

Znaczenie cech osobowości w procesie adaptacji do choroby u pacjentów z nieswoistymi zapaleniami jelit

Significance of personality features in the illness adaptation process in patients with inflammatory bowel disease

Beata Lickiewicz¹, Małgorzata Zwolińska-Wcisło¹, Jakub Lickiewicz², Piotr Rozpondek¹, Tomasz Mach¹

¹Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii oraz Chorób Zakaźnych Uniwersytetu Jagiellońskiego *Collegium Medicum* w Krakowie

²Instytut Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Przegląd Gastroenterologiczny 2010; 5 (3): 157–163

DOI: 10.5114/pg.2010.14141

Słowa kluczowe: cechy osobowości, temperament, akceptacja, nieswoiste zapalenie jelit.

Key words: personality features, temperament, acceptance, inflammatory bowel disease.

Adres do korespondencji: Małgorzata Zwolińska-Wcisło, Katedra i Klinika Gastroenterologii i Hepatologii oraz Chorób Zakaźnych, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków, e-mail: mzwcislo@su.krakow.pl

Streszczenie

Cel: W pracy badano czynniki psychologiczne, temperamentalne oraz fizjologiczne u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego w fazie aktywnej i nieaktywnej. Oceniano ich związek z psychologicznym i medycznym przystosowaniem się do sytuacji chorowania. Podjęte badania miały na celu próbę odpowiedzi na pytanie, czy istnieje związek między określonymi cechami osobowości a akceptacją choroby, oraz ustalenie, czy istnieją zależności między wskaźnikami psychologicznymi a medycznymi.

Materiał i metody: Analizie poddano takie zmienne, jak: wiek, status społeczny, szeroko pojęty tryb życia (utrzymywanie diety, zażywanie leków), poczucie stabilizacji finansowej, aktualna sytuacja rodzinna, relacje z partnerem życiowym, poziom stresu związanego z pracą i specyficzne zmienne środowiskowe.

Wyniki: Przeprowadzone badania nie wykazały bezpośredniego związku między wskaźnikami psychologicznymi a klinicznymi parametrami aktywności choroby. Stwierdzono natomiast, że poziom akceptacji choroby nie zależy od jej fazy, ale odnotowano zależność z czasem trwania choroby, liczbą powikłań (objawów pozajelitowych) oraz czynnikami osobowości, takimi jak: neurotyczność, ekstrawersja, ugodowość.

Abstract

Aim: In the present study we compared psychological, temperamental and physiological features in Crohn's disease and ulcerative colitis patients in the active and non-active phase of disease. We also evaluated the association between psychological and clinical adaptation to the disease. The undertaken studies aimed to assess the association between particular personality features and acceptance of the disease. The relationship between psychological and clinical parameters of disease activity was evaluated.

Material and methods: In this study we considered the influence of such parameters as age, social status, style of living (including diet and treatment), financial stability, family status, relationship with the partner, stress at work and environmental factors.

Results: Obtained results did not reveal a direct association between psychological factors and clinical features of disease activity. The level of acceptance did not depend on its phase, but showed a relationship with the duration of disease, presence of complications (extra-intestinal manifestation) and personality features, such as neuroticism, extraversion and amicability.

Wstęp

Nieswoiste zapalenia jelit (NZJ), do których zalicza się wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) oraz chorobę Leśniowskiego-Crohna (ChLC), są schorzeniami o złożonej i nie do końca poznanej etiologii. Przyczyny

tych chorób obejmują czynniki genetyczne, immunologiczne oraz oddziaływanie mikroflory przewodu pokarmowego. Początek zachorowań na NZJ przypada często na 2.–3. dekadę życia. Schorzenia te – raz rozpoznane – towarzyszą pacjentowi przez całe życie w postaci zaostrzeń (faza aktywna) i remisji objawów choroby-

wych (faza nieaktywna). Choroby somatyczne, do których należą NZJ, wywołują nie tylko zaburzenia w fizjologicznym funkcjonowaniu człowieka, lecz mają także wpływ na jego stan psychiczny, zmuszając go do podejmowania działań zaradczych. Zaburzenia funkcjonowania narządów wewnętrznych i związane z nimi rozregulowanie na poziomie fizjologicznym, metabolicznym lub hormonalnym mogą wpływać na ośrodkowy układ nerwowy, skutkując labilnością emocjonalną. Wyniki badań klinicznych oraz badań eksperymentalnych na modelu zwierzęcym wykazały niekorzystne wydarzenia życiowe. Stres czy depresja zwiększają prawdopodobieństwo nasilenia objawów klinicznych NZJ [1].

Obecnie można zaobserwować wyraźną tendencję do ujmowania zagadnień związanych ze zdrowiem i chorobą człowieka w kontekście biopsychospołecznym, który uwzględnia wpływ czynników psychologicznych i społecznych na przebieg choroby. Ocena współwystępowania tych czynników pozwala na szersze niż dotąd wyjaśnienie problemów zdrowotnych [2].

Choroby przewlekłe, takie jak NZJ, są dla chorego szczególnie stresujące. Z klinicznego punktu widzenia w pracy z pacjentem somatycznym bardzo istotne jest znalezienie czynników psychologicznych, które mogłyby określić przebieg procesu adaptacji do choroby. Ważne wydaje się także ustalenie, czy określone wskaźniki psychologiczne pozostają w zależności z parametrami medycznymi wskazującymi na stan nasilenia objawów chorobowych.

Przystosowanie do choroby odgrywa istotną rolę w przypadku schorzeń przewlekłych, które wymagają innego podejścia do pacjenta i uwzględnienia takich aspektów, jak akceptacja własnej choroby [3]. Na gruncie psychologii zdrowia pojęcie *akceptacji choroby* odniesiono do zachowań zdrowotnych i uznano za czynnik sprzyjający zdrowiu. Akceptacja choroby jest funkcją przystosowania do ograniczeń spowodowanych chorobą oraz akceptacją niesprawności w wyniku choroby. Konsekwencje te sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonego poczucia własnej wartości [4].

Choroba może wpływać na nieadaptacyjne zachowania chorego, które mogą prowadzić do nasilenia objawów chorobowych. Zjawisko to może być lepiej wyjaśnione i zrozumiałe dla lekarzy wtedy, gdy uwzględni się indywidualne właściwości psychiczne jednostki. Cechy osobowości są szczególnie ważne w procesie radzenia sobie i przystosowania do choroby przewlekłej. Do najważniejszych cech należą: umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych, typ reagowania emocjonalnego, zdolności, nadzieja, optymizm, wiara w sukces, aktywność życiowa, obraz siebie i samoocena [5, 6]. Układ

cech osobowości może predysponować jednostkę do rozwoju zaburzeń psychicznych, a także nasilenia dolegliwości somatycznych.

Najbardziej fizjologicznie determinowanym wymiarem osobowości jest temperament, który wpływa na takie zjawiska, jak: kontrola emocji, zachowania, odporność na zmęczenie, silne i długotrwałe bodźce, a także elastyczność dostosowywania się do wymogów środowiska [7]. Cechy temperamentalne, moderujące zarówno emocje, jak i poziom aktywacji, stanowią jeden z czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń w zachowaniu i stanie zdrowia.

Dotychczasowe wyniki badań potwierdzają istnienie pewnych cech osobowości przedchorobowej, takich jak introwersja lub neurotyzm. Właściwości te mogą być predyspozycją indywidualną jednostki do późniejszego rozwoju zaburzeń depresyjnych [8]. Z badań Costy, McCrae i Stone'a wynika, że neurotyczność w pośredni sposób wiąże się z występowaniem dolegliwości somatycznych [9].

Jak wykazały wyniki innych badań, takie sytuacje jak separacja w małżeństwie, obecność stanów depresyjnych, znamienne wpływały na zmniejszenie liczby limfocytów CD8, komórek NK oraz makrofagów we krwi [10]. Przewlekły stres był ponadto związany z podklinicznym wzrostem stanu zapalnego w jelicie. U pacjentów w średnim lub starszym wieku będących pod wpływem stresu obserwowano zwiększone stężenie białka ostrej fazy (*C-reactive protein* – CRP) we krwi [11]. Zarówno w badaniach klinicznych, jak i na modelu zwierzęcym dotyczących stresu wykazano, że w fazie aktywnej choroby dochodzi do pobudzenia układu sympatycznego, z wczesnym zwiększeniem stężeń adrenaliny i noradrenaliny [12]. Obserwuje się też znamienne zwiększenia stężenia we krwi cytokin prozapalnych, znaczących w etiopatogenezie NZJ, takich jak: czynnik martwicy nowotworów α (*tumour necrosis factor α* – TNF- α), interleukiny 6 i 2 β (IL-6, IL-2 β) oraz interferon γ (IFN- γ) [13].

Cel

Celem niniejszych badań było określenie elementu różnicującego, jakim jest układ określonych cech osobowości, i jego związku z procesem chorobowym u pacjentów z NZJ. Podjęto próbę zbadania, dlaczego u niektórych chorych, mimo podobnej sytuacji terapeutycznej, występują szczególnie intensywne objawy. Oceniono ponadto, dlaczego niektórzy pacjenci manifestują więcej objawów bólu i wiele dolegliwości somatycznych w porównaniu z tymi, którzy często są w gorszym stanie psychicznym. Badano również istnienie ewentualnych różnic między pacjentami w fazie aktywnej i nieaktywnej choroby, w tym czy istnieje związek między aktywnością choroby a jej akceptacją oraz czy istnieje związek

między wybranymi cechami osobowości a akceptacją choroby.

Material i metody

Badaniem objęto grupę 75 chorych między 18. a 78. rokiem życia z rozpoznaną ChLC ($n = 41$) i WZJG ($n = 34$), w tym 35 chorych w fazie aktywnej i 40 w fazie nieaktywnej choroby. Badaniami objęto pacjentów Oddziału Gastroenterologii i Hepatologii oraz Chorób Zakaźnych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, kwalifikowanych do grup na podstawie rozpoznanej jednostki chorobowej (tab. I).

Badania kliniczne

Badania kliniczne obejmowały wywiad chorobowy, uwzględniający w pierwszej kolejności aktualne objawy, czas trwania NZJ i liczbę nawrotów objawów klinicznych w ciągu roku. Aktywność WZJG oceniano prospektywnie za pomocą skali Lichtigera, a ChLC – zmodyfikowanej klasyfikacji Harveya-Bradshawa [14]. Kryterium aktywności choroby było zwiększenie liczby punktów – w przypadku WZJG powyżej 8, a ChLC o ponad 7 [14]. Badano ponadto stężenie CRP i żelaza w surowicy. Oznaczano stężenie cytokin prozapalnych TNF- α , IL-1 β w surowicy metodą ELISA (zestawy Firmy BLOKOM).

Badania psychologiczne

Do celów rozpoznawania cech osobowości wykorzystano *Inwentarz osobowości* NEO-FFI Costy i McCrae. Zawiera on pięć skal, co pozwala na pomiar podstawowych czynników osobowości, takich jak: neurotyzm, ekstrawersja, otwartość na doświadczenia, ugodowość oraz sumienność. Opiera się na modelu teoretycznym 5 wielkich czynników osobowości (*big five*) w ujęciu Costy i McCrae. Uznają oni, że na osobowość składa się 5 podstawowych czynników, które mają uniwersalny, ponadkulturowy charakter i są silnie uwarunkowane biologicznie. Kwestionariusz składa się z 60 czynników tworzących 5 skal:

- 1) neurotyczność (NEU) – bada przystosowanie emocjonalne vs emocjonalne niezrównoważenie – podatność na doświadczenia nowych negatywnych emocji, takich jak: strach, zmieszanie, gniew, poczucie winy oraz wrażliwość na stres psychologiczny;
- 2) ekstrawersja (EKS) – mierzy tę cechę osobowości, która charakteryzuje jakość i ilość interakcji społecznych, poziom aktywności, energii i zdolność do odczuwania pozytywnych emocji;
- 3) otwartość na doświadczenia (OTW) – określa tendencję jednostki do poszukiwania i pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych, tolerancję dla nowości i ciekawość poznawczą;

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy
Table I. Characteristics of the study group

Oceniane zmienne	Liczebność ($n = 75$)	Rozkład procentowy [%]
jednostka chorobowa:		
• choroba Leśniowskiego-Crohna	41	54,7
• wrzodziejące zapalenie jelita grubego	34	45,3
etap leczenia:		
• remisja	40	53,3
• zaostrzenie choroby	35	46,6
płeć:		
• mężczyzna	40	53,3
• kobieta	35	46,7
wiek:		
• 19–40	50	66,6
• 41–60	20	26,7
• 61–80	5	6,7
liczba hospitalizacji:		
• 1–3	28	37,3
• 4–10	33	44
• 11 i więcej	14	18,7
wykształcenie:		
• podstawowe	3	4,0
• zawodowe	14	18,6
• średnie	35	46,7
• wyższe	23	30,7
stan cywilny:		
• wolny	42	56,0
• żonaty/zamężna	33	44,0

- 4) ugodowość (UGD) – bada cechę ujawniającą się w pozytywnym vs negatywnym nastawieniu do innych ludzi, interpersonalną orientację przejawiającą się w altruizmie vs antagonizmie, doświadczanych w uczuciach, myślach i działaniu;
- 5) sumienność (SUM) – określa cechę osobowości mierzącą stopień zorganizowania, wytrwałości i motywacji jednostki w działaniach zorientowanych na cel.

Do opisu rozpoznania temperamentu zastosowano *Kwestionariusz temperamentu* *PTS J. Strelaua*. Pozwala on na prognozowanie funkcjonowania badanych w sytuacjach trudnych. Kwestionariusz składa się z 57 stwierdzeń. Pozycje tworzą trzy podstawowe skale:

- 1) siła procesów pobudzenia (SPP) – tendencja do intensywnego reagowania na bodźce wyrażająca się dużą wrażliwością i małą odpornością emocjonalną,
- 2) siła procesów hamowania (SPH) – zdolność do kontroli hamowania,
- 3) ruchliwość procesów nerwowych – zdolność do adekwatnego reagowania na szybko zmieniające się bodźce i wymagania otoczenia.

Postużono się także skalą akceptacji choroby (*Acceptance of Illness Scale – AIS*) składającą się z 8 pytań opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Pytania dotyczyły ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonej własnej wartości. Każde pytanie zawierało 5-stopniową skalę, a badany chory określał obecny stan zdrowia. Miarą stopnia akceptacji obecnego stanu zdrowia była suma wszystkich punktów od 8 do 40. Niski wynik oznaczał brak akceptacji oraz problemy w sferze emocjonalnej, natomiast duży świadczył o akceptacji choroby i obecnego stanu zdrowia oraz pozytywnych emocjach towarzyszących przebiegowi procesu chorobowego. Do określenia stopnia akceptacji choroby przyjęto, że wynik poniżej 20 pkt oznaczał brak akceptacji, 20–30 średnią akceptację, a powyżej 30 wysoką akceptację choroby.

Przed przystąpieniem do badania lekarskiego i psychologicznego każdy pacjent był informowany o jego celu, sposobie wykonania i proszony o udzielenie zgody.

Analiza statystyczna

W celu weryfikacji przyjętych hipotez wyniki badań poddano analizie statystycznej, wyznaczając współczynnik korelacji liniowej r Pearsona. Porównanie wartości średnich między grupami przeprowadzono za pomocą testu U Manna-Whitneya dla statystyk nieparametrycznych. Za istotne statystycznie przyjęto wartości $p < 0,05$.

Wyniki

Badania kliniczne

Wyniki niniejszych badań wykazały wysoką korelację między stężeniami CRP a cytokinami TNF- α i IL-1 β oraz stężeniem żelaza, zarówno w fazie aktywnej, jak

i nieaktywnej choroby. Stwierdzono istotne statystycznie różnice ($p < 0,01$) między grupami badanych w okresie remisji i zaostrzenia w zakresie wskaźników medycznych CRP, TNF- α i IL-1 β oraz stężeniem żelaza. W 95% przypadków odnotowano ponadto dodatnią korelację między danymi z wywiadu, wskazującymi na nasilenie objawów klinicznych, takich jak: bóle brzucha, biegunka, obecność krwi w stolcu, a stężeniem cytokin prozapalnych oraz aktywnością wskaźnika nasilenia stanu zapalnego choroby – CRP (tab. II, III, ryc. 1.).

W badaniu istotności różnic między grupą chorych w fazie aktywnej i nieaktywnej choroby przeprowadzonym za pomocą testu U Manna-Whitneya wykazano wysoką istotność statystyczną w zakresie wskaźników medycznych na poziomie $p < 0,01$ (tab. IV).

Badania psychologiczne

Stwierdzono patologicznie nasilone cechy osobowości u pacjentów z NZJ w okresie zaostrzenia choroby w porównaniu z pacjentami w okresie remisji w zakresie wymiarów osobowości, takich jak: neurotyczność, otwartość na doświadczenia, sumienność, ugodowość, czynniki temperamentalne oraz akceptacja choroby. Cechy te nie były znamienne statystycznie na poziomie mniejszym niż 5%, z wyjątkiem siły procesów hamowania. Obserwowano, że im wyższa była neurotyczność, tym badani mieli niższe wyniki w zakresie ruchliwości procesów nerwowych, ugodowości i ekstrawersji.

Wykazano różnice istotne statystycznie na poziomie $p < 0,07$ między grupami w zakresie temperamentalnego czynnika ryzyka, jakim jest siła procesu hamowania nad pobudzeniem. Większą siłą procesów hamowania stwierdzono u pacjentów w fazie remisji. Badane cechy osobowości nie wykazały istotnego statystycznie związku ze wskaźnikami cytokin prozapalnych ani stężeniem

Tabela II. Korelacje r Pearsona między parametrami medycznymi w grupie pacjentów w nieaktywnej fazie choroby ($n = 40$)

Table II. R-Pearson correlation between medical parameters in the group of patients in the non-active phase of disease ($n = 40$)

		CRP	IL-1 β	TNF- α	Żelazo
CRP	korelacja Pearsona	1	0,080	0,414*	-0,456*
	istotność (dwustronna)		0,623	0,008	0,003
IL-1 β	korelacja Pearsona	0,080	1	0,760*	0,086
	istotność (dwustronna)	0,623		0,000	0,599
TNF- α	korelacja Pearsona	0,414*	0,760*	1	-0,011
	istotność (dwustronna)	0,008	0,000		0,947
Żelazo	korelacja Pearsona	-0,456*	0,086	-0,011	1
	istotność (dwustronna)	0,003	0,599	0,947	

*Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Tabela III. Korelacje *r* Pearsona między parametrami medycznymi w grupie pacjentów w aktywnej fazie choroby (*n* = 35)**Table III.** *R-Pearson correlation between medical parameters in the group of patients in the active phase of disease (n = 35)*

		CRP	IL-1 β	TNF- α	Żelazo
CRP	korelacja Pearsona	1	0,163	0,277	0,142
	istotność (dwustronna)		0,349	0,107	0,416
IL-1 β	korelacja Pearsona	0,163	1	0,763*	-0,019
	istotność (dwustronna)	0,349		0,000	0,916
TNF- α	korelacja Pearsona	0,277	0,763*	1	-0,025
	istotność (dwustronna)	0,107	0,000		0,888
Żelazo	korelacja Pearsona	0,142	-0,019	-0,025	1
	istotność (dwustronna)	0,416	0,916	0,888	

*Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

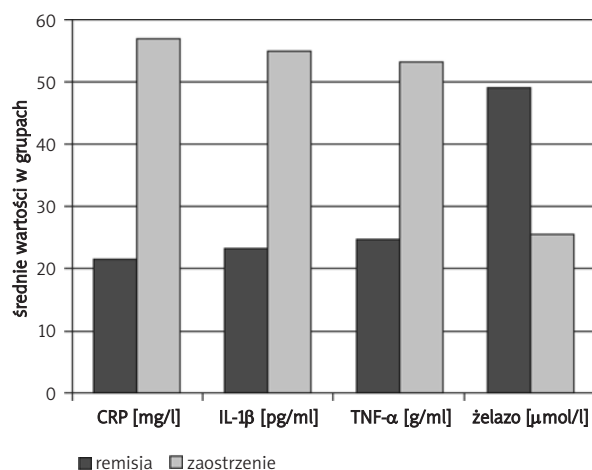
żelaza. Stwierdzono jednak większe stężenia CRP i cytokin prozapalnych u pacjentów z wyższym poziomem neurotyzmu i niskiej akceptacji.

W grupie osób uzyskujących profile z cechami patologicznymi (wysoka neurotyczność, nadmierna pobudliwość) odnotowano w wywiadzie oznaki gorszego przystosowania do życia i nasilenie negatywnych reakcji emocjonalnych wywołanych chorobą. Niski poziom akceptacji choroby wykazywał związek z wysoką neurotycznością, małą ugodowością i ekstrawersją (ryc. 2.).

Dyskusja

Podjęte badania miały na celu próbę odpowiedzi na pytanie, czy istnieje związek między określonymi cecha-

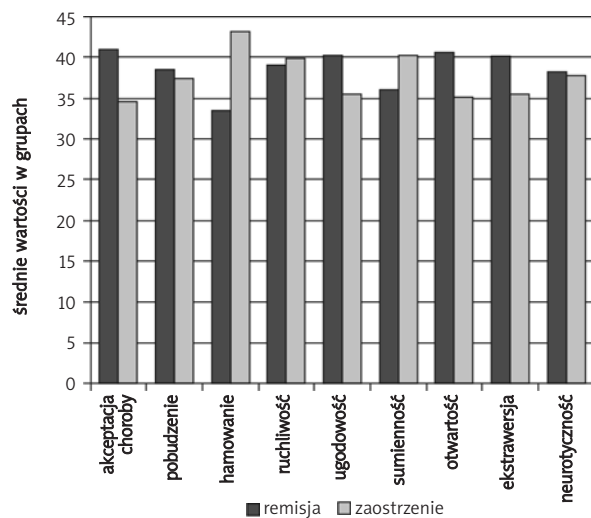
mi osobowości a akceptacją choroby oraz ustalenie, czy istnieją zależności między wskaźnikami psychologicznymi a medycznymi. Dokonane analizy nie potwierdziły wyraźnych różnic w zakresie cech osobowości w omawianych grupach, ale wykazano tendencję do występowania niekorzystnych czynników w przystosowaniu do choroby, jaką są ChLC i WZJG w okresie zaostrzenia.

Tabela IV. Istotność różnic między wskaźnikami medycznymi u pacjentów w fazie zaostrzenia i remisji**Table IV.** *Significance of the differences between medical parameters in patients in the active and non-active phase of disease*

Ryc. 1. Wartości średnie wskaźników medycznych w fazie aktywnej i nieaktywnej choroby
Fig. 1. *Average values of medical rates in the active and non-active phase of disease*

Parametr	Zmienna różnicująca	N	Średnia ranga	Suma rang
CRP	remisja	40	21,43	857,00
	zaostrzenie	35	56,94	1993,00
IL-1 β	remisja	40	23,25	930,00
	zaostrzenie	35	54,86	1920,00
TNF- α	remisja	40	24,79	991,50
	zaostrzenie	35	53,10	1858,50
żelazo	remisja	40	48,98	1959,00
	zaostrzenie	35	25,46	891,00
	ogółem	75		

	CRP	IL-1 β	TNF- α	Żelazo
U Manna-Whitneya	37,000	110,000	171,500	261,000
Z	-7,051	-6,266	-5,613	-4,663
Istotność asymptotyczna (dwustronna)	0,000	0,000	0,000	0,000



Ryc. 2. Porównanie wartości średnich w zakresie wskaźników psychologicznych w fazie aktywnej i nieaktywnej choroby

Fig. 2. Comparison of the average values in the range of psychological rates in the active and non-active phase of disease

W niniejszych badaniach zwrócono uwagę na takie zmienne, jak: wiek, status społeczny, szeroko pojęty tryb życia (utrzymywanie diety, zażywanie leków), poczucie stabilizacji finansowej, aktualna sytuacja rodzinna, relacje z partnerem życiowym, poziom stresu związanego z pracą i specyficzne zmienne środowiskowe. Dla potrzeb analizy jakościowej nie jest możliwe kontrolowanie wszystkich czynników psychospołecznych, ponieważ w odniesieniu do każdej osoby będą one inne, związane z indywidualną i niepowtarzalną historią życia. Zakłada się, że czynniki te wchodzi w interakcje z cechami osobowości i wpływają na funkcjonowanie psychologiczne osób badanych.

W przeprowadzonych badaniach nie wykazano bezpośredniego związku między wskaźnikami psychologicznymi a medycznymi. Wyniki badań wskazują, że poziom akceptacji choroby nie zależy od fazy choroby, ale stwierdzono związek z czasem jej trwania, liczbą powikłań oraz czynnikami osobowości, takimi jak: neurotyczność, ekstrawersja i ugodowość. W aktualnym piśmiennictwie wiele analiz dotyczących wymiarów osobowości zakłada, że mogą prowadzić bezpośrednio do wystąpienia patologicznych zmian anatomiczno-fizjologicznych [15]. Wymienia się wiele cech, które mogą być czynnikami chorób somatycznych, np.: depresję i lęk [16], wzór zachowania A [16], optymizm czy syndrom wrogości [17]. W dotychczasowych publikacjach nie określono jednak wskaźników struktury osobowości dotyczącej chorych na NZJ, co nie pozwala dyskutować z wynikami otrzymanymi w niniejszym badaniu.

W przeprowadzonych badaniach stwierdzono ujemną korelację między neurotycznością a akceptacją, ekstrawersją i ugodowością. Współczesne badania dotyczące ekstrawersji i neurotyczności łączą się z osobowościowymi czynnikami ryzyka [18]. Neurotyczność warunkuje jedynie relacjonowanie wielu objawów chorobowych, ale zasadniczo nie jest uwikłana w patogenezę śmiertelnych chorób somatycznych [19]. Wysoki poziom ugodowości i ekstrawersji oraz równowaga czynników temperamentalnych wpływa korzystnie na motywację do leczenia, utrzymanie reżimu lekowego, korzystanie z wsparcia społecznego i więzi z innymi ludźmi jako czynnika ułatwiającego przystosowanie do choroby przewlekłej, jaką są NZJ. Stwierdzono dodatnią korelację między sumiennością, ekstrawersją i ugodowością. Piśmiennictwo przedmiotu donosi, że efekt sumienności wiązał się również z zachowaniami prozdrowotnymi [20]. U pacjentów z NZJ warunkuje to lepszą dyscyplinę podczas leczenia, łatwość dostosowywania się do trudności związanych z pobytami w szpitalu, wizytami kontrolnymi i zażywaniem leków.

Wielu autorów podkreśla, że ludzie z większą ugodowością i otwartością są prośolinijni, skromni oraz pełni zaufania, dlatego być może chętniej poddają się wymogom leczenia i zaleceniom lekarzy. Ponieważ są altruistami, to być może rzadziej skupiają się na własnej osobie i dolegliwościach, a tym samym rzadziej demonstrują objawy choroby i złe przystosowanie do choroby. Osoby otwarte są ciekawe zjawisk zarówno świata zewnętrznego, jak i wewnętrznego, bardziej kreatywne i niekonwencjonalne [20]. W niniejszych badaniach pacjenci z NZJ w fazie remisji wykazywali także tendencję do większej otwartości na doświadczenie i ekstrawersję. Wydaje się więc zasadne uznać, że byli bardziej elastyczni i lepiej przystosowywali się do wymogów sytuacji. Potrafili sprawniej poszukiwać wsparcia, pomocy ze strony innych osób, wśród personelu szpitala lub osób bliskich. Chorzy ci potrafili także z powodzeniem przeciwdziałać różnorodnym bodźcom stresowym.

U osób w fazie remisji obserwowano dużą siłę procesu hamowania w zakresie temperamentalnego czynnika ryzyka, która przejawiała się na poziomie zachowania zdolnością do przerywania określonych zachowań oraz do ich odraczania adekwatnie do wymogów sytuacji, takich jak: regulowanie diety w zależności od potrzeb, ograniczenie wysiłku fizycznego i skrupulatne zażywanie leków. Zdolność ta pozwalała także powstrzymać się od niekorzystnych czy sprzecznych zachowań i reakcji wtedy, kiedy było to niezbędne. We współpracy z pacjentem daje to korzyść w postaci adekwatnej reakcji emocjonalnej na otrzymywane informacje o chorobie czy wynikach badań, właściwego reago-

wania na bodźce bólowe, np. podczas obciążających badań. Osoby te potrafią także odraczać wykonanie zadań, jeżeli zwłoka ta jest pożądana, np. pacjenci przedkładają zalecany proces rekonwalescencji i wyłączenie się z aktywności fizycznej nad szybki powrót do działalności zawodowej i nadmiernego wysiłku kosztem poprawy samopoczucia i zdrowia. U pacjentów w fazie zaostrzenia zdolność procesu hamowania odznacza się mniejszą siłą, co objawia się często nadpobudliwością emocjonalną; są zdominowani przez odruchy bierno-obronne. Może się to przejawiać w nieregularnym stosowaniu się do zaleceń lekarskich lub zbyt późnym reagowaniem na objawy aktywności choroby. Chorzy ci częściej też wprowadzają terapie alternatywne bez wiedzy i poza kontrolą lekarza, samodzielnie wprowadzają zmiany w schemacie leczenia. Pacjenci ci wyrażają ponadto częściej strach czy nawet lęk, który odciska piętno na całym ich zachowaniu. U niewielu chorych w funkcjonowaniu życiowym wysoki proces hamowania implikuje niezrównoważenie z tendencją do nadmiernej ostrożności i sztywności w zachowaniu oraz silnego kontrolowania emocji, natomiast u pacjentów, u których stwierdzono przewagę procesów pobudzenia, odnotowano niezrównoważenie, wyrażające się impulsywnością w zachowaniu oraz skłonnością do agresywnych i autoagresywnych zachowań.

Uzyskane wyniki wykazały, że im większa była akceptacja choroby, jaką jest NZJ, tym lepsze było przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu wynikającego z tego schorzenia. U pacjentów z wysoką akceptacją, niezależnie od fazy choroby, zauważono istotną poprawę stanu zdrowia mimo niedogodności związanych z leczeniem. Warunkowało to także lepsze reagowanie na potrzebę leczenia, przyjęcie roli chorego oraz adekwatne i skuteczne radzenie sobie w chorobie.

Niniejsze badania wskazały także na potrzebę podejmowania w specjalistycznej opiece medycznej działań ukierunkowanych na uzyskanie przez pacjentów z NZJ akceptacji choroby, co daje poczucie większej samodzielności i staranności w zakresie radzenia sobie z problemami wynikającymi z ChLC i WZJG i ich leczenia.

Piśmiennictwo

- Mawdsley DS, Rampton JE. Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut* 2005; 54: 1481-91.
- Scheridan CL, Radmacher SA. Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998.
- Nowicki A, Ostrowska Ż. Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. *Pol Merkuriusz Lek* 2008; 143: 5-9.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2001.
- Delmar C, Boje T, Dylmar D, et al. Achieving harmony with oneself: life with chronic illness. *Scand J Caring* 2005; 19: 204-12.
- Costa PT, McCrae R. Normal personality assessment in clinical practice: the Neo Personality Inventory. *Psychological Assessment* 1992; 4: 5-13.
- Strelau J. Psychologia różnic indywidualnych. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2006.
- Marmurowska-Michałowska H. Depresja a osobowość. Wydawnictwo Akademii Medycznej, Lublin 1995.
- Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Fortes C, Farchi S, Forastier F, et al. Depressive symptoms lead to impaired cellular immune response. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 253-60.
- Danner M, Kasl SV, Abramson JL, Vaccarion V. Association between depression and elevated C-reactive protein. *Psychosom Med* 2003; 65: 347-56.
- Richter SD, Schurmeyer TH, Schedlowski M, et al. Time kinetics of the endocrine response to acute psychological stress. *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81: 1956-60.
- Goebel MU, Mills PJ, Irwin MR, Ziegler MG. Interleukin-6 and tumor necrosis factor alpha production after acute psychological stress, exercise and infused isoproterenol: differential effects and pathways. *Psychosom Med* 2000; 62: 591-8.
- Bonner GF, Alifiya F, Vennamaneni SR. A long-term cohort study of nonsteroidal anti-inflammatory drug use and disease activity in outpatients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2004; 10: 751-7.
- Smith TW, Glazer K, Ruiz JM, et al. Hostility, anger, aggressiveness and coronary heart disease: an interpersonal perspective on personality, emotions and health. *J Pers* 2004; 72: 1217-70.
- Friedman HS, Booth-Kewley S. The disease-prone personality. A meta analytic view of the construct. *Am Psychol* 1987; 42: 539-55.
- Wrześniewski K. Styl życia a zdrowie: wzór zachowania A. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1993.
- Schapiro SP. Illogical positivism. *Am Psychol* 2001; 56: 82.
- Costa PT, McCrae R, Dembrowski TM. Agreeableness versus antagonism: explication of a potential risk factor for CHG. In search of coronary-prone behavior: beyond type A. Hillsdale NY 1989.
- Bogg T, Roberts B. Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychol Bull* 2004; 10: 887-919.