

616.33—002.44—085.851

MOŽNOSTI POUŽITIA PSYCHOLOGICKÝCH VYŠETROVACÍCH METÓD U OSÔB S ONEMOCNENÍM ZAŽÍVACIEHO ÚSTROJENSTVA

Major MUDr. D. MUDROŇ, major MUDr. E. HANZEN,
pplk. MUDr. J. KVĚTENSKÝ
Lekársko-psychologické oddelenie VN SNP Ružomberok
(náčelník major MUDr. Daniel Mudroň),
interné oddelenie VN SNP Ružomberok
(náčelník pplk. MUDr. Jozef Květenský, CSc.)

Sprievodným zjavom budovania modernej armády je neustály rozvoj bojovej techniky, ktorý navodzuje podstatné zmeny pracovných podmienok. Podiel svalovej námahy u vojakov základnej služby sa znižuje a vzrastajú nároky na osobnostné, charakterové vlastnosti, intelekt apod. Vojenská služba znamená pre niektorých jedincov hlboký zásah do ich doterajšieho spôsobu života a môže u nich pôsobiť silne stresogenne (3). Nielen krátkodobé stresové situácie, ale predovšetkým dlhšie trvajúce zaťažujúce podmienky majú bezprostredný vplyv na vznik a priebeh niektorých somatických ochorení. To, že na vzniku organických chorôb sa významne podieľajú psychologické faktory, je dávno známe hlavne u hypertonickej choroby, ischemickej srdcovej choroby, u žalúdočného a dvanástorníkového vredu a iných (1). Dunbarová vo svojich prácach došla k záveru, že mnohé somatické choroby súvisia s povahovými rysmi nemocných, s profilom ich osobnosti (9).

Materiál a problematika

Naša práca sa zaoberá problémom stanovenia faktorov a rysov osobnosti u jedincov s onemocnením zažívacieho ústrojenstva (ďalej GIT-u). Psychológia dnes disponuje celou radou metód na zisťovanie vlastností osobnosti.

V našom súbore sme previedli zistenie povahových a osobnostných vlastností pomocou Cattellovho 16faktorového osobnostného dotazníku (formy A), kde sa za základ berú výpovede osoby o sebe. Tento test dáva behom krátkej doby pomerne dostatočné informácie o charakteristikách osobnosti vyšetrovaného (2). Je zostavený tak, aby pokryl všetky hlavné dimenzie, v ktorých sa ľudia môžu líšiť. Celkom sme týmto osobnostným testom vyšetrili 50 vojakov základnej služby s organickými a funkčnými poruchami GIT-u, z ktorých 5 neberieme do zostavy pre niektoré skresľujúce údaje. Štyridsať päť jedincov bolo na základe komplexného klinického vyšetrenia rozdelené do dvoch skupín:

skupina 1: 25 vojakov základnej služby s org. poruchami GIT-u,

skupina 2: 20 vojakov základnej služby s funkč. poruchami GIT-u.

Väčšina autorov sa prikláňa aj v učebniciach

vnútorného lekárstva k názoru, že vredová choroba je onemocnenie, kde neuropsychické a emočné vplyvy hrajú dôležitú, pravdepodobne rozhodujúcu úlohu (4, 5). Niektorí autori však tvrdia, že prevažne psychogenný výklad vredovej choroby je nesprávny vzhľadom k tomu, že typická emočná konštelácia zistená u pacientov trpiacich vredom bola zistená aj u veľkého počtu ľudí, ktorí vred nemajú. Musí byť počítané s lokálnymi a aj obecnými somatickými faktormi.

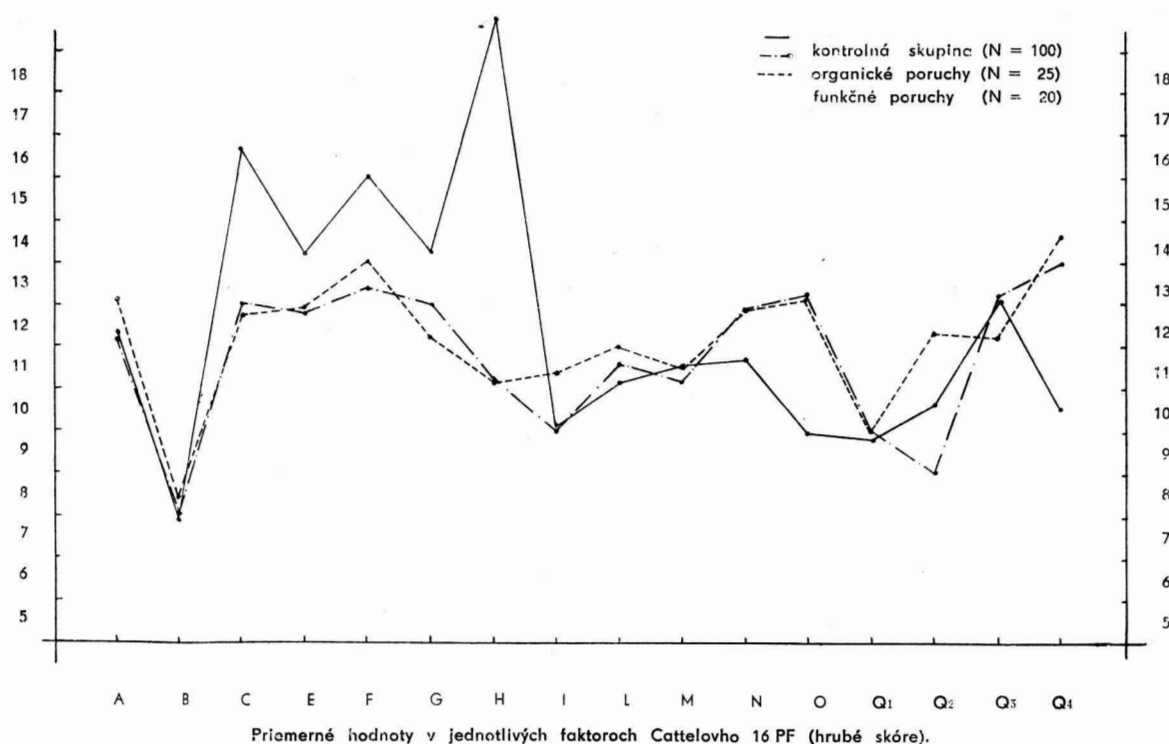
Celá rada autorov, Pavlovom počínajúc, ale aj iní, ako Mittelman a Wolff, Palmer a Winkelstein, Mirsky a mnohí ďalší (6, 7, 8) experimentálne opakovane dokázali existujúce vzťahy medzi sekréciou žalúdočných štiav a psychogennými faktormi, ako aj to, že existuje určitá závislosť medzi emocionalitou a výskytom ochorení GIT-u (9).

Naše predbežné zdelenie sa zaoberá jediným problémom:

Pokúsiť sa stanoviť, v ktorých osobnostných faktoroch a rysoch a ako významne sa líši skupina jedincov s organickými a funkčnými zmenami proti skupine jedincov naprosto zdravých, ako aj zistiť odlišnosť z hľadiska osobnostných charakteristík medzi skupinou s organickými a funkčnými poruchami GIT-u navzájom. Práca chce upozorniť na tú skutočnosť, že pri sledovaní, liečení a prevencii chorých s chorobami GIT-u by sa mala venovať primeraná pozornosť tiež osobnosti a sociálne kultúrnemu prostrediu.

Metodika

V spolupráci psychologického a interného oddelenia voj. nemocnice v Ružomberku sme Cattellovým 16faktorovým osobnostným dotazníkom a anamnestickým dotazníkom podrobili vyšetreniu 50 vojakov základnej služby, u ktorých bola zistená buď organická, alebo funkčná porucha GIT-u. Všetci títo vojaci boli hospitalizovaní na internom oddelení. K nim sme pre potreby štatistického zhodnotenia pričlenili kontrolnú skupinu 100 vojakov základnej služby bez akýchkoľvek známkov ochorenia. V anamnestickom dotazníku sme sledovali konfliktové situácie v osobnom živote, charakter rodinnej výchovy, hodnotenie vlastnej povahy apod.



Výsledky

Vo všetkých šiestnástich bipolárnych faktoroch Cattellovho dotazníka sme u všetkých troch skupín vypočítali aritmetické priemery ako aj smerodajné odchylky z hrubého skóre (tab. 1). Na diagrame sú graficky znázornené priemerné hodnoty v jednotlivých faktoroch Cattellovho dotazníka (graf. 1). Štatistické spracovanie s cieľom zistenia hladiny významnosti rozdielov v jednotlivých osobnostných faktoroch v jednotlivých skupinách sme previedli pomocou Studentovho t-testu (tab. 2). Na základe zisťovania významnosti rozdielov sme dospeli k týmto záverom:

1. Osoby s organickými poruchami zažívacieho ústrojenstva sa voči kontrolnej skupine zdravých jedincov v piatich osobnostných faktoroch líšia viac než na 1% hladine významnosti. Sú to faktory: C—, O+, Q4+, H—, F—. (t pri 1% hladine = 2,576). Verbalizovaním týchto faktorov môžeme povedať, že osoby s organickou poruchou GIT-u sú voči kontrolnej skupine významne neuspokojenej emocionality, s menšou toleranciou na frustráciu a silnejšími tendenciami trápiť sa (C—). Sú náchylnejší k pocitom viny, nadmerne starostliví, so silným zmyslom pre povinnosti (O+). Oproti kontrolnej skupine depresívnejší, úzkostlivejší a dráždivejší, s iracionálnymi obavami (Q4+). Svedomitejší a starostlivejší, nápadne citliví k hrozbe (H—). Mrzutější a smutnejší (F—).

2. Osoby s funkčnými poruchami GIT-u sa voči kontrolnej skupine významne odlišujú (nad 1% hladinou významnosti) v šiestich osobnostných faktoroch. Sú to faktory: C—, O+, Q4+, H—, E—, G—. Z toho vidieť, že odlišnosť voči

kontrolnej skupine je v 4 faktoroch stejná (C—, O+, Q4+, H—) ako u skupiny s organickými poruchami. Z toho možno konštatovať, že osobnostné charakteristiky ako u jedincov s organic-

Tabuľka 1

Aritmetické priemery (AM) a smerodajné odchýlky v jednotlivých faktoroch Cattellovho 16 PF

Cattel 16 PF (forma A)

	Kontrol. sk. N=100		Organickí N=25		Funkční N=20	
	AM	σ	AM	σ	AM	σ
	HS		HS		HS	
A	11,40	2,64	11,2	2,37	12,1	2,68
B	6,83	2,34	6,9	1,97	7,4	2,50
C	15,53	2,58	12,0	3,30	11,8	4,50
E	13,26	3,63	11,8	4,02	11,9	2,31
F	15,02	3,24	12,4	4,36	13,0	2,79
G	13,34	3,14	12,0	4,34	11,2	2,90
H	18,86	4,10	10,3	5,53	10,2	5,33
I	9,11	2,95	9,0	3,35	10,4	3,46
L	10,19	2,87	10,6	3,08	11,0	1,88
M	10,67	2,92	10,2	2,18	10,6	2,95
N	13,71	2,18	11,9	2,96	11,9	3,31
O	8,95	3,26	12,2	3,58	12,1	3,19
Q1	8,85	2,82	9,0	2,60	9,0	3,65
Q2	9,63	2,51	8,0	4,16	11,3	3,66
Q3	11,97	2,75	12,0	2,14	11,2	3,30
Q4	9,55	3,66	13,0	4,65	13,7	5,62

Tabuľka 2

CATTELL 16 PF — „t“ test

faktory:	skupiny:	organické	funkčné	norma
A	organ. funkč. norma	— 1,1685 0,7859	1,1685 — 1,0713	0,7859 1,0713 —
B	organ. funkč. norma	— 0,7344 0,1954	0,7344 — 7,0263	0,1954 1,0263 —
C	organ. funkč. norma	— 0,1679 5,6620xx	0,1679 — 5,0129xx	5,6620 5,0129 —
E	organ. funkč. norma	— 0,0965 1,6701	0,0965 — 2,7674xx	1,6701 2,7674 —
F	organ. funkč. norma	— 0,5222 3,2993xx	0,5222 — 2,5509x	3,2993 2,5509 —
G	organ. funkč. norma	— 0,6924 1,6897	0,6924 — 2,7416xx	1,6897 2,7416 —
H	organ. funkč. norma	— 0,0586 3,5050xx	0,0586 — 3,455xx	3,5050 3,455 —
I	organ. funkč. norma	— 1,3447 0,1460	1,3447 — 1,7299	0,1460 1,7299 —
L	organ. funkč. norma	— 0,497 0,7609	0,497 — 1,3341	0,7609 1,3341 —
M	organ. funkč. norma	— 0,5099 0,7935	0,5099 — 0	0,7935 0 —
N	organ. funkč. norma	— 0 2,2574x	0 — 2,018x	2,2574 2,018 —
O	organ. funkč. norma	— 0,0955 4,3930xx	0,0955 — 3,9793xx	4,393 3,9793 —
Q1	organ. funkč. norma	— 0 0,3189	0 — 0,2719	0,3189 0,2919 —
Q2	organ. funkč. norma	— 2,7239xx 2,4392x	2,7239 — 2,5219x	2,4392 2,5219 —
Q3	organ. funkč. norma	— 1,3300 0	1,3300 — 1,1369	0 1,1369 —
Q4	organ. funkč. norma	— 0,4469 3,946 xx	0,4469 — 4,1941xx	3,946 4,1941 —

kými, tak aj s funkčnými poruchami GIT-u sú v prevažnej miere zhodné. Navyše skupina s funkčnými poruchami je významne poddajnejšia a závislejšia, málo sebavedomá [E—], nestálejšia, s prevahou citovosti a menšou rezervou energie [G—].

3. Štatistickým rozborom ďalej vidieť, že skupina organických sa voči funkčným podstatne nelíši, ale naopak až na rozdielne charakteristiky vo faktore Q2 (sebastační Q2+ versus závislí na skupine Q2—) sú tieto dve skupiny po osobnostnej stránke veľmi homogénne.

V anamnestickom dotazníku udávala 1/3 jedincov z oboch skupín akútne alebo chronické konflikty. Rodinnú výchovu ako prísnu uvádzalo celkom 42,2 % nemocných. Svoju povahu ako tichú, nepriebojnú a samotársku hodnotilo 45,1 % nemocných.

Štúdium psychosomatických vzťahov prináša so sebou rad metodických problémov. Jedným z nich je aj otázka správneho využitia údajov chorého pre hodnotenie toho, akým spôsobom a v akej miere sa na jeho ochorenie podieľajú rôzne záporné psychické vplyvy, menovite konfliktové a stresové situácie, a akú úlohu vo vzťahu k určitej chorobe môžu mať osobnostné alebo povahové vlastnosti. Na výsledky získané v osobnostnom 16faktorovom Cattellovom teste sa môžeme v podstate pozeráť dvojakým spôsobom:

1. Určitá povaha je vytvorená a formulovaná už pred vypuknutím onemocnenia ako súčasť premorbidnej osobnosti.

2. Povaha sa zmenila následkom somatického ochorenia. Možno konštatovať, že pri vredovej chorobe sa psychosomatické vplyvy uplatňujú v značnej miere, a to zvlášť u takých jedincov, ktorí sa svojimi osobnostnými charakteristikami a povahou líšia od jedincov v rámci širšej normy.

U osôb s neuspokojenou emocionalitou, menej tolerantných k frustrácii a stresu, úzkostlivých a príliš starostlivých, s pocitmi viny, u takých jedincov, ktorí v konfliktových situáciách nie sú schopní vybiť si zlosť a napätie sociálne adekvátnym spôsobom, sa dá očakávať väčší sklon k poruchám zažívacieho ústrojenstva. Liečba somatických onemocnení z tohto aspektu by mala okrem bežnej terapie zahŕňať aj psychoterapiu, socioterapiu a duševné hygienické poradenstvo. Z tohto hľadiska by bolo vhodné u každého nemocného s poruchami GIT-u prevádzkať plánovitú a cieľavedomú prevýchovu osobnosti. Zostáva ešte stále problémom ovplyvňovať účinne závažné medzilidské, spoločenské vzťahy. Psychológia je ešte dlhá dať psychosomatike jednoznačne uznávanú teóriu osobnosti.

Z našich výsledkov môžeme potvrdiť už dávno známu skutočnosť, že je potrebné liečiť nielen chorobu, ale celého človeka, s jeho reakciami psychickými a narušenými psychosociálnymi vzťahmi. To sa musí stať všeobecne uznávanou zásadou. Štrukturálny obraz choroby je však tak zložitý a rozličnosť patogenných vplyvov tak mnohotvárna, že bezpečné zistenie, vymedzenie a zväženie osobnostných faktorov a ich význam v etiológii, patogeneze a aktuálnom chorobnom stave je zatiaľ vec veľmi obtiažna.

Súhrn

Pomocou Cattellovho 16faktorového osobnostného dotazníka bolo prevedené porovnanie osobnostných faktorov u 45 vojakov základnej služby s organickými a funkčnými poruchami zažívacieho ústrojenstva so skupinou zdravých jedincov. Skupina jedincov s organickými a funkčnými poruchami GIT-u sa po osobnostnej stránke štatisticky významne (na 1% hladine významnosti) odlišovala od kontrolnej skupiny vo viacerých faktoroch: u skupiny s organickými poruchami sú to faktory: C—, O+, Q4+, H—, F—, u skupiny s funkčnými poruchami sú to faktory: C—, E—, O+, Q4+, H—, G—.

Skupina organických a funkčných sa javí voči sebe ako homogenná (až na faktor Q2). Je poukázané na to, že vedľa medikamentóznej liečby by bolo potrebné brať do úvahy a upraviť psychosociálne vzťahy a podmienky každého individua. Reeducácia osobnosti na základe dosiahnutých výsledkov u takto nemocných jedincov sa v tomto ohľade javí ako veľmi účelná.

Literatúra

1. Alexander, F.: Psychosomatic medicine. New York, Norton 1950.
2. Hromátka, J.: Osobnostní determinanty odpovědného a neodpovědného jednání. Vojenská psychologie, č. 3, 1969. Praha VPAKG, str. 12—15.
3. Janoušková, N.: Dynamika změn osobnosti vojáka během prvního roku vojenské služby. Vojenská psychologie, č. 3, 1969. Praha VPAKG, str. 120—121.
4. Jurkovič, V.: Základy nemocničního a polního vnitřního lékařství, Praha, NV 1960, 2.
5. Konečný, R., Bouchal, M.: Psychologie v lékařství, Praha, SZN 1966.
6. Mittelman, B., Wolff, H. G.: Emotions and gastro-duodenal function: Experimental studies on patients with gastritis, duodenitis and peptic ulcer. Psychosom. Med., 1942, 4, s. 5.
7. Mirsky, I. A., Block, S., Osher, S., Brohn-Kahn, R. H.: Uropepsin excretion by man. I. The source, properties and assay of uropepsin. J. clin. Invest., 1948, 27, s. 818.
8. Palmer, W. L.: Fundamental difficulties in the treatment of peptic ulcer. J. Amer. med. Ass., 1933, 101, 1604.
9. Vondráček, V., Dobiáš, J.: Lékařská psychologie. Praha, SZN, 1969.