

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY NESPECIFICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTŮ U DĚTÍ

PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.^{1,2}, MUDr. Katarína Kollárová³

¹Katedra psychologie, FF UP Olomouc

²Oddělení klinické psychologie, FN Olomouc

³Neurologická klinika, FN Olomouc

Cílem práce je shrnout současné poznatky z oblasti psychologie nespecifických střevních zánětů. Doplněna je provedeným výzkumem, který se zabývá opomíjenou oblastí osobnostního vývoje dětí s nespecifickými střevními záněty (IBD). Metodika: Vyšetřeno bylo 26 dětí s IBD a porovnáno s kontrolní non-IBD skupinou 31 dětí. Použity byly dvě psychodiagnostické metody určené k posuzování osobnostních charakteristik projektivního Hand testu a dotazníku B-JEPI založeného na Eysenckově modelu osobnostních dimenzí. Výsledky: Zjistili jsme signifikantní zvýšení v osobnostní dimenzi neuroticizmu, závislosti, tenze, zvýšené potřeby pozitivně afektivních podnětů. Závěr: Mezi základní psychologické aspekty nespecifických střevních zánětů patří výskyt deprese, komorbidita úzkostných poruch, ovlivnění kvality života, specifické vnímání negativních životních událostí a prožívání stresu. Tyto jevy dáváme do souvislosti s utvářením osobnostní struktury v období puberty, adolescence a mladší dospělosti.

Psychiat. pro Praxi, 2008; 9(1): 25–29

Úvod

Psychologická problematika nespecifických střevních zánětů se stále častěji dostává do povědomí psychiatrů, pediatriů a gastroenterologů. Přestože již před pěti lety báze výzkumů a statí publikovaných na dané téma čítala několik stovek prací, je současný stav ještě mnohem příznivější a zájem o dané téma je příslibem detailnějšího poznání onemocnění, jejichž etiologie dosud není známa. Nespecifické střevní záněty (z angl. Inflammatory Bowel Diseases, IBD) jsou chronické zánětlivé stavy zahrnující ve dvou nozologických jednotkách, a to ulcerózní kolitidě a Crohnově nemoci, přibližně 85 % zánětlivých onemocnění střeva.

Od poloviny minulého století se objevují koncepce pojímající nespecifické střevní záněty mezi psychosomatická onemocnění, u nichž psychologické faktory hrají hlavní roli. Zvažována byla role stresu jako vnitřní odpovědi organismu na vnější podněty (stresory) a jejich podíl na rozvoji komorbidních onemocnění. Dnes se k řadě teorií a koncepcí vracíme, do obrazu onemocnění běžně zahrnujeme symptomatickou depresi a úzkostné poruchy. Většina poznatků léčby IBD u dětí a adolescentů je založena na zkušenosti s dospělými. U dětí je potřeba individuálního přístupu vzhledem k četným faktorům souvisejícím se specifickou manifestací onemocnění (jako lokalizace zánětu ve střevech, trvání, dřívější reakce na farmakoterapii), psychologickou adaptací dítěte a jeho rodiny, velikostí a věkem dítěte.

Crohnova nemoc

Crohnova choroba je subakutní nebo chronický zánět trávicího traktu od úst po anus, probíhající exacerbacemi a remisemi, často s extraintestinálními

mi projevy a perianálními lézemi. Hlavními příznaky jsou horečka, průjemy, křečovitě bolesti břicha a ztráta tělesné hmotnosti (36). Prevalence onemocnění je 40–100:100 000 obyvatel, incidence 4–6:100 000 obyvatel. Etiopatogeneze není doposud zcela objasněna, zvažována je porucha imunoregulace, narušení enterocyty, zánětlivé změny za účasti krevních buněk, bakterií, chemotaktických peptidů aj. Zdá se, že zastoupení mezi pohlavími roli nehraje nebo je velmi mírná převaha výskytu u mužů. Jsou však známy rozdíly mezi rasami.

Z historie Crohnovy nemoci

Crohnova nemoc byla nejprve popsána Giovanní Battistou Morgagnim (1682–1771) (obrázek 1), následující případy byly popsány Johnem Bergem v roce 1898 a také polským chirurgem Antoniem Leśniowskim v roce 1904. Skotský lékař T. Kennedy Dalziel popisoval devět případů v roce 1913. Burrill Bernard Crohn, americký gastroenterolog, popsal čtrnáct případů v roce 1932, charakterizoval nemoc jako „terminální ileitis“, popis byl změněn na „oblastní ileitis“ a takto publikován. Je výsledkem abecedního řazení jmen, že se jméno Bernarda Crohna objevilo na prvním místě jako jméno autora. Onemocnění tak vešlo ve známost s přívlastkem Crohnova. V Polsku je známo jako Leśniowského-Crohnova nemoc.

Ulcerózní kolitida

Ulcerózní kolitida (proktokolitida) je subakutní anebo chronický zánět tlustého střeva s maximálním výskytem projevů od slepého střeva po anus. Hlavními projevy choroby jsou průjemovité stolice s příměsí čerstvé krve a anemizace (36). Diferenciální diagnostika onemocnění je uvedena v tabulce 1.

Výzkumný vzorek

Sběr dat zahrnuje 4leté období, od září 2002 do listopadu 2006. U pacientů s IBD šlo o děti hospitalizované na Dětské klinice Fakultní nemocnice v Olomouci, především přijaté pro akutní zhoršení onemocnění, u řady dětí šlo o nově diagnostikovanou chorobu a o děti vedené v gastroenterologické ambulanci. Kritériem pro skupinu dětí s IBD byla diagnóza Crohnova onemocnění či ulcerózní kolitidy na základě klinického, endoskopického, histologického nebo radiologického nálezu. V kontrolní skupině byla hlavním kritériem jak anamnestická nepřítomnost IBD onemocnění, tak negativní klinický nálezní při kontrolním vyšetření pediatrem. Skupina byla dále vyvážená z hlediska věku. Podrobnější informace o zkoumaném vzorku jsou uvedeny v tabulce 2.

Metody a statistické zpracování

Použity byly dvě metody určené k diagnostice jak osobnostních rysů, tak aktuálního stavu – Hand test (Test ruky) a osobnostní dotazník B-JEPI.

Hand test

Hand test (4) je projektivní metoda s širokým využitím pro hodnocení nejen nevědomých obsahů odrážejících aktuální stav, ale i stálejších osobnostních charakteristik. Kritizována bývá nižší míra projektibility metody, což je na druhou stranu vyváženo poměrně přesným vyhodnocováním, možnost kvantifikace dat je pak výhodná pro další statistické zpracování (34). Pro administraci jsme zvolili původní sadu karet, jejichž projektibilita je výrazně lepší, než je tomu u paralelní verze (13). Hand test byl zvolen z důvodu, že projekce může pomoci k objasnění jevů nezachytitelných metodami dotazníkovými.

Obrázek 1. Giovanni Battista Morgagni (1682–1771)



Test je hojně využíván klinickými psychology v ČR, mezi nejpoužívanější metodu jej zařadilo 21,7 % kliniků (35). Analýze byly podrobeny všechny kategorie odpovědí. Pro přehlednost vybíráme čtyři základní kategorie zjišťované testem, a to:

1. Interpersonální odpovědi, které zahrnují vztahy k druhým lidem. Chybění INT odpovědí lze interpretovat jako narušení či ztrátu schopnosti fungovat ve smysluplných interpersonálních vztazích. Vztahy s druhými jsou pro normální chování rozhodující, chybění je považováno za negativní znak.
2. Enviromentální odpovědi představují postoje a vztahování se k neosobnímu neživému světu, kde není potřeba přítomnost dalších osob. Vyskytují se více při omezení kontaktu s druhými, ale nejde o patologickou reakci, charakteristická bývá u osob introvertovaných.
3. Oblast vnitřních obtíží je představována maladjustačními odpověďmi, které jsou charakteristické pro oblast neurotických obtíží, úzkostí, aktivovaných obranných mechanismů. Typicky jde o stavy vnitřního napětí, pocity vlastní insuficience a obavy z ohrožení integrity ega.
4. Odpovědi představující stažení se představují takovou reakci na realitu, při které je i normální interakce považována za vysoce traumatizující. Odpovědi tohoto typu bývají přítomny při stažení se do sebe, představují kognitivní bizarnost, v nejzávažších případech zhroucení kontaktu s realitou.

B-JEPI

Dotazník B-JEPI (24) zjišťuje osobnostní strukturu metodou nepřímého posouzení, kdy dítě popisuje své chování v určitých konkrétních situacích. Koncipován je dle Eysenckova modelu osobnostních dimenzí extraverte-introverze, labilita-stabilita. Je sestaven ze čtyř škál (34):

Tabulka 1. Srovnání Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy

Crohnova nemoc	Ulcerózní kolitida
Postižena může být jakákoli část trávicího traktu od úst po anus.	Zasažena je část nebo celé tlusté střevo.
Zánět se objevuje ve všech vrstvách střevní stěny.	Zánět se objevuje jen na vnitřní stěně tlustého střeva.
Zánět je nespojitý, střídají se části dlaždicového charakteru (zánětlivá místa) s částmi zdravé střevní sliznice.	Zánět postupuje od rekta vzhůru, vzdálenost je různá.
Symptomy: bolesti břicha, krvácení, snížená chuť k jídlu, průjem, váhový úbytek, slabost, únava, nevolnost, zvracení, horečka, anémie, tvorba píštělí, opoždění růstu.	Symptomy: těžké průjemovité stolice s příměsí čerstvé krve, bolesti břicha, ztráta chuti k jídlu, váhový úbytek, nevolnost, zvracení, zvýšená teplota, anémie a ztráta tělesných tekutin.
Indikace chirurgického zákroku jen v těžkých případech, samotný zákrok nepřináší vyléčení.	Pomáhá chirurgické odstranění tlustého střeva. Nevýhodou je často odstranění celého tlustého střeva včetně rekta.

Tabulka 2. Charakteristiky zkoumaného souboru

Charakteristika	Pacienti s IBD	Kontrolní skupina
počet dětí	26	31
průměrný věk	13 let 10 měsíců	14 let 2 měsíce
věkové maximum	14 let 4 měsíce	14 let 9 měsíců
věkové minimum	9 let	12 let 4 měsíce
počet chlapců	15	12
počet dívek	11	19
počet chlapců v %	58 %	39 %
počet dívek v %	42 %	61 %

Psychoticizmu – škála není orientovaná jen na popis psychopatologie, zahrnuje behaviorální charakteristiky nepřízpusobivosti, samotářství, necitlivosti až agresivity.

Neuroticizmu – zvýšený skóre škály nasvědčuje pro úzkostlivost, utrápenost, starostlivost. Svědčí pro člověka plného obav a se sklonem k depresi. Typická je velká citlivost, intenzivní reaktivita na všechny podněty. Ve zvýšené míře se u těchto jedinců objevují psychosomatické poruchy.

Extraverze – je škála zachycující společenskost, družnost, interpersonální orientaci, slabší citovou kontrolu až impulzivitu.

Lži škála – odhaluje míru sociální desiderability, tj. snahy jevit se v lepším světle. Zjišťuje tak disimulaci a je indikátorem postoje k testu či testové situaci.

Užitečný je u dětí s adaptačními potížemi, sociálními problémy a úzkostnými potížemi. Je vhodným nástrojem pro rychlou orientaci v základní osobnostní struktuře dítěte.

K vyhodnocení získaných dat byly použity metody popisné a parametrické statistiky (F-test, Studentův t-test).

Výsledky

Výsledky Hand testu shrnujeme do tabulky 3, která ukazuje signifikantní výsledek ve smyslu vyššího počtu odpovědí zařazených do kategorie Ten, tj. odpovědi obsahující úzkost, tenzi, vnitřní napětí u dětí s IBD v porovnání se skupinou kontrolní. Tato kategorie odpovědí se řadí mezi ukazatele vnitřních neurotických tendencí. Vysoce signifikantní je výsle-

dek pro kategorie odpovědí Aff, vyjadřující náklonnost, přátelské city, sympatie a pozitivní výměnu, a Dep, vyjadřující podrážděnost, potřebu pomoci a opory. U obou opět ve smyslu jejich vyššího počtu u dětí s IBD. Signifikantně je u skupiny IBD pacientů zvýšen ukazatel patologie (PATH).

V žádné z dalších kategorií nebyly shledány statisticky významné rozdíly. Z tabulky je dále patrné, že nejsou uvedeny všechny kategorie, a to z důvodu nízkého zastoupení hodnot (např. kategorie Fear obsahovala jen jednu takto klasifikovatelnou odpověď; obdobně kategorie Crip obsahující ve skupině IBD pacientů 4 takto klasifikované odpovědi a 6 odpovědí v kontrolní skupině).

Pro srovnání uvádíme ještě procentuální rozložení interpersonálních odpovědí (INT) v protokolech standardizačního vzorku, IBD skupiny a kontrolní skupiny (tabulka 4), z níž je patrný výrazný procentuální nárůst u kategorie Aff, tj. odpovědi vyjadřující náklonnost, kdy jde o výměnu příjemných a přátelských pocitů. Tento výsledek může být projevem aktuální nevědomé potřeby či kompenzační snahou o co nejvíc adaptačních pozitiv. Konkrétně je kategorie Aff nejvíce spojena právě s pozitivními adaptačními prvky. Mírné snížení u IBD dětí v kategorii Com připisujeme právě nárůstu odpovědí se zjevným afektivním nábojem. Odpovědi Com jsou naopak charakterizovány benevolentními postoji a náklonností. To o odpovědích Aff neplatí.

Z výsledků dotazníku B-JEPI (tabulka 5) vyplývá statisticky signifikantní rozdíl ve smyslu zvýšení na škále extroverze u skupiny dětí s IBD a vysoce signifikantní zvýšení na škále neuroticizmu u dětských pacientů s IBD. Mezi skupinou dětí s IBD a kontrolní

Tabulka 3. Výsledky projektivní metody Hand test v jednotlivých kategoriích odpovědí

Kategorie	Obsah (projevy)	Střední hodnoty		Vypočtená hodnota t	Signifikance *p < 0,05 **p < 0,01
		nIBD = 26	nkontrolní = 31		
Aff	náklonnost	3,38	1,61	5,222423	**
Dep	závislost	0,58	0,16	3,039789	**
Com	kommunikace	1,42	2,10	1,666782	–
Exh	exhibice	0,54	0,61	0,313624	–
Dir	direktivita	0,85	1,07	0,804785	–
Agg	agresivita	1,54	1,77	0,685831	–
INT	interpersonální reakce	8,27	7,32	1,151208	–
Acq	získávání	0,73	0,55	0,862281	–
Act	aktivita	9,04	8,41	0,786002	–
Pas	pasivita	0,31	0,32	0,084206	–
ENV	neosobní svět	10,07	9,10	1,046247	–
Des	popis	0,23	0,12	0,892782	–
Fail	selhání	0,23	0,10	1,223698	–
WITH	stažení se	0,46	0,23	1,55466	–
Ten	napětí	1,00	0,45	2,368908	*
Crip	nemoc, bolest	0,15	0,19	0,316688	–
MAL	neurotické obtíže	1,19	0,64	1,96541	–
R	počet odpovědí	19,42	17,65	1,403823	–
PATH	Patologický skór	2,11	1,19	2,259138	*

Tabulka 4. Procentuální rozložení interpersonálních odpovědí (INT) Hand testu

	Aff	Dep	Com	Exh	Dir	Agg
standardizační skupina (n = 1020)	20	7	25	8	20	20
IBD skupina (n = 26)	41	7	17	5	10	19
kontrolní skupina (n = 31)	22	2	29	8	15	24

Tabulka 5. Výsledky t-testu pro jednotlivé škály dotazníku B-JEPI (nIBD = 26, nkontrolní = 31)

B-JEPI	Střední hodnoty výběrů		Vypočtená hodnota t	Signifikance *p < 0,05, **p < 0,01
	nIBD = 26	nkontrolní = 31		
psychotizmus	1,77	1,23	1,111101	–
extroverze	14,80	12,23	2,616829	*
neurotizismus	11,42	8,32	2,682315	**
lži skóre	8,00	6,77	1,444481	–

skupinou není statisticky signifikantní rozdíl na škále psychotizmu a lži-skóre.

Diskuze

Výsledky projektivní metody Hand test jsou v mnoha ohledech v souladu s osobnostním dotazníkem B-JEPI. Vyšší počet IBD dětí s osobnostní charakteristikou extravertu je dokladován také větším zastoupením odpovědí v projektivním Hand testu zařaditelných do kategorie Aff, tedy odpovědí obsahujících náklonnost, sympatie a přátelské city, souhrnně se jedná o orientaci na lidi, společenskost. Je pochopitelné, že bude více zastoupena tato kategorie odpovědí než kategorie Act, tj. aktivity a činnosti, ty se totiž v Hand testu vztahují k okolnímu, obvykle neživému světu.

Dep je kategorie odpovědí obsahujících závislost, potřebu opory a pomoci. Lze je interpretovat zčásti jako pasivní závislost, u adolescentů se lze také s těmito odpověďmi setkat ve zvýšené míře. Jde pak o znak nezralosti osobnosti, což je při kvalitativní analýze více patrné se zvyšujícím se věkem

a nejvíce markantní okolo 17. roku, který ale není již součástí naší zkoumané skupiny. S odpověďmi obsahujícími závislost se setkáváme také u mladých dospělých s IBD onemocněním. V této souvislosti bývá popisován u IBD dětských pacientů oddálený nástup puberty (25). S kategorií dependentních reakcí dáváme do vztahu také snížené sebevědomí, jak se ukázalo při zkoumání depresivní symptomatiky. Domníváme se, že snížené sebevědomí a to, že si děti s IBD nevěří, vede k závislosti, projevy jsou pak projektivně zaznamenatelné.

S poznatky z Rorschachovy metody by se dal očekávat celkově nižší počet odpovědí vzhledem k výskytu deprese, mezi skupinami však není statisticky signifikantní rozdíl (IBD $\bar{R} = 19,42$, $sd = 4,47$; kontrolní skupina $\bar{R} = 17,65$, $sd = 4,99$). Tato skutečnost je dle našeho názoru ovlivněna výrazně rozdílnou úrovní navázaného vztahu, dětské pacienti byli ochotni spolupracovat, dělo se tak většinou při vyšetření, kterému předcházelo i několik setkání během hospitalizace. Ex post je třeba uvést, že sběr dat u kontrolní skupiny byl sice ošetřen po

stránce vyhovujících podmínek, ale šlo o setkání bez možnosti navázání bližšího kontaktu. Rozdíly v celkovém počtu odpovědí pak nejsou patrné.

Metodu lze považovat za spolehlivou nejen v diagnostice specifických ukazatelů u dětských pacientů s IBD, ale také při odlišení chronicky somaticky nemocných dětí od skupiny dětí s psychickými poruchami. Děti s psychickými poruchami mají signifikantně větší zastoupení odpovědí v kategoriích agresivita (Agg), stažení se (Withdrawal) a v patologickém skóru (PATH) (33). Statisticky signifikantní rozdíl v našem souboru proti kontrolní skupině je pouze u patologického skóru (PATH), a to jen na hladině významnosti $p > 0,05$. Výsledek může být ovlivněn relativně malými vzorky pacientů v našem ($n_{IBD} = 26$, $n_{kontrolní} = 31$) a porovnávaném ($n_{pediatrických pac.} = 27$, $n_{psychiatrických pac.} = 24$) výzkumu (34).

V předchozím realizovaném výzkumu (28) jsme se zaměřili na depresivní symptomatiku, kdy symptomatická deprese byla přítomna u 50 % pacientů. Výsledek ve zkoumané skupině lze srovnat se 42 % výskytem deprese u nově diagnostikovaných dětských pacientů (5), kde byl výskyt „velké“ (major) deprese u 14 % nově diagnostikovaných dětských pacientů a 28 % výskyt atypické deprese. Zbývajících 58 % dětí bylo bez známek depresivní symptomatiky. Rozdíl mezi chlapci a dívkami nebyl statisticky signifikantně významný. Obdobný byl výskyt depresivní symptomatiky u obou onemocnění (5).

Předchozí výzkum můžeme doplnit o poznatky týkající se anxiety, která je nejčastější spoluvyskytující se symptomatikou. Deprese bývá významně častěji spojována s negativními životními událostmi v minulosti či nedávné minulosti. Naproti tomu anxiety se objevuje v případech očekávání negativních událostí v blízké budoucnosti (11). U dětí se jedná například o plánovanou somatickou vyšetření (gastroskopii, zobrazování s kontrastní látkou atp.), která zvyšují podíl anxiety na jejich aktuálním psychickém stavu. Informace o plánovaných vyšetřeních se dítě dozví obvykle jen s malým časovým předstihem a o průběhu léčby jsou informováni rodiče. Pro dítě jsou tudíž závažnější události z nedávné minulosti, které se podílejí na vzniku deprese. Anxieta zastupuje kategorie Ten projektivního Hand testu, jejíž signifikantní zvýšení jsme potvrdili.

Dalšími charakteristickými projevy u dětí s IBD je zvýšený výskyt nezralosti (psychická nezralost, závislost na blízkých osobách, rodičích), stažení se, vyhýbání se nebezpečí.

Domníváme se, že IBD jakožto chronické onemocnění může mít podíl na vzniku depresivní struktury osobnosti v dospělosti. V rámci této domněnky se opíráme o případ dlouhodobé systematické psychoterapie vedené u pacienta na přelomu adolescence a mladší dospělosti (od 16 let

Tabulka 6. Přehled výzkumů v oblasti IBD (upraveno dle 22)

Typ výzkumu	Počet pacientů ve studii	Zjištění	Zdroj
Deprese			
retrospektivní studie matek dětí s IBD a matek dětí s cystickou fibrózou	72 matek dětí s IBD	deprese u 51 %	Burke, 1994 (5)
prospektivní 2letá studie zaměřená na výskyt deprese	27 dětí s IBD	deprese u 50 %	Obereignerů, 2004 (28)
sledování deprese u IBD dětí a dětí s jinými chronickými onemocněními		deprese častější u IBD dětí než u dětí s tenzními bolestmi hlavy a dětmi s diabetem	Engström, 1992 (10)
negativní životní události			
retrospektivní analýza životních událostí vyskytnuvších se před začátkem onemocnění	60 pacientů s UC	pozitivní vztah	Fava, 1976 (12)
retrospektivní 2letá analýza životních událostí předcházejících relapsu onemocnění	70 pacientů s CD, 44 s UC	pozitivní korelace s relapsem u CD, ale nikoli u UC	Paar, 1988 (30)
analýza životních událostí předcházejících relapsu	30 pacientů s UC	pozitivní asociace	Bach, 1990 (2)
prospektivní 6měsíční studie životních událostí předcházejících obnovení onemocnění	124 pacientů s IBD	pozitivní asociace, ale ne u přílišného zpoždění potíží	Duffy, 1991 (8)
prospektivní 2letá analýza životních událostí předcházejících relapsu onemocnění	32 pacientů s IBD	bez spojitosti	North, 1991 (27)
prospektivní 1letá analýza životních událostí a relapsu onemocnění	108 pacientů s IBD	bez spojitosti	Von Wietersheim, 1992 (39)
retrospektivní analýza incidence negativních životních událostí v předcházejících 12 měsících u pacientů s UC a kontrolní skupinou (zdraví jedinci)	122 pacientů s UC	větší výskyt neg. životních událostí v předcházejících 12 měsících u pacientů s UC	Tocchi, 1997 (38)
roční prospektivní analýza životních událostí a relapsu onemocnění	60 pacientů s UC	pozitivní asociace životních událostí a relapsu v následujícím měsíci	Bitton, 2003 (3)
retrospektivní 16letá analýza prevalence IBD u rodičů, kteří ztratili dítě, a kontrolní skupinou	21 062 rodičů, kteří ztratili dítě	nebyla prokázána zvýšená prevalence výskytu IBD	Li, 2004 (19)
prospektivní 2letá analýza deprese, životních událostí a relapsu onemocnění	18 pacientů s CD	pozitivní vztah výskytu deprese, životních událostí s relapsem onemocnění současně po dobu 8–12 týdnů	Mardini, 2004 (20)
Chronicky vnímaný stres			
prevalence anxiózní poruchy u pacientů s CD		signifikantní zvýšení	Tarter, 1987 (37)
akutní psychický stres snižuje u pacientů s IBD práh pro percepci bolesti		pozitivní vztah	Murray, 2004 (26)
prospektivní 2letá analýza dotazníku PSQ (chronicky vnímaného stresu) a exacerpace onemocnění	62 pacientů s UC	zvýšené riziko exacerpace onemocnění se zvýšením PSQ skóre	Levenstein, 1994 (17)
analýza endoskopického slizničního nálezu a PSQ skóre	46 pacientů s asymptomatickou UC	zvýšené PSQ skóre s abnormálním slizničním nálezem	Levenstein, 2000 (18)
Denní stres			
prospektivní 28denní studie denního stresu ve vztahu se sebehodnocením potíží (souvisejících s onemocněním)	10 pacientů s CD	pozitivní vztah jen u některých jedinců	Garrett, 1991 (14)
prospektivní roční analýza stresu a propuknutí onemocnění	11 pacientů s IBD	pozitivní vztah	Greene, 1994 (16)
kvalita života			
srovnání kvality života u 3 skupin dětí: s funkční abdominální bolestí, gastroesofageálním refluxem, s IBD	209 dětských pacientů (42 s IBD)	bez rozdílu mezi skupinami, snížení v porovnání s kontrolní zdravou skupinou	Youssef, 2006 (40)
prospektivní studie zaměřená na kvalitu života, zaměstnanost, status nemocného při remisi onemocnění a vzplanutí zánětu	728 pacientů	pacienti v remisi a dobře odpovídající na léčbu mají významně lepší kvalitu života	Reinisch, 2007 (31)
studie zaměřená na vztah mezi závažností CD a zhoršením kvality života	143 pacientů s CD	pozitivní vztah	Gibson, 2007 (15)
Osobnostní charakteristiky			
prospektivní 3letá studie osobnostních charakteristik dětí s IBD	26 pacientů s IBD	signifikantní specifické behaviorální charakteristiky	Obereignerů, 2007 (29)

11 měsíců do jeho současných 20 let a 6 měsíců). Domníváme se také, že faktorem, který k rozvoji takovéto struktury osobnosti přispívá, je časné stanovení diagnózy.

Nejčastější komorbidita deprese je s úzkostnou poruchou, která se vyskytuje až u 30 % dětí s IBD (5).

U psychického stresu bylo zjištěno, že zvyšuje aktivitu onemocnění chronickým střevním zánětem. Nedávné studie (tabulka 6) potvrzují, že nepříznivé životní události, chronický stres a deprese zvyšují pravděpodobnost relapsu u pacientů v klidovém období IBD. To významným způsobem podporují experimentální studie provedené u zvířat s one-

mocněním obdobným jako kolitida. S rozvíjejícím se konceptem psychoneuroimunologie jsou popsány mechanismy, kterými nervový systém může ovlivňovat imunitní funkce tělních systémů včetně sliznic gastrointestinálního traktu. Poslední data jsou přesvědčivá v tom, že psychický stres indukuje změny gastrointestinálního traktu (22).

IBD jako psychosomatické onemocnění

Ve spojení se stresem se nabízí otázka: Jsou nespecifické střevní záněty psychosomatickými onemocněními? Ulcerózní kolitida a Crohnovo onemocnění byly zpočátku opravdu považovány za psy-

chosomatická onemocnění s hlavní úlohou psychologických faktorů. Avšak se zlepšujícími se poznatky genetické, environmentální a molekulární patogeneze byl možný podíl psychologického stresu k etiologii IBD postupně přehlížen. Místo toho byl stres rozmělněn v rámci vágního subjektivního konceptu, jak jej podávaly rané metodologicky pochybné studie o stresu v relaci s IBD.

Současné studie (6) ukazují, že stresová odpověď obsahuje komplexní integraci série vzájemně propojených oblastí mozku především zahrnujících hypotalamus, amygdalu a hipokampus. Tato síť přijímá vstupy z obou viscerálních a somatických aferentních drah a z vyšších kortikálních struktur.

Střídá se pak řízení neuroendokrinní stresové odpovědi skrze dvě vymezené efektorové cesty: osu HPA (osa hypothalamus-hypofýza-nadledvinky) a autonomní nervový systém (ANS).

Psychický stres lze definovat jako proces, v němž požadavky okolí překračují adaptivní kapacitu organismu, což vede k psychologickým a biologickým změnám, které mohou zvyšovat riziko onemocnění.

Chronický psychický stres pak bývá označován jako subklinický spouštěč zánětu, což bylo zjištěno u IBD pacientů s depresí a u pacientů ve středním a starším věku, obzvláště u těch, kteří mají i sníženou tepovou frekvenci. Při chronickém stresu bylo měřítkem zvýšení hladin C-reaktivního proteinu v séru u obou skupin (7, 32). Chronický psychický stres jde ruku v ruce s negativními životními událostmi. V roce 1950 bylo IBD klasifikováno jako psychosomatická porucha (1, 9). Zkoumány jsou dále otázky kvality života dětí s IBD, která je srovnatelná jako kvalita života u dětí s neorganickými gastrointestinálními potížemi (40).

Pacienti s IBD jsou v porovnání s ostatními chronickými onemocněními zvláštní skupinou v tom, že 74 % z nich je přesvědčeno, že psychosociální faktory ovlivňují vývoj jejich onemocnění (23).

Psychoterapie při IBD

V komplexní léčbě má nezastupitelné místo psychoterapie zaměřená na odstraňování deprese, zvládání stresu, edukaci pacienta a jeho okolí pro dosažení aktivního přístupu k léčbě. Do deprese se pacienti dostávají jak vlivem hospitalizace, tak vlivem houževnaté a bolestivé povahy nemoci. Nutná je nepřetržitá podpora v léčbě. Doposud nebyl zkoumán efekt psychoterapie odlišnými psychoterapeutickými směry či přístupy u IBD. Empiricky lze doporučit psychoterapii rodinnou, zaměřenou na patologické vztahy v rodině dítěte, kognitivně zaměřenou terapii, sloužící k vytvoření správného a realistického obrazu onemocnění, eliminujícího přehnané obavy a z nich vyplývajícího rizikového chování (nespolupráce při léčbě) a snížení citového a psychofyziologického stresu.

Závěr

Mezi hlavní psychologické aspekty nespecifických střevních zánětů u dětí řadíme symptomatickou depresi, která se objevuje až u poloviny pacientů. Nejčastější komorbidita deprese je s úzkostnou poruchou, která se vyskytuje až u třetiny dětí s IBD. K dalším psychologickým faktorům řadíme ovlivnění kvality života vlivem léčebného režimu při onemocnění, specifické je vnímání negativních životních událostí a prožívání stresu. V procesu maturace osobnosti se u dětí a adolescentů s IBD setkáváme se specifickými osobnostními rysy např. neurotickými, rysy závislosti a zvýšenou potřebou pozitivních afektivních podnětů. Za důležitým prvkem pro přiměřenou adaptaci a vytvoření tzv. zvládacích (copingových) strategií považujeme dostatečnou edukaci pacienta a jeho rodiny především pomocí dlouhodobé systematické péče psychologické a psychiatrické od dětství do dospělosti.

PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Katedra psychologie, FF UP

Vodární 6, 771 00 Olomouc

e-mail: obereigneruradko@seznam.cz

Literatura

- Alexander F. Psychosomatic medicine. New York 1950.
- Bach O, Wild HJ. Life stress events preceding illness episodes in multiple sclerosis and ulcerative colitis – a comparison. Z Gesamte Hyg, 1990; 36: 442–443.
- Bitton A, Sewitch MJ, Peppercorn MA et al. Psychosocial determinants of relapse in ulcerative colitis: a longitudinal study. Am J Gastroenterol, 2003; 98: 2203–2208.
- Bricklin B, Piotrowski ZA, Wagner EE. The Hand Test. Springfield, Charles C. Thomas 1962.
- Burke M, Neigut D, Kocoshis S, Chandra R, Sauer J. Correlates of depression in new onset pediatric inflammatory bowel disease. Child Psychiatry and Human Development, 1994; 24(4). Human Sciences Press.
- Carrasco GA, Van de Kar LD. Neuroendocrine pharmacology of stress. Eur J Pharmacol. 2003; 463: 235–272.
- Danner M, Kasl SV, Abramson JL et al. Association between depression and elevated C-reactive protein. Psychosom Med, 2003; 65: 347–356.
- Duffy LC, Zielezny MA, Marshall JR et al. Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. Behav. Med, 1991; 17:101–110.
- Engel GL. Psychological factors in ulcerative colitis in man and gibbon. Gastroenterology, 1969; 57: 362–365.
- Engström I. Mental Health and psychological functioning in children and adolescents with inflammatory bowel disease: a comparison with children having other chronic illnesses and with healthy children. Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 1992; 33(3): 563–582.
- Eysenck M, Payne S, Santos R. Anxiety and depression: Past, present and future events. Cognition and Emotion, 2006; 20(2): 274–294.
- Fava GA, Pavan L. Large bowel disorders. I. Illness configuration and life events. Psychother Psychosom, 1976; 27: 93–99.
- Frídřich J, Nociar A. Test ruky. Bratislava, Psychodiagnostika 1991.
- Garrett VD, Brantley PJ, Jones GN, Tipton McNight G. The relation between daily stress and Crohn's Disease. J Behav Med., 1991; 14: 87–96.
- Gibson PR, Weston AR, Shann A, Florin TH, Lawrance IC, Macrae FA, Radford-Smith G. Relationship between disease severity, quality of life and health-care resource use in a cross-section of Australian patients with Crohn's disease. Journal of Gastroenterology & Hepatology. 2007; 22(8):1306–1312.
- Greene BR, Blanchard EB, Wan CK. Long-term monitoring of psychosocial stress and symptomatology in inflammatory bowel disease. Behav Res Ther, 1994; 32: 217–226.
- Levenstein S, Prantera C, Varvo V et al. Psychological stress and disease activity in ulcerative colitis: a multidimensional cross-sectional study. Am J Gastroenterol, 1994; 89: 1219–1225.
- Levenstein S, Prantera C, Varvo V et al. Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. Am J Gastroenterol, 2000; 95: 1213–1220.
- Li J, Norgard B, Precht DH et al. Psychological stress and inflammatory bowel disease: a follow-up study in parents who lost a child in Denmark. Am J Gastroenterol 2004; 99: 1129–1133.
- Mardini HE, Kip KE, Wilson JW. Crohn's disease: a two-year prospective study of the association between psychological distress and disease activity. Dig Dis Sci, 2004; 49: 492–497.
- Maunder R. Evidence that stress contributes to inflammatory bowel disease: evaluation, synthesis, and future directions. 2005.
- Mawdsley JE, Rampton DS. Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. Centre for Gastroenterology, Institute of Cell and Molecular Science, Barts and the London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, London, UK. 2005.
- Moser G, Maeir-Dobersberger T, Vogelsang H, et al. Inflammatory bowel disease: Patient's beliefs about the etiology of their disease—a controlled study. Psychosom Med. 1993; 55: 131.
- Müllner J, Senka J. B-JEPI Eysenckov dotazník extravertie, neuroticizmu a psychotizizmu. Bratislava, Psychodiagnostika 1998.
- Murch SH, Baldassano R, Buller H et al. Inflammatory bowel disease: working group report of the second world congress of pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004; 39: S647–S654.
- Murray CD, Flynn J, Ratcliffe L et al. Effect of acute physical and psychological stress on gut autonomic innervation in irritable bowel syndrome. Gastroenterology; 2004; 127:1695–1703.
- North CS, Alpers DH, Helzer JE et al. Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? A prospective study. Ann Intern Med, 1991; 114: 381–386.
- Obereignerů R. Depresivita u dětských pacientů s nespecifickými střevními záněty. Rigorózní práce, FF UP, Olomouc 2004.
- Obereignerů R. Osobnostní charakteristiky a výskyt deprese u dětských pacientů s nespecifickými střevními záněty. Disertační práce, FF UP, Olomouc 2007.
- Paar GH, Bezenberger U, Lorenz-Meyer H. The correlation of psychosocial stress and disease activity in patients with Crohn disease and ulcerative colitis. J Gastroenterol, 1988; 26: 648–657.
- Reinisch W, Sandborn WJ, Bala M, Yan S, Feagan B, Rutgeerts P, Radford-Smith G, Xu S, Eisenberg D, Olson A, Colombel JF. Response and remission are associated with improved quality of life, employment and disability status, hours worked, and productivity of patients with ulcerative colitis. Inflammatory Bowel Diseases. 2007; 13(9): 1135–1140.
- Sajadieh A, Nielsen OW, Rasmussen V et al. Increased heart rate and reduced heart-rate variability are associated with subclinical inflammation in middle-aged and elderly subjects with no apparent heart disease. Eur Heart J, 2004; 5: 363–370.
- Smith SR, Blais MA, Vangala M, Masek BJ. Exploring the hand test with medically ill children and adolescent. Journal of personality assessment. 2005; 85(1): 82–91.
- Svoboda M. Psychologická diagnostika dospělých. Praha, Portál 1999.
- Svoboda M, Řehan V et al. Aplikovaná psychodiagnostika v České republice. Brno, MSD s. r. o. 2004.
- Sašinka, M a kol. Pediatria. Košice, Univerzita P. J. Šafárika, 2002.
- Tarter RE, Switala J, Carra J, Edwards KL. Inflammatory bowel disease: Psychiatric status of patients before and after disease onset. Int. journal of psychiat. in medicine, 1987; 17: 173–181.
- Tocchi A, Lepre L, Liotta G et al. Familial and psychological risk factors of ulcerative colitis. Ital J Gastroenterol Hepatol, 1997; 29: 395–398.
- Wietersheim J, Kohler T, Feiereis H. Relapse-precipitating life events and feelings in patients with inflammatory bowel disease. Psychother Psychosom, 1992; 58:103–112.
- Youssef NN, Murphy TG, Langseder AL, Rosh JR. Quality of life for children with functional abdominal pain: A comparison study of patients' and parents' perceptions. Pediatrics, 2006; 117(1): 54–59.
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Image:Morgagni_portrait.jpg (retrieved 24. 9. 2007; 7:57am).