 18 s UC). Data byla u obou skupin pacientů normálně rozdělena, proto jsme použili t-test pro dva nezávislé výběry. I přes to, že pacienti s ulcerózní kolitidou průměrně skórovali o něco výše ($M = 57,56$; $SD = 12,21$) než pacienti s Crohnovou chorobou ($M = 54,31$; $SD = 7,62$), neprokázali jsme, že by byl tento rozdíl statisticky významný, $t(35) = -0,97$; $p = 0,34$, $d = -0,32$

H3: *Pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou skórují signifikantně výše na škále hysterie (Hy) MMPI-2 v porovnání s kontrolní skupinou.*

Protože jsou data na škále hysterie u obou skupin rozdělena normálně, užíváme k testování třetí hypotézy parametrický t-test pro dva nezávislé výběry. Na základě statistické analýzy tvrdíme, že mezi skupinami není v míře hysterie signifikantní rozdíl, $t(68) = 1,06$; $p = 0,29$; $d = 0,25$. IBD pacienti na škále hysterie dosahovali průměrného skóru 53,16 ($SD = 9,88$), zatímco u osob v kontrolní skupině byla tato hodnota o něco nižší a činila 50,67 ($SD = 9,71$). **Hypotézu č. 3 nemůžeme přijmout.**

Zjistili jsme, že pokud bychom srovnávali ženy v IBD ($n = 12$) a kontrolní skupině ($n = 12$), našli bychom ve skórech mezi skupinami na škále hysterie statisticky vysoce významný rozdíl, $t(22) = 2,99$, $p < 0,01$, $d = 1,22$. Průměrný skóre IBD pacientek dosahuje hodnoty 60,00 ($SD = 10,74$), zatímco průměrný skóre žen v kontrolní skupině má hodnotu o hodně nižší 47,91 ($SD = 8,97$). Mezi IBD pacienty a muži v kontrolní skupině jsme ani v tomto případě statisticky významný rozdíl ve skórech nenalezli.

Také zde jsme nad rámec naší hypotézy prozkoumali jednotlivé subškály (Hy1 – Hy5). Statisticky významný rozdíl mezi skupinami ($n_1 = 37$, $n_2 = 33$) jsme našli pouze u subškály Hy3 (apatie – zneklidněnost), pro jejíž testování jsme vzhledem k tomu, že veličina neodpovídala normálnímu rozdělení, zvolili neparametrický Mannův - Whitneyův U-test, $U = 432,5$; $Z = 2,11$; $p < 0,05$; $AUC = 0,65$. Medián IBD skupiny je 56, zatímco medián kontrolní skupiny je o něco nižší a činí 52.

8.3.2 Psychastenie

H4: *Pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou skórují signifikantně výše na škále psychastenie (Pt) v porovnání s kontrolní skupinou.*

I když byly u IBD pacientů i kontrolní skupiny skóre na škále psychastenie normálně rozděleny, F-test nezamítl nulovou hypotézu o shodě rozptylů. Proto jsme pro statistickou analýzu museli použít Welchův test. Z kontrolní skupiny byl vyřazen jeden respondent, jehož skóre na této škále byl velmi extrémní. Do testování proto zahrnujeme 37 IBD pacientů a 32 osob z kontrolní skupiny. Neprokázali jsme, že by byl mezi skupinami statisticky významný rozdíl, $t(59,97) = 1,30$; $p = 0,20$. Průměrný skóre IBD pacientů činil 53,38 ($SD = 10,81$), zatímco v kontrolní skupině dosahoval 50,63 ($SD = 6,45$). Hodnota ukazatele míry účinku, Glassova delta (Δ), činí 0,43. Statisticky významný rozdíl bychom neprokázali ani v případě, že bychom vyřazeného respondenta v analýze ponechali. **Na základě výsledků statistické analýzy nemůžeme hypotézu č. 4 přijmout.**

I zde jsme dodatečně otestovali to, zda se odlišují pacientky s IBD od žen v kontrolní skupině a pacienti s IBD od mužů v kontrolní skupině. Zjistili jsme, že se pacienti od zdravých mužů ve skórech na škále psychastenie statisticky významně neliší. U žen jsme naopak statisticky významný rozdíl mezi skupinami prokázali, $t(21) = 2,31$, $p < 0,05$, $d = 0,96$. Průměrný skóre IBD pacientek byl na škále psychastenie 55,18 ($SD = 6,10$), zatímco u žen v kontrolní skupině byl 48,83 ($SD = 7,00$). Vzhledem k normálnímu rozdělení veličin jsme v tomto případě použili t-test pro dva nezávislé výběry, přičemž

jsme z analýzy vyřadili jednu pacientku s IBD, neboť její skór na této škále oproti ostatním dosahoval extrémně vysoké hodnoty a výsledky by mohl zkreslovat. Do této analýzy bylo zahrnuto 11 pacientek a 12 zdravých žen.

Nad rámec hypotézy jsme otestovali obsahovou škálu ANX, která postihuje generalizovanou úzkost. Vzhledem k tomu, že byly skóry v obou skupinách normálně rozloženy, používáme k analýze parametrický t-test pro dva nezávislé výběry. V tomto případě jsme mezi skupinou IBD pacientů a kontrolní skupinou prokázali statisticky významný rozdíl, $t(68) = 2,14$; $p < 0,05$, $d = 0,51$. IBD pacienti průměrně skórovali výše ($M = 60,73$; $SD = 10,81$) než kontrolní skupina ($M = 55,48$; $SD = 9,58$). U obsahové škály OBS (nutkavost), jsme mezi skupinami statisticky významný rozdíl nenalezli.

8.3.3 Sociální introverze

H5: *Pacienti s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou skórují signifikantně výše na škále sociální introverze (Si) v porovnání s kontrolní skupinou.*

Protože byla v obou námi srovnávaných skupinách data rozdělena normálně, použili jsme parametrický t-test pro dva nezávislé výběry. Statistickou analýzou jsme však mezi skupinami neprokázali statisticky významný rozdíl na škále sociální introverze, $t(68) = 0,38$; $p = 0,70$, $d = 0,09$. Průměrný skór IBD pacientů činil 54,89 ($SD = 12,31$) zatímco u kontrolní skupiny dosahoval 53,82 ($SD = 10,94$). Statisticky významný rozdíl jsme nenalezli ani v jedné ze tří subškál (Si1 - Si3) škály sociální introverze. **Hypotézu č. 5 nemůžeme přijmout.**

Také v tomto případě jsme zkusili otestovat to, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi muži v IBD a v kontrolní skupině a mezi ženami v IBD a kontrolní skupině. V ani jednom případě jsme statisticky významný rozdíl neprokázali.

8.3.4 Alexithymie

H6: *Existuje souvislost mezi onemocněním IBD a pozitivním sycením škálového trsu alexithymie.*

V tabulce 9 uvádíme přehled pozorovaných a očekávaných četností probandů, u kterých jsme zaznamenali pozitivní nebo naopak negativní sycení škálového trsu alexithymie. Pro testování následující hypotézy využíváme Fischerův faktoriálový test.

Tab. 9: Pozorované a očekávané četnosti probandů z IBD a KS vzhledem ke škálovému trsu alexithymie

skupina	četnost	pozitivita		negativita		celkem	
		počet	%	počet	%	počet	%
IBD	pozorovaná	7,00	18,92	30,00	81,08	37	100
	očekávaná	4,23	11,43	32,77	88,57	37	100
KS	pozorovaná	1,00	3,03	32,00	96,97	33	100
	očekávaná	3,77	11,42	29,23	88,58	33	100

Mezi diagnózou IBD a pozitivním sycením škálového trsu alexithymie jsme neprokázali statisticky významnou souvislost, $p = 0,06$, $\phi = - 0,25$. **Na základě výsledků statistické analýzy nemůžeme hypotézu č. 6 přijmout.**

8.3.5 Závislost

H7: *Existuje souvislost mezi onemocněním IBD a pozitivním sycením škálového trsu závislosti.*

Stejně tak, jako jsme učinili u předchozí hypotézy, i zde prezentujeme přehledovou tabulku a k samotné analýze využíváme Fischerův faktoriálový test.

Tab. 10: Pozorované a očekávané četnosti probandů z IBD a KS vzhledem ke škálovému trsu závislosti

skupina	četnost	pozitivita		negativita		celkem	
		počet	%	počet	%	počet	%
IBD	pozorovaná	5,00	13,51	32,00	86,49	37	100
	očekávaná	4,23	11,43	32,77	88,57	37	100
KS	pozorovaná	3,00	9,09	30,00	90,91	33	100
	očekávaná	3,77	11,42	29,23	88,58	33	100

Mezi diagnózou IBD a pozitivním sycením škálového trsu závislosti jsme v naší studii nepozorovali významnou souvislost, $p = 0,71$, $\phi = - 0,07$. **Hypotézu č. 7 nemůžeme přijmout.**

8.3.6 K výsledkům statistických hypotéz

V níže uvedených tabulkách shrnujeme veškeré informace a číselné hodnoty týkající se sedmi hypotéz, které byly v naší studii testovány. V této části nebudou znovu zmiňovány výsledky dílčích statistických analýz, které jsme nad rámec jednotlivých hypotéz provedli.

Tabulka 11 se týká klinických škál hypochondrie (Hs), hysterie (Hy) a sociální introverze (Si). Ani v jednom případě (H1, H3 a H5) jsme na základě výsledků statistické

analýzy, která byla provedena t-testem pro dva nezávislé výběry, nemohli hypotézu přijmout.

Tab. 11: Srovnání vybraných škál u IBD a KS

škála	průměr		sm. odch.		F-test		t-test		
	IBD	KS	IBD	KS	F	p	t	p	d
Hs	55,19	52,21	10,81	9,79	1,22	0,57	1,20	0,23	0,29
Hy	53,16	50,67	9,88	9,71	1,03	0,93	1,06	0,29	0,25
Si	54,89	53,82	12,31	10,94	1,27	0,50	0,38	0,70	0,09

Pozn.: $n(IBM) = 37$; $n(KS) = 33$; s.v. (stupně volnosti) = 68; sloupec d (Cohenovo d) je ukazatelem míry účinku

Informace týkající se škály deprese prezentujeme v samostatné tabulce. Vedla nás k tomu snaha o přehlednost, jelikož jsme v tomto případě při statistické analýze jednoho respondenta vyřazovali. Ani hypotézu (H2), která se k této škále vztahovala, jsme nemohli přijmout.

Tab. 12: Srovnání škály deprese u IBD a KS

škála	průměr		sm.odch.		F-test		t-test		
	IBD	KS	IBD	KS	F	p	t	p	d
D	54,92	51,15	8,30	8,69	1,10	0,79	1,84	0,07	0,44

Pozn.: $n(IBM) = 36$; $n(KS) = 33$; s.v. = 67; sloupec d je ukazatelem míry účinku

V poslední tabulce shrnujeme hodnoty týkající se testování škály psychastenie (H4). V tomto případě jsme byli nuceni přistoupit k užití Welschova testu, jelikož jsme při kontrole shody rozptylů F-testem zaznamenali $p < 0,05$ a klasický t-test pro dva nezávislé výběry nebylo možné použít. H4 jsme na základě výsledků statistické analýzy nepřijali.

Tab. 13: Srovnání škály psychastenie u IBD a KS

škála	průměr		sm.odch.		F-test		Welsch.		Δ
	IBD	KS	IBD	KS	F	p	t	p	
Pt	53,38	50,63	10,81	6,45	2,80	0,004	1,30	0,12	0,43

Pozn.: $n(IBM) = 37$; $n(KS) = 32$; s.v. = 59,97; sloupec Δ (Glassova delta) je ukazatelem míry účinku

Ani poslední dvě hypotézy (H6 a H7) testující souvislost mezi diagnózou IBD a pozitivním sycením škálového trsu alexithymie ($p = 0,06$) a závislosti ($p = 0,71$), jsme na základě našich výsledků nemohli přijmout.

9 DISKUZE

V našem výzkumu jsme zjišťovali, zda existuje statisticky významný rozdíl ve skórech na vybraných klinických škálách MMPI-2 mezi pacienty s nespecifickými střevními záněty a kontrolní skupinou zdravých osob. V závěru jsme potom analyzovali souvislost mezi diagnózou IBD a přítomností alexithymie a závislosti.

Diskuze je rozdělena do tří úseků. V první části se věnujeme zjištěným výsledkům, v té další pak probíráme limity našeho výzkumu. V samotném závěru se potom zamýšlíme nad možností aplikace zjištěných skutečností do praxe, případně na doporučení pro další výzkumy.

9.1 Diskuze k zjištěným výsledkům

V této části diskuze budeme konfrontovat naše zjištění s výsledky již uskutečněných a publikovaných výzkumů s obdobnou tematikou. Protože jsou oním komparativním materiálem zejména zahraniční studie, jsme si podobně jako Drossman (1986) vědomi existence rozdílného sociálního a kulturního prostředí, ve kterém byly jednotlivé studie provedeny. Domníváme se totiž, že je potřebné uvažovat i o dalších vnějších faktorech, které mohou v součinnosti s chronickým onemocněním osobnost jedince ovlivňovat.

Z literatury (Jordan et al., 2016; Triantafillidis et al., 2013) je zřejmé, že neuroticismus patří mezi nejčastěji uváděné osobnostní charakteristiky pacientů s nespecifickým střevním zánětem. V našem výzkumu jsme tento rys testovali pomocí prvních třech klinických škál MMPI-2 (Hs, D, Hy), které tvoří tzv. neurotickou triádu, přičemž jsme předpokládali, že se nám podaří potvrdit zjištění Liedtkeho a kol. (1977); McMahona a kol. (1973), Schwartze a kol. (1993) či Shokrzadeha a kol. (2017). Podle očekávání jsme zjistili, že jsou průměrné skóry IBD pacientů ve všech třech škálách neurotické triády vyšší než průměrné skóry kontrolní skupiny. Co nás ale překvapilo je, že jsme neprokázali statistickou významnost těchto rozdílů.

Zajímavým zjištěním pro nás bylo to, že pokud bychom z analýzy vyřadili všechny muže a srovnávali pouze skupiny zdravých a nemocných žen, pozorovali bychom

statisticky významný rozdíl ve skórech na všech třech škálách neurotické triády. Když bychom naopak provedli srovnání nemocných a zdravých mužů, rozdíl by patrný nebyl. Abychom roli faktoru pohlaví objasnili ještě více, rozhodli jsme se podívat na skóry pacientek a pacientů s IBD. Zaznamenali jsme, že jsou průměrné skóry žen, zejména na škálách Hs, D, Hy (ale také Pt a Si), znatelně vyšší než u mužských pacientů.

Možné vysvětlení tohoto jevu lze založit na tvrzení, že jsou ženy vnímány jako emociálněji nebo citlivější vůči stresorům a chronické zátěži než muži (Nolen-Hoeksema, 2001). To může souviset s biologickou konstitucí ženy (zejména hormony estrogen, progesteron; hormonální výkyvy či přeměna - menopauza), self-konceptem (tzn. tím, jak vnímá sebe samu a hodnocení druhých lidí), copingovými strategiemi a v neposlední řadě sociální rolí ženy (péče o děti, manžela, domácnost; častá finanční závislost na partnerovi). Autorka dodává, že všechny tyto okolnosti mohou ve svém důsledku podporovat vznik deprese, ke které jsou ženy dvakrát více náchylnější než muži.

Je také pravděpodobné, že je pro ženu nespecifický střevní zánět mnohem více zatěžující než pro muže. Někteří autoři (Casati, Toner, De Rooy, Drossman, & Maunder, 2000) poukazují na to, že se žena mnohem více zabývá dopady IBD onemocnění na atraktivitu svého těla a že tím pádem hůře snáší nepříjemné projevy onemocnění. Také Moradkhani, Beckman a Tabibian (2013) ve svém výzkumu poukázali na nižší kvalitu života pacientek s IBD v porovnání s nemocnými muži.

Dále jsme ověřovali, zda je u pacientů s Crohnovou chorobou vyšší míra deprese, než u pacientů s ulcerózní kolitidou. Překvapilo nás, že pacienti s ulcerózní kolitidou průměrně skórovali o něco výše než pacienti s Crohnovou chorobou, přičemž pozorovaný rozdíl nebyl statisticky významný. Podle výzkumu Neuendorfa a kol. (2016) jsme totiž očekávali, že tomu bude spíše naopak.

Pro lepší porozumění problematice deprese u IBD pacientů jsme prozkoumali jednotlivé subškály D1-D5. Statisticky významný rozdíl mezi IBD a kontrolní skupinou jsme prokázali u subškály D3 (tělesné dysfunkce). Podle Netíka (2012) se lidé, kteří na této škále skórují výše, nadměrně zabývají sami sebou a celkově si stěžují na tělesné dysfunkce. To, že bude průměrný skór pacientů v tomto případě vyšší, není vzhledem k symptomům doprovázejícím IBD onemocnění a jejich vlivu na kvalitu pacientova života překvapivé (Triantafyllidis et al., 2013). Je evidentní, že se pacienti, které jsme zahrnuli do naší studie, zabývají spíše legitimními stesky než těmi vágními. Při formulaci této

domněnky jsme vycházeli mimo jiné z toho, že jsme mezi IBD a kontrolní skupinou nenalezli statisticky významný rozdíl na škále hypochondrie.

Statisticky významný rozdíl ve skórech mezi IBD a kontrolní skupinou jsme také objevili na subškále Hy3 (apatie - zneklidněnost), přičemž pacienti průměrně skórovali výše. Vysoce skórující osoby si podle Netíka (2002) stěžují na špatné tělesné a duševní funkce, potřebují pozornost, necítí se v pohodě, sledují pocity slabosti a únavy, potíže s koncentrací či spánkem. Také v tomto případě se nejedná o překvapivé zjištění.

Čtvrtou klinickou škálou, na kterou zaměřujeme pozornost, je škála psychastenie, jejíž položky zjišťují jedincovu obsedantně - kompulzivní reaktivitu a anxieta dlouhodobé povahy (Netík, 2002). Naše očekávání, že budou IBD pacienti skórovat statisticky významně výše než osoby v kontrolní skupině, se nepotvrdilo. Zajímavé je, že k podobným výsledkům dospěli také Liedtke a kol. (1977), kteří ve svém zamyšlení prezentují jako možnou příčinu této skutečnosti fakt, že je tato škála spíše schopna zaznamenat přímo obsedantní neurózu než ojedinělé obsedantní příznaky, a že není tudíž pro odlišení skupin dostatečně citlivá. Proto jsme se rozhodli analyzovat obsahovou škálu OBS (nutkavost), avšak významný rozdíl mezi skupinami jsme ani v tomto případě nenalezli. Zdá se, že naše zjištění jsou tedy v rozporu s tvrzením Tresse a kol. (2009) či Walkera a kol. (2008), dle kterých se obsedantně-kompulzivní charakteristiky u IBD pacientů typicky vyskytují. Nutno dodat, že pokud bychom srovnávali pouze skóry pacientek a zdravých žen, statisticky významný rozdíl bychom na škále Pt zpozorovali.

Obsahová škála ANX testuje generalizovanou úzkost a skóry, které zaznamenala u IBD a kontrolní skupiny, se statisticky významně lišily. Průměrný skór IBD pacientů byl vyšší.

Poslední klinickou škálou, kterou jsme se v naší studii podrobněji zabývali, byla škála sociální introverze. Liedtke a kol. (1977) ve svém výzkumu na této škále zaznamenali signifikantní zvýšení skórů IBD pacientů, zatímco v naší studii tomu tak nebylo. Nepotvrdili jsme ani zjištění Robertsona a kol. (1989), kteří považovali introverzi za typický rys IBD pacientů. V dnešní době se mají IBD pacienti možnost skrze nejrůznější spolky (např. Pacienti IBD) scházet, účastnit se přednášek a získávat informace o svém onemocnění. V těchto společenstvích se pacienti navzájem i skrze odborníky podporují a dodávají odvalu v překonávání nepříjemných důsledků tohoto onemocnění. Tyto organizace svým charakterem podle našeho názoru přispívají k extravertovanosti pacientů.

Konfiguraci škál, která by testovala alexithymii, jsme si museli vytvořit (viz kapitola 6.1.1). I když jsme statisticky významnou souvislost mezi pozitivním sycením tohoto škálového trsu a diagnózou IBD neprokázali, zaznamenali jsme alexithymii v našem souboru u téměř 19 % IBD pacientů, zatímco v kontrolní skupině pouze u 3 % osob. S opatrností lze s našimi výsledky porovnat zjištění Porcellioho a kol. (1995), kteří alexithymii prokázali u téměř 36 % IBD respondentů. Jejich výzkum však disponoval rozsáhlejším vzorkem a navíc použili standardizovaný měrný nástroj (TAS). Možným vysvětlením toho, proč jsme souvislost neprokázali, je skutečnost, že škálový trs nebyl sestaven dokonale a nezahrnoval veškeré komponenty této charakteristiky, které v sobě má zabudovaná výše zmíněná metoda TAS.

Pacienti s IBD jsou popisováni jako závislí a infantilní jedinci (Tress et al., 2008). Ani v tomto případě jsme významnou souvislost mezi pozitivním sycením škálového trsu závislosti a přítomností diagnózy IBD, testované pomocí konfigurace škál (viz kapitola 6.1.1), nepotvrdili. Drossman (1986) si myslí, že se jedná o problematiku značně neurčitou, neboť někteří pacienti mohou v důsledku svého onemocnění upadat do regrese a závislosti na druhých lidech, zatímco jiní nikoliv. Dodává, že je tato skutečnost značně propojena s tím, zda se pacientovi podařilo na své onemocnění adaptovat. Podle našeho názoru záleží na tom, jaké zvyky, pravidla a vzory nacházejí pacienti ve svých rodinách a také na sociální opoře, která k úspěšné adaptaci pomáhá.

9.2 Limity výzkumu

Jsme si vědomi, že se v našem výzkumu nachází skutečnosti, které jej do značné míry limitují. Většina z nich vychází z výzkumného vzorku, způsobů jeho výběru a metod sběru dat.

Probandi byli do naší studie vybíráni na základě příležitostného výběru. Jsme si vědomi, že jsme sběrem dat od pacientů v jedné ordinaci ambulantního specialisty nemohli zkoumat pacienty z těžším průběhem nemoci, kteří musí být sledováni na specializovaných pracovištích fakultních nemocnic. Z toho vyplývá, že jsme nepostihli širší populaci pacientů s IBD a že výsledky našeho výzkumu nemůžeme plošně zobecnit na celou populaci IBD pacientů. Na druhou stranu je fakt, že určité množství studií (např. West, 1970) zabývajících se obdobnou problematikou provedlo sběr dat na jednom pracovišti. V našem výzkumu jsme nerozlišovali to, zda je IBD pacientů v době participace na

výzkumu v relapsu nebo v remisi. Domníváme se, že jsme se tím připravili o další zajímavé výsledky a porovnání.

Do kontrolní skupiny jsme volili osoby, které splňovaly námi stanovená kritéria pro to, abychom obě porovnávané skupiny co do pohlaví, věku a vzdělání co nejvíce vyvážili. Vhodné kandidáty jsme záměrně vybírali z okruhu našich známých. Tato skutečnost může být také limitující, neboť se lze domnívat, že naši přátelé tvoří specifickou skupinu jedinců, kteří si jsou v některých charakteristikách a vyznávaných hodnotách podobní. Nabízí se tak otázka, zda není kontrolní skupina příliš homogenní. V kapitole 4.1 jsme prezentovali výzkum Shokrzadeha a kol. (2017). Tito autoři našli statisticky významný rozdíl pouze pokud porovnávali skóry skupiny IBD pacientů se skupinou zdravých cizích osob. V situaci, kdy do komparativní skupiny zahrnuli zdravé rodinné příslušníky pacientů, významný rozdíl nenalezli.

Považujeme za důležité zmínit skutečnost, že jsme se již z principu věci nemohli osobně setkat s IBD pacienty, kteří se rozhodli do našeho výzkumu zapojit. S tím je také spojen fakt, že jsme neměli kontrolu nad tím, jak lékař předával instrukce a informace o výzkumu. Tuto skutečnost jsme se snažili předem ošetřit domluvou s lékařem a prosbou, aby pacientům instrukce předával pokud možno co nejpřesněji podle našich požadavků a ve všech případech stejně. V tomto ohledu se zdá provádění výzkumu v jedné ordinaci jako výhodné, jelikož mezi výzkumníkem a pacientem figuroval jako prostředník stále tentýž člověk. Osobní setkání výzkumníka s osobami v kontrolní skupině bylo uskutečněno.

Počty respondentů se v IBD a kontrolní skupině lišily ($n_1 = 37$, $n_2 = 33$), přičemž mužů bylo skoro dvakrát více než žen. Je možné, že tato skutečnost nepatrně zkreslila výsledky, i když se domníváme, že rozdíl není tak velký. Do naší studie byli zahrnuti respondenti nejrůznějších věkových kategorií, přičemž nejmladšímu respondentovi bylo 22 a nejstaršímu 65 let. V dalším výzkumu by možná bylo zajímavé zaměřit se podrobněji na každou vývojovou etapu zvlášť nebo alespoň do jednotlivých kategorií zahrnout stejné procento pacientů, jako je tomu v populaci.

Dále bychom se zmínili o tom, jak probíhala celková administrace a jaké měli respondenti podmínky k testování. Faktem je, že nebylo v našich silách uspořádat „společné testování“ a proto museli probandi vyplnit dotazník doma. Je evidentní, že jednotné podmínky naši probandi neměli, i když jsme se určité standardnosti snažili co

nejvíce přiblížit skrze podrobné instrukce. Zpětně se však ale nedozvíme, jestli probandi dotazník vyplňovali celý v kuse, jak jsme to po nich požadovali, či zda to vyplňovali po částech v průběhu několika dní. Tím, že jsme nebyli u vyplňování dotazníků přítomni, jsme se také připravili o možnost „kvalitativně“ posoudit postoje probandů k testu a jejich motivaci. Omezili jsme se pouze na numerická data.

Vzhledem k výzkumným cílům se domníváme, že byla naše metoda zvolena vhodně. Domníváme se, že nám mimo jiné umožnila testovat jiné charakteristiky, než běžně používané kratší inventáře. Jsme si však vědomi, že vyplňování inventáře nemuselo být pro některé respondenty úplně příjemné vzhledem k jeho délce a časové náročnosti. Měli jsme také ohlasy, že některé otázky jsou poměrně vágní a těžko pochopitelné.

9.3 Možnost aplikace výsledků do praxe a možné směry budoucích výzkumů

I když výsledky naší studie nemůžeme plošně zobecnit pro celou IBD populaci, není podle našeho názoru zbytečná. Vytipovali jsme spoustu vztahů a skutečností, které se mohou stát inspirací pro další výzkumníky, kteří je ověří na reprezentativním vzorku populace.

Domníváme se, že by k většímu porozumění problematice přispěly rozhovory s pacienty. Možná by také stálo za to se zaměřit na copingové strategie pacientů, souvislosti určitých osobnostních charakteristik a délky onemocnění. V našem výzkumu jsme identifikovali zásadní roli faktoru pohlaví. Bylo by dobré, kdyby se rozdíly mezi pacienty a pacientkami podařilo ověřit na reprezentativním vzorku populace. Velice přínosné by bylo provedení další studie, v rámci které by byl IBD pacientům administrován osobnostní inventář MMPI-2 a autoři tak mohli proniknout do podrobnějšího studia pacientovy osobnosti.

Myslíme si, že zjištění plynoucí z výzkumů, které osobnostní charakteristiky pacientů zkoumají, jsou užitečné jak pro lékaře, tak samotné pacienty. Obohacení o tyto informace by pak lékaři mohli efektivněji plánovat léčbu pacientovi „přímo na míru“, z čehož by potom profitoval také sám pacient.

10 ZÁVĚRY

Cílem našeho výzkumu bylo prozkoumat, zda se vybrané osobnostní charakteristiky (měřené osobnostním inventářem MMPI-2) liší u pacientů, kterým byl diagnostikován nespecifický střevní zánět (Crohnova nemoc nebo ulcerózní kolitida) od vybraných osobnostních charakteristik zdravých kontrol. V následujícím přehledu uvádíme nejdůležitější zjištění, které jsme na základě statistické analýzy dat učinili:

- Pacienti s IBD se statisticky významně neliší ve skórech na škále hypochondrie od osob v kontrolní skupině, ačkoliv je průměrný skór IBD pacientů na této škále vyšší.
- Ženy s IBD se statisticky významně liší ve skórech na škále hypochondrie v porovnání s kontrolní skupinou zdravých žen, přičemž je průměrný skór pacientek vyšší. Mezi nemocnými a zdravými muži jsme statistický významný rozdíl neprokázali.
- I když pacienti s IBD průměrně skórovali na škále deprese výrazně výše než kontrolní skupina, statistickou významnost tohoto rozdílu se nepodařilo prokázat.
- U žen s IBD jsme zaznamenali vyšší průměrný skór na škále deprese než u žen v kontrolní skupině. Statistickou analýzou jsme potvrdili, že se jedná o rozdíl statisticky významný.
- Průměrný skór pacientů s IBD na subškále D3 (tělesné dysfunkce) byl mnohem vyšší než průměrný skór, kterého dosahovaly osoby v kontrolní skupině. Potvrdili jsme statistickou významnost tohoto rozdílu.
- Mezi pacienty s Crohnovou chorobou a pacienty s ulcerózní kolitidou jsme nepotvrdili statisticky významný rozdíl ve skórech na škále deprese, přičemž je průměrný skór pacientů s UC o něco málo vyšší než průměrný skór pacientů s CD.
- Ve skórech na škále hysterie jsme mezi sledovanými skupinami (IBD a kontrolní) neprokázali statisticky významný rozdíl, i když průměrný skór IBD pacientů průměrně dosahoval vyšší hodnoty.

- Ženy s IBD se statisticky významně liší od žen v kontrolní skupině ve skórech na škále hysterie. Průměrný skór pacientek je vyšší než průměrný skór zdravých žen.
- Průměrné hodnoty skóru IBD pacientů na subškále Hy3 (apatie - zneklidněnost) se statisticky významně liší od průměrného skóru, kterého dosáhli jedinci v kontrolní skupině. Průměrný skór pacientů je vyšší než průměrný skór osob v kontrolní skupině.
- Neprokázali jsme statistickou významnost rozdílu ve skórech na škále psychastenie mezi IBD a kontrolní skupinou.
- Průměrný skór pacientek s IBD byl na škále psychastenie mnohem vyšší než průměrný skór žen v kontrolní skupině. Podařilo se nám prokázat statistickou významnost tohoto rozdílu.
- Neprokázali jsme, že by existoval statisticky významný rozdíl mezi skupinami IBD pacientů a zdravých osob ve skórech na obsahové škále OBS (nutkavost).
- Průměrné skóry pacientů s IBD na obsahové škále ANX (úzkost) se statisticky významně lišily od průměrného skóru, kterého dosahovaly osoby v kontrolní skupině, přičemž u IBD pacientů tento skór dosahoval vyšší hodnoty.
- Skóry pacientů s IBD se od skórů osob v kontrolní skupině na škále sociální introverze statisticky významně neliší. Také jsme neprokázali významnou odlišnost skórů mezi nemocnými a zdravými muži ani mezi zdravými a nemocnými ženami.
- Nezaznamenali jsme významnou souvislost mezi pozitivním sycením škálového trsu alexithymie a diagnózou IBD.
- Významná souvislost nebyla prokázána ani mezi pozitivním sycením škálového trsu závislosti a diagnózou IBD.
- Průměrný skór pacientek s IBD je vyšší než průměrný skór pacientů s IBD a to na škálách hypochondrie, deprese, hysterie, psychastenie a sociální introverze.

SOUHRN

Ústředním tématem bakalářské diplomové práce jsou osobnostní charakteristiky pacientů, kterým byl diagnostikován jeden z nespecifických střevních zánětů (Inflammatory Bowel Diseases - IBD), a to Crohnova choroba (CD) nebo ulcerózní kolitida (UC). Jedná se o chronická autoimunitní onemocnění s velmi pravděpodobným psychosomatickým podkladem. V souvislosti s jejich etiologií se stále více hovoří o vlivu psychosociálních faktorů, zejména stresu (Robertson et al., 1989; Sajadinejad et al., 2012a).

Ulcerózní kolitida postihuje tlusté střevo a šíří se v povrchových vrstvách střevní stěny, zatímco Crohnova choroba napadá kteroukoliv část trávicí trubice, přičemž proniká do všech vrstev její stěny. U Crohnovy choroby jsou postižené úseky od zdravých částí sliznice zřetelně odděleny, kdežto u ulcerózní kolitidy tomu tak není (Červenková, 2009; Lata et al., 2010; Lukáš et al., 1999b). Nejčastějšími příznaky onemocnění jsou průjemy s příměsí krve a hlenu, nutkavý pocit defekace (tzv. „rektální syndrom“), bolesti břicha a úbytek na váze (Lata et al. 2010; Lukáš et al., 1999b; Morschitzky & Sator, 2012). Pacientům jsou nejčastěji předepisovány topické nebo systémové kortikosteroidy či další imunosupresiva. Pokud je však stav pacienta závažnější, přistupuje se v rámci chirurgického zákroku k vytvoření náhrady konečníku (pouch) nebo umělého střevního vývodu (stomie) (Červenková, 2009; Pacienti IBD z.s., 2016a). Přítomnost IBD je pro pacienta zatěžující, jelikož jej vyskytující se symptomy limitují jak v intimním, tak v osobním, pracovním nebo společenském životě (Gurková & Lilgová, 2009; Jordan et al., 2016; Moreno-Jiménez et al., 2007).

V naší práci se zabýváme osobností chronicky nemocného pacienta, resp. osobností pacienta s diagnózou IBD. Specifické osobnostní charakteristiky IBD pacientů zahrnují neuroticismus, obsedantně - kompulzivní chování, závislost, zvýšenou úzkostnost, depresivitu, neschopnost přímo vyjádřit agresi, perfekcionismus (McMahon et al., 1973; Triantafillidis et al., 2013) a alexithymii (Sifneos, 1973). Někteří autoři (Frank, 2011; Sutin et al., 2013) se domnívají, že určité osobnostní rysy (jako je např. neuroticismus) předurčují v součinnosti s dalšími faktory člověka k rozvoji IBD, a proto hovoří o premorbidní osobnosti. Jiní (Jokela et al., 2014) naopak předpokládají, že až přítomnost chronického IBD včetně doprovodných symptomů osobnost pacienta ovlivňuje nebo přímo některé jeho charakteristiky proměňuje. Některé specifické vlastnosti osobnosti také mohou podle Pop-Jordanové (2015) přispívat k lepší adaptaci pacienta na onemocnění.

Většina výzkumů, které se obdobnou problematikou zabývají, zkoumají spíše obecnější rysy osobnosti (Bhandari et al., 2007; Robertson et al., 1989; Sajadinejad et al., 2012b; Tkalčić et al., 2009;). Naproti tomu studií, které by byly provedeny pomocí MMPI/MMPI-2, není mnoho. Z 80. let pocházejí studie Liedtkeho a kol. (1977), McMahona a kol. (1973), Westa (1970) a z 90. let studie Schwarze (1993). Z těch novějších lze potom uvést studie Shokrzenaha a kol. (2017) nebo Fracchii a kol. (2011).

Cílem našeho výzkumu bylo prozkoumat, zda se vybrané osobnostní charakteristiky liší u pacientů, kterým byl diagnostikován nespecifický střevní zánět, od vybraných osobnostních charakteristik zdravých kontrol. Vzhledem k takto stanovenému cíli jsme zvolili kvantitativní metodologický přístup, přičemž jsme administrovali standardizovaný osobnostní inventář MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2). Lékař vybraného pracoviště skrze příležitostný výběr vybral a oslovil celkem 46 pacientů s IBD, kteří u něj byli ambulantně léčeni. Zájem účastnit se výzkumu projevilo 38 z nich. Jednoho pacienta jsme museli z výzkumného souboru pro jeho neinterpretovatelný profil vyřadit. Proto bylo do analýzy zahrnuto celkem 37 nemocných s IBD, z toho 25 mužů a 12 žen, 19 pacientů s CD a 18 s UC. Kontrolní skupinu tvořilo 33 osob bez diagnózy IBD, které jsme vybrali záměrně tak, abychom naplnili předem stanovené kvóty (vyvážení podle pohlaví, věku a vzdělání IBD pacientů). Záznamové archy byly vyhodnoceny pomocí počítačového programu a hardwarového klíče a statistické analýzy byly provedeny v programu Statistica 13.

Zjistili jsme, že pacienti s IBD průměrně skórují na všech třech škálách neurotické triády, tj. hypochondrie (Hs), deprese (D) a hysterie (Hy), výše než osoby v kontrolní skupině. V ani jednom případě jsme však mezi sledovanými skupinami nepozorovali statisticky významný rozdíl. Mezi IBD a kontrolní skupinou jsme také neprokázali existenci statisticky významného rozdílu ve skórech na klinických škálách psychastenie (Pt) a sociální introverze (Si). Zjistili jsme, že mezi IBD pacienty a kontrolní skupinou existuje statisticky významný rozdíl ve skórech na subškálách D3 (tělesné dysfunkce) a Hy3 (apatie – zneklidněnost). V obou dvou případech byly průměrné skóry IBD pacientů vyšší než průměrné skóry zdravých kontrol.

Nezjistili jsme, že by existoval statisticky významný rozdíl ve skórech na škále D mezi skupinami pacientů s UC a CD. Bylo však zajímavé, že v našem souboru vyšly hodnoty průměrných skóruů naopak než předpokládali Neuendorf a kol. (2016). Pacienti s UC v naší studii skórovali průměrně výše než pacienti s CD.

Studovali jsme také obsahové škály OBS (nutkavost) a ANX (úzkost). V prvním případě jsme neprokázali, že by byl mezi porovnávanými skupinami v naší studii statisticky významný rozdíl. V tom druhém, u škály ANX, jsme statisticky významný rozdíl mezi skupinami prokázali, přičemž průměrné skóry IBD pacientů byly vyšší než průměrné skóry osob v kontrolní skupině.

V samotném závěru jsme potom ověřovali souvislost mezi pozitivním sycením škálových trsů alexithymie a závislosti a přítomností diagnózy IBD. Ani v jednom případě jsme statisticky významnou souvislost neobjevili. Pozitivní sycení škálového trsu alexithymie jsme však identifikovali u téměř 19 % pacientů, zatímco v kontrolní skupině u 3 % osob.

Asi nejzajímavějším zjištěním naší studie byla skutečnost, že pokud bychom provedli statistickou analýzu skóre pro každé pohlaví zvlášť, zjistili bychom statisticky významný rozdíl mezi skóry pacientek s IBD a skóry žen v kontrolní skupině na škálách Hs, D, Hy a Pt. Průměrný skór pacientek s IBD by byl vyšší než průměrný skór žen v kontrolní skupině. Všimli jsme si také, že by tyto nemocné ženy průměrně skórovaly výše, než muži s IBD.

Uvědomujeme si, že jsme do vzorku zahrnuli pouze pacienty, kteří se léčí ambulantně na specializovaném pracovišti a že v něm nefigurují ti, kteří pro větší závažnost svého onemocnění vyžadují péči ve fakultních nemocnicích, a že nemůžeme výsledky našeho výzkumu generalizovat na celou populaci IBD pacientů. Za přínosné však považujeme skutečnost, že jsme naznačili vztahy (týkající se zejména faktoru pohlaví), které by mohly být v dalších výzkumech rozpracovány a ověřeny na reprezentativnějším vzorku populace IBD pacientů v České republice. Zahraniční výzkumy, které by na pacientech s IBD administrovaly MMPI-2, jsou navíc poměrně staré a těch novodobých také není mnoho. Z toho důvodu se domníváme, že by naše práce mohla být přínosná.

LITERATURA

Addolorato, G., Capristo, E., Stefanini, G., & Gasbarrini, G. (1997). Inflammatory bowel disease: a study of the association between anxiety and depression, physical morbidity, and nutritional status. *Scand J Gastroenterol.* 32(10). 1013–1021. doi: 10.3109/00365529709011218

Aldwin, C. M., Spiro, A., Levenson, M. R., & Cupertino, A. P. (2001). Longitudinal Findings From the Normative Aging Study: III. Personality, Individual Health Trajectories, and Mortality. *Psychology and Aging*, 16(3), 450-465. doi: 10.1037//0882-7974.16.3.450

Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: Its Principles and Applications*. New York: Norton.

Bannaga, A. S., & Selinger, Ch. P. (2015). Inflammatory bowel disease and anxiety: links, risks, and challenges faced. *Clinical and Experimental Gastroenterology*. 8, 111-117. doi: 10.2147/CEG.S57982

Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum.

Bennebroek, E. F, Thijssens, N. A., Stokkers, P. C., Grootenhuis, M. A., Bockting, C. L., Nieuwkerk, P. T., & Sprangers, M. A. (2012). Do inflammatory bowel disease patients with anxiety and depressive symptoms receive the care they need? *J Crohns Colitis*. 6(1), 68–76. doi: 10.1016/j.crohns.2011.07.006

Bhandari, S., Larson, M. E., Kumar, N., & Stein, D. (2007). Association of Inflammatory Bowel Disease (IBD) with Depressive Symptoms in the United States Population and Independent Predictors of Depressive Symptoms in an IBD Population: A NHANES Study. *Gut Liver*. 11(4), 512-519. doi: 10.5009/gnl16347

Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.

Bortlík, M. (2010). Základní údaje o idiopatických střevních zánětech. In Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty (Ed.). *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida* (16-25). Praha: Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty a Medimport.

Boye, B., Lundin, K. E. A., Leganger, S., Mogleby, K., Jantschek, G., Jantschek, I, ... Jahnsen, J. (2008). The INSPIRE study: Do personality traits predict general quality of life (Short form-36) in distressed patients with ulcerative colitis and Crohn's disease? *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 43, 1505-1513. doi: 10.1080/00365520802321196.

Bureš, J., & Horáček, J. (2003). *Základy vnitřního lékařství*. Praha: Galén.

Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Bykov, K. M., & Kurtsin, I. T. (1966). *The Corticovisceral Theory of the Pathogenesis of Peptic Ulcer*. Oxford: Pergamon Press.

Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.

Camic, P. M., & Knight, S. J. (Eds.). (2004). *Clinical Handbook of Health Psychology. A Practical Guide to Effective Interventions* (2. vyd.). Washington: Hogrefe & Huber Publishers. Získáno 16.2.2018 z databáze GoogleBooks: <https://books.google.cz/books?id=4UZfAgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=false>

Casati, J., Toner, B. B., De Rooy, E. C., Drossman, D. A., & Maunder, R. G. (2000). REVIEW: Concerns of Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Digestive Diseases and Sciences*. 45(1), 26-31. doi: 10.1023/A:1005492806777

Červenková, R. (2009). *Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida*. Praha: Galén.

Drossman, D. A. (1986). The psychosocial aspects of inflammatory bowel disease. *Stress Medicine*. 2(2), 119-128. doi: 10.1002/smi.2460020209

Drossman, D. A., Leserman, J., Li, Z., Mitchell, C. M., Zagami, E. A., & Patrick, D. L. (1991). The rating form of IBD patient concerns: A new measure of health status. *Psychosomatic Medicine*. 53(6), 701 – 712. doi: 10.1097/00006842-199111000-00010

- Duffy, L. C., Zielezny, M. A., Marshall, J. R., Byers, T. E., Weiser, M. M., Philips, J. F., ... Graham, S. (1991). Relevance of Major Stress Events as an Indicator of Disease Activity Prevalence in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Behavioral Medicine*. 17(3), 101-110. doi: 10.1080/08964289.1991.9937553
- Elsenbruch, S., Langhorst, J., Popkirowa, K., Müller, T., Luedtke, R., Franken, U., ... Dobos, G. J. (2005). Effects of Mind-Body Therapy on Quality of Life and Neuroendocrine and Cellular Immune Functions in Patients with Ulcerative Colitis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(5), 277-287. doi: 10.1159/000086318
- Engel, G. L. (1967). A Psychological Setting of Somatic Disease: The „Giving UP – Given Up“ Complex. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 60(6), 553-555. doi: 10.1177/003591576706000618
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. 196(4286), 129-136. Dostupné 27.2.2018 na <http://www.drannejensen.com/PDF/publications/The%20need%20for%20a%20new%20medical%20model%20-%20A%20challenge%20for%20biomedicine.pdf>
- Evertz, F. B., Sprangers, M. A. G., Stokkers, P. C. F., van Bodegraven, A. A., Mallant, R. C., Sitnikova, K., ... Bockting, C. L. H. (2017). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life, Anxiety, and Depressive Symptoms Among Patients With Inflammatory Bowel Disease: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 85(9), 918-925. doi: 10.1037/ccp0000227
- Faleide, A. O., Lian, L. B., & Faleide, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada.
- Ferjenčík, J. (2010). Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál.
- Flett, G. L., Baricza, Ch., Gupta, A., Hewitt, P. L., & Endler, N. S. (2011). Perfectionism, psychosocial impact and coping with irritable bowel disease: A study of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *Journal of Health Psychology*. 16(4), 561-571. doi: 10.1177/1359105310383601

- Fracchia, B., Daperno, M., Sostegni, R., Lavagna, A., Rigazio, C., & Rocca, R. (2011). Proctective Psychological Analysis of a Consecutive Cohort of IBD Patients: How Does Disease Duration and Clinical Features Inere With Psychological Functioning? *Gastroenteorology*. 140(5 Supplement 1), S-736. doi: 10.1016/S0016-5085(11)63063-1
- Frank R. (2011). Premorbid Personality. In: Kreutzer J. S., DeLuca, J., Caplan B. (eds). *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. New York: Springer. doi: 10.1007/978-0-387-79948-3. Dostupné 24.1. 2018 na https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-0-387-79948-3_2056
- Greene, R. L. (1999). *MMPI-2: An Interpretive Manual*. (2. Vyd.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gurková, E., & Lilgová, M. (2009). Determinanty kvality života u pacientov s nešpecifickým zápalom čriev. *Kontakt*. 11, 433-443. ISSN 1212-4117. Dostupné 3.12.2017 na <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330121316966835.pdf>
- Hartway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254. doi: 10.1080/00223980.1940.9917000
- Chromý, K., & Honzák, R. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada.
- Ironson, G. H., O’Cleirigh, C., Schneiderman, N., Weiss, A., & Costa, P. T. (2008). Personality and HIV Disease Progression: Role of NEO-PI-R Openness, Extraversion, and Profiles of Engagement. *Psychosomatic Medicine*. 70(2), 245-253. doi: 10.1097/PSY.0b013e31816422fc
- Jarkovský, J., Benešová, K., Hejduk, K., Dušek, L., & Lukáš, M. (2017). Epidemiologie, hospitalizační léčba a migrace IBD pacientů za specializovanou péčí v České republice. *Gastroent Hepatol*, 71(6), 501-509. doi: 10.14735/amgh2017501
- Jokela, M., Hakulinen, C., Singh-Manous, A., & Kivimäki, M. (2014). Personality change associated with chronic diseases: pooled analysis of four prospective cohort studies. *Psychological Medicine*. 44(12), 2629-2640. doi: 10.1017/S0033291714000257

- Jordan, Ch., Sin, J., Fear, N. T., & Chalder, T. (2016). A systematic review of the psychological correlates of adjustment outcomes in adults with inflammatory bowel disease. *Clinical Psychology Review*. 47, 28-40. doi: 10.1016/j.cpr.2016.06.001
- Kovács, Z., & Kovács, F. (2007). Depressive and anxiety symptoms, coping strategies in patients with irritable bowel syndrome and irritable bowel disease. *Psychiatr Hung*. 22(3), 212-221.
- Kováčsová, K., Heretik, A., & Kovács, L. (2004). Psychosomatické pohľady na problematiku chronických zápalových ochorení čreva detského a adolescentného veku. Prehľadová práca. *Psychiatria*. 11(3-4), 124-129. Dostupné 3.12.2017 na <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-4-2004/psy34-2004-cla2.pdf>
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Lata, J., Bureš, J., & Vaňásek, T. (2010). *Gastroenterologie*. Praha: Galén.
- Levenstein, S. (2002). Psychosocial Factors in Peptic Ulcer and Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70(3), 739-750. doi: 10.1037//0022-006X.70.3.739
- Levenstein, S., Prantera, C., Vavro, V., Scribano, M. L., Andreoli, A., Luzi, C., ... Marcheggiano, M. (2000). A. Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. *The American Journal of Gastroenterology*. 95(5), 1213-1220. doi: 10.1111/j.1572-0241.2000.02012.x
- Lickiewicz, B., Zwolińska-Wcisło, M., Lickiewicz, J., Rozpondek, P., & Mach, T. (2010). Significance of the personality features in the illness adaptation proces in patients with inflammatory bowel disease. *Przegląd Gastroenterologiczny*. 5(3), 157-163. doi: 10.5114/pg.2010.14141
- Liedtke, R., Freyberger, H., & Zepf, S. (1977). Personality Features of Patients with Ulcerative Colitis. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 28(1-4), 187-192. doi: 10.1159/000287062
- Lipowski, Z. J. (1986a). Psychosomatic Medicine: Past and Present. Part I. Historical Background. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 31(1), 2-7. doi: 10.1177/070674378603100102

- Lipowski, Z. J. (1986b). Psychosomatic Medicine: Past and Present. Part II. Current State. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 31(1), 8-13. doi: 10.1177/070674378603100103
- Lukáš, M. (1998). *Idiopatické střevní záněty. Nejistoty, současné znalosti a klinický přístup*. Praha: Galén.
- Lukáš, K. (1999a). *Idiopatické střevní záněty*. Praha: Trion.
- Lukáš, K., Mařatka, Z., Antoš, F., & Kulda, J. (1999b). Záněty střev. In Mařatka, Z. (Ed.). *Gastroenterologie (247-275)*. Praha: Avicenum.
- Lumley, M. A., Asselin, L. A., & Norman, S. (1997). Alexithymia in Chronic Pain Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 38(3), 160-165. doi: [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90069-9](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90069-9)
- Mackner, L. M., Sisson, D. P., & Crandall, W. V. (2004). Review: Psychosocial Issues in Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(4), 243-257. doi: 10.1093/jpepsy/jsh027
- McMahon, A. W., Schmitt, P., Patterson, J. F., & Rothman, E. (1973). Personality Differences Between Inflammatory Bowel Disease Patients and Their Healthy Siblings. *Psychosomatic Medicine*, 35(2), 91-103. doi: 10.1097/00006842-197303000-00001
- Mohapl, P. (1990). *Vybrané kapitoly z klinické psychologie 1*. Olomouc: FF UP.
- Moradkhani, A., Beckman, L. J., & Tabibian, J. H. (2013). Health-related quality of life in inflammatory bowel disease: Psychosocial, clinical, socioeconomic, and demographic predictors. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(6), 467-473. doi: 10.1016/j.crohns.2012.07.012
- Moreno-Jiménez, B., Blanco, B. L., Rodríguez-Muñoz, A., & Hernández, E. G. (2007). The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(1), 39-46. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.07.026
- Morschitzky, H., & Sator, S. (2012). *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál.

- Maunder, R. G., & Levenstein, S. (2008). The Role of Stress in the Development and Clinical Course of Inflammatory Bowel Disease: Epidemiological Evidence. *Current Molecular Medicine*, 8(4), 247-252. doi: 10.2174/156652408784533832
- Munro, A. (Ed). (1973). *Psychosomatic Medicine*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. (2. Vyd.). Praha: Academia.
- Netík, K. (2002). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2: Příručka*. Praha: Testcentrum.
- Neuendorf, R., Harding, A., Stello, N., Hanes, D., & Wahbeh, H. (2016). Depression and anxiety in patients with Inflammatory Bowel Disease: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 87, 70-80. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.06.001.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173-176. doi: 10.1111/1467-8721.00142
- Novotný, A. (2010). Trávicí trakt a jeho funkce. In Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty (Ed.). *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida (9-15)*. Praha: Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty a Medimport.
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. (2. vyd.). Praha: Grada.
- Pacienti IBD z.s. (2016a). *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat. I. Díl*. (2. vyd.). Praha: Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty. Dostupné 23.3.2018 z https://www.crohn.cz/co5R1sdRB/uploads/2017/07/1.-dil_jednotlive_strany_final.pdf
- Pacienti IBD z.s. (2016b). *Všechno, co jste chtěli vědět o idiopatických střevních zánětech, ale báli jste se zeptat. II. Díl*. (2. vyd.). Praha: Pracovní skupina pro idiopatické střevní záněty. Dostupné 23.3.2018 z https://www.crohn.cz/co5R1sdRB/uploads/2017/07/2.-dil_jednotlive_stranky_final.pdf
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. (2. vyd.) Praha: Grada.
- Pop-Jordanova, N. (2015). MMPI for personality characteristics of patients with different diseases. *Section of Medical Science*, 36(1), 153-164. doi: 10.1515/prilozi-2015-0040

- Porcelli, P., Leoci, C., Guerra, V., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1996). Longitudinal Study of Alexithymia and Psychological distress in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Psychosomatics*. 41(6), 569-573. doi: 10.1016/S0022-3999(96)00221-8
- Porcelli, P., Zaka, S., Leoci, C., Centonze, S., & Taylor, G. J. (1995). Alexithymia in Inflammatory Bowel Disease. A Case-Control Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 64(1), 49-53. doi: 10.1159/000288990
- Ringel, Y., & Drossman, D. A. (2001). Psychological Aspects of Crohn's Disease. *Surgical Clinics of North America*. 81(1), 231-252. doi: 10.1016/S0039-6109(05)70283-8
- Robertson, D. A. F., Ray, J., Diamond, I., & Edwards, J. G. (1989). Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut*. 30(5), 623-626. Získáno 4.3.2018 z <http://gut.bmj.com/content/gutjnl/30/5/623.full.pdf>
- Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. Praha: Grada.
- Saariaho, A. S., Saariaho, T. H., Mattila, A. K., Karukivi, M. R., & Joukamaa, M. I. (2013). Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), 239-245. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.11.011
- Sajadinejad, M. S., Asgari, K., Molavi, H., Kalantari, M., & Adibi, P. (2012a). Psychological Issues in Inflammatory Bowel Disease: An Overview. *Gastroenterology Research and Practise*, 2012, 1-11. doi: 10.1155/2012/106502
- Sajadinejad, M. S., Molavi, H., Asgari, K., Kalantari, M., & Adibi, P. (2012b). Personality dimensions and type D personality in female patients with ulcerative colitis. *Journal of Research in Medical Science*. 17(10), 898-904. Dostupné 23.3.2018 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3698645/>
- Salleh, M. R. (2008). Life Event, Stress and Illness. *Malaysian Journal of Medical Science*. 15(4), 9-18. Získáno 27.2.2018 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3341916/>
- Selye, H. (1966). *Život a stres*. Bratislava: Obzor.

Shokrzadeh, S., Kamkari, K., Zamani, F., & Maadi, M. (2017). Assessment of Personality in Inflammatory Bowel Disease by Using Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Questionnaire. *Govaresh*. 22(3), 164-170. Získáno 27.2.2018 z <http://www.govaresh.org/files/journals/10/articles/1890/public/1890-6049-1-PB.pdf>

Schwarz, S. P., Blanchard, E. B., Berreman, Ch. F., Scharff, L., Taylor, A. E., Greene, B. R., Suls, J. M., & Malamood, H. S. (1993). Psychological aspects of irritable bowel syndrome comparisons with inflammatory bowel disease and nonpatient controls. *Behaviour Research and Therapy*. 31(3), 297-304. doi: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90028-S](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90028-S)

Sifneos, P. E. (1973). The Prevalence of „Alexithymic“ Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 22(2), 255-262. doi: 10.1159/000286529

Sutin, A. R., Zonderman, A. B., Ferrucci, L., & Terracciano, A. (2013). Personality Traits and Chronic Disease: Implications for Adult Personality Development. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 68(6), 912-920. doi: 10.1093/geronb/gbt036

Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.

Tardy, V. (1964). *Psychologie osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Thompson, R. D., Craig, A., Crawford, E. A., Fairclough, D., Gonzalez-Heydrich, J., Bousvaros, A., ... Szigethy, E. (2012). Longitudinal Results of Cognitive Behavioral Treatment for Youths with Inflammatory Bowel Disease and Depressive Symptoms. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 19(3), 329-337. doi: 10.1007/s10880-012-9301-8

Tkalčić, M., Hauser, G., Pletikosić, S., & Štimač, D. (2009). Personality in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease. *Clujul Medical*. 82(4), 577-580. Získáno 27.2.2018 z databáze Research Gate.

Tress, W., Kruse, J., & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.

Triantafyllidis, J. K., Merikas, E., & Gikas, A. (2013). Psychological factors and stress in inflammatory bowel disease. *Expert review of gastroenterology & hepatology*. 7(3). doi: 10.1586/egh.13.4

University of Calgary (nedat.). *Gut Motility disorders*. Získáno 22.2.2018 z <https://www.ucalgary.ca/motility/dmd>

Urbánek, T., Denglerová, D., & Širůček, J. (2011). *Psychometrika: měření v psychologii*. Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum.

Walker, J. R., Ediger, J. P., Graff, L. A., Greenfield, J. M., Clara, I., Lix, L., ... Bernstein, Ch. N. (2008). The Manitoba IBD Cohort Study: A population-based study of the prevalence of lifetime and twelve-month anxiety and mood disorders. *Am J Gastroenterol*. 103(8), 1989-1997. doi: 10.1111/j.1572-0241.2008.01980.x

West, K. L. (1970). MMPI Correlates of Ulcerative Colitis. *Journal of Clinical Psychology*. 26(2), 214-219. doi: 10.1002/1097-4679(197004)26:2<214::AID-JCLP2270260226>3.0.CO;2-8

Zbořil, V. (2010). Psychologické a sociální faktory u idiopatických střevních zánětů. In Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty (Ed.). *Crohnova choroba a ulcerózní kolitida* (75-84). Praha: Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty a Medimport.

SEZNAM TABULEK

- Tab. 1.** Standardní validizační škály MMPI-2
- Tab. 2:** Přehled standardních klinických škál MMPI-2
- Tab. 3:** Cronbachova alfa a test-retest reliabilita pro jednotlivé skupiny škál s ohledem na pohlaví
- Tab. 4:** Deskriptivní charakteristiky IBD skupiny na souboru mužů a žen dle věku
- Tab. 5.** Doba onemocnění pacientů s IBD
- Tab. 6:** Deskriptivní charakteristiky kontrolní skupiny na souboru mužů a žen dle věku
- Tab. 7:** Srovnání deskriptivních charakteristik skupin dle věku
- Tab. 8:** Přehled průměrných skóreů na validizačních a klinických škálách MMPI-2 pro IBD a KS
- Tab. 9:** Pozorované a očekávané četnosti probandů z IBD a KS vzhledem ke škálovému trsu alexithymie
- Tab. 10:** Pozorované a očekávané četnosti probandů z IBD a KS vzhledem ke škálovému trsu závislosti
- Tab. 11:** Srovnání vybraných škál u IBD a KS
- Tab. 12:** Srovnání škály deprese u IBD a KS
- Tab. 13:** Srovnání škály psychastenie u IBD a KS

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt práce v českém jazyce
2. Abstrakt práce v anglickém jazyce
3. Informace k výzkumu a informovaný souhlas pro pacienty
4. Informace k výzkumu a informovaný souhlas pro kontrolní skupinu
5. Úvodní dotazník pro pacienty
6. Úvodní dotazník pro kontrolní skupinu

Příloha 1: Abstrakt práce v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Osobnostní charakteristiky pacientů s nespecifickými střevními záněty

Autor práce: Kateřina Pokorná

Vedoucí práce: PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Počet stran a znaků: 79, 130 258

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 93

Abstrakt: Cílem práce bylo porovnat osobnostní charakteristiky pacientů s nespecifickými střevními záněty (IBD), tj. Crohnovou chorobu a ulcerózní kolitidu, s charakteristikami kontrolní skupiny. Ve výzkumné části byl užit kvantitativní metodologický přístup. Použitou metodou byl Minnesotský multifázový osobnostní inventář-2 (MMPI-2). Stanovené hypotézy porovnávaly skóre na klinických škálách hypochondrie (Hs), deprese (D), hysterie (Hy), psychastenie (Pt) a sociální introverze (Si) u pacientů s IBD a osob v kontrolní skupině, další potom ověřovaly vztah mezi diagnózou IBD a pozitivním sycením škálových trsů alexithymie a závislosti. Výzkumný soubor tvořilo 38 pacientů s IBD, kteří byli vybráni příležitostným výběrem přes zdravotnickou instituci, a 33 osob vybraných kvótním výběrem dle pohlaví, věku a vzdělání, kterým nebylo diagnostikováno IBD ani jiné závažné onemocnění. Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi skupinami ve skórech na škálách Hs, D, Hy, Pt a Si ani významná souvislost mezi diagnózou IBD a pozitivním sycením škálových trsů alexithymie a závislosti. Existuje statisticky významný rozdíl mezi skóry žen s IBD a žen v kontrolní skupině na škálách Hs, D, Hy a Pt.

Klíčová slova: psychosomatický přístup, nespecifické střevní záněty, osobnostní charakteristiky, MMPI-2

Příloha 2: Abstrakt práce v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Personality Characteristics of Patients with Inflammatory Bowel Diseases

Author: Kateřina Pokorná

Supervisor: PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Number of pages and characters: 79, 130 258

Number of appendices: 6

Number of references: 93

Abstract: The main aim of this study was to compare the personality characteristics of patients with inflammatory bowel diseases (IBD), i.e. Crohn's disease and ulcerative colitis, with a control group. A quantitative methodological approach was used and Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) was administered. Hypotheses compared the scores on the clinical scales of hypochondria (Hs), depression (D), hysteria (Hy), psychastenia (Pt) and social introversion (Si) in patients with IBD and control group or verified the relationship between IBD diagnosis and positivity of configuration of scales named alexithymia and dependence. The research group included 38 IBD patients selected occasionally through health institution, and 33 people with no IBD diagnosis neither serious illness selected by quota selection according to sex, age and education. There was no statistically significant difference in scores on Hs, D, Hy, Pt and Si scales. There was also no significant association between the IBD diagnosis and alexithymia and dependence. There was found a statistically significant difference between IBD women and women in control group in scores on Hs, D, Hy and Pt scales.

Key words: psychosomatic approach, inflammatory bowel diseases, personality characteristics, MMPI-2

Příloha 3: Informace k výzkumu a informovaný souhlas pro pacienty

Informace k výzkumu pro pacienty

Vážená paní, Vážený pane,

jmenuji se Kateřina Pokorná a jsem studentkou psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Dovoluji si Vás požádat o spolupráci na výzkumu k mé bakalářské diplomové práci, která se věnuje osobnostním charakteristikám pacientů s nespecifickými střevními záněty.

Vaše účast ve výzkumu znamená vyplnit přiložený dotazník. Veškeré instrukce k jeho vyplnění Vám budou poskytnuty v ordinaci Vašeho ošetřujícího lékaře.

Společně se sešitem dotazníkových otázek a záznamovým archem obdržíte obálku se známkou a nadepsanou adresou pro jejich zpětné zaslání. Obálku předá lékař přímo výzkumníkovi, aniž by byla otevřena.

Vaše zapojení do výzkumného projektu je **naprosto dobrovolné**, máte právo od spolupráce kdykoliv odstoupit.

Údaje, které se týkají Vaší osoby (jméno, příjmení, příp. kontakt) jsou důvěrné a nebudou nikde zveřejněny. Budou sloužit pouze pro vědecké účely výzkumníka. Výzkum je od fáze vyhodnocení anonymní a data budou zpracována hromadně.

Ráda Vám zodpovím případné dotazy týkající se testování. Můžete mě kontaktovat prostřednictvím emailu: vyzkum.ibd@seznam.cz.

Pokud s účastí ve výzkumu souhlasíte, prosím Vás o vyplnění tohoto **Informovaného souhlasu**.

Děkuji Vám za Váš čas a těším se na spolupráci s Vámi!

Informovaný souhlas

Souhlasím dobrovolně se svojí účastí ve výzkumu **Osobnostní charakteristiky u pacientů s nespecifickými střevními záněty**. Byl/a jsem dostatečně seznámen/a s účelem výzkumu a s průběhem testování. Byl/a jsem uvědoměn/a o důvěrnosti a ochraně mých osobních údajů (dle zákona 101/2000 Sb.). Souhlasím s užitím zjištěných výsledků pro účely této bakalářské práce.

Jméno a příjmení: _____

V _____, dne _____ Podpis: _____

Mám zájem o zaslání výsledků této studie: ANO / NE.

Mám zájem se v budoucnu zúčastnit 2. fáze výzkumu: ANO / NE.

Pokud jste odpověděl/a ANO, zanechte na sebe, prosím, emailový kontakt:

Příloha 4: Informace k výzkumu a informovaný souhlas pro kontrolní skupinu

Informace k výzkumu pro kontrolní skupinu

Vážená paní, Vážený pane,

jmenuji se Kateřina Pokorná a jsem studentkou psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Dovoluji si Vás požádat o spolupráci na výzkumu k mé bakalářské diplomové práci, která se věnuje osobnostním charakteristikám pacientů s nespecifickými střevními záněty.

Vaše účast ve výzkumu znamená vyplnit přiložený dotazník.

Společně se sešitem dotazníkových otázek a záznamovým archem obdržíte obálku se známkou a nadepsanou adresou pro jejich zpětné zaslání.

Vaše zapojení do výzkumného projektu je **naprosto dobrovolné**, máte právo od spolupráce kdykoliv odstoupit.

Údaje, které se týkají Vaší osoby (jméno, příjmení, příp. kontakt) jsou důvěrné a nebudou nikde zveřejněny. Budou sloužit pouze pro vědecké účely výzkumníka. Výzkum je od fáze vyhodnocení anonymní a data budou zpracována hromadně.

Ráda Vám zodpovím případné dotazy týkající se testování. Můžete mě kontaktovat prostřednictvím emailu: vyzkum.ibd@seznam.cz.

Pokud s účastí ve výzkumu souhlasíte, prosím Vás o vyplnění tohoto **Informovaného souhlasu**.

Děkuji Vám za Váš čas a těším se na spolupráci s Vámi!

Informovaný souhlas

Souhlasím dobrovolně se svojí účastí ve výzkumu **Osobnostní charakteristiky u pacientů s nespecifickými střevními záněty**. Byl/a jsem dostatečně seznámen/a s účelem výzkumu a s průběhem testování. Byl/a jsem uvědoměn/a o důvěrnosti a ochraně mých osobních údajů (dle zákona 101/2000 Sb.). Souhlasím s užitím zjištěných výsledků pro účely této bakalářské práce.

Jméno a příjmení: _____

V _____, dne _____ Podpis: _____

Mám zájem o zaslání výsledků této studie: ANO / NE.

Mám zájem se v budoucnu zúčastnit 2. fáze výzkumu: ANO / NE.

Pokud jste odpověděl/a ANO, zanechte na sebe, prosím, emailový kontakt:

Příloha 5: Úvodní dotazník pro pacienty

Úvodní dotazník pro pacienty

1) **Pohlaví:** Muž Žena

2) **Věk:** _____ (vypište číslem)

3) **Rodinný stav:**

svobodný/á
 ženatý/vdaná

rozvedený/á
 vdovec/vdova

4) **Nejvyšší dosažené vzdělání:**

základní
 vyučen, střední bez maturity

střední s maturitou, VOŠ
 VŠ (Bc., Mgr.)

5) **Který nespecifický střevní zánět Vám byl lékařem diagnostikován?**

Crohnova nemoc

ulcerózní kolitida

Jak dlouho nemocí trpíte? _____

Byl nespecifický střevní zánět diagnostikován někomu z Vašich příbuzných?

ano (který zánět: _____)

ne

6) **Trpíte dalším onemocněním? Prosím, zaznačte všechny, které se Vás týkají.**

diabetes / cukrovka
 hypertenze / vysoký tlak
 onkologické onemocnění
 cévní mozková příhoda

kardiovaskulární onemocnění
 žaludeční vředy
 deprese
 úzkost
 jiné: _____

Netrpím dalším onemocněním.

7) **Jste kuřák / kuřačka?**

ano

ne

8) **Navštívil/a jste v souvislosti s Vaším onemocněním psychologa?**

ano

ne

Příloha 6: Úvodní dotazník pro kontrolní skupinu

Úvodní dotazník pro kontrolní skupinu

1) **Pohlaví:** Muž Žena

2) **Věk:** _____ (vypíšte číslem)

3) **Rodinný stav:**

svobodný/á

rozvedený/á

ženatý/vdaná

vdovec/vdova

4) **Nejvyšší dosažené vzdělání:**

základní

střední s maturitou, VOŠ

vyučen, střední bez maturity

VŠ (Bc., Mgr.)

5) **Jste kuřák / kuřačka?**

ano

ne

