

Míra deprese a úzkosti u pacientů s idiopatickými střevními záněty

The Level of Depression and Anxiety in Patients with Inflammatory Bowel Disease

Michal Bártek,¹ Martin Kupka

¹Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Psychologie a její kontexty 12 (1), 2020, 75–87
<https://doi.org/10.15452/PsyX.2021.12.0005>



Abstrakt Míra deprese a úzkosti u pacientů s idiopatickými střevními záněty (IBD) má vliv nejen na kvalitu života, ale může mít vliv i na průběh a progresi nemoci či adherenci k léčbě. Cílem výzkumu bylo popsat míru deprese a úzkosti u vybraného vzorku dospělých IBD pacientů v České republice a zároveň popsat vztah deprese a úzkosti s vybranými demografickými a klinickými faktory. Výzkumný soubor tvořilo 213 dospělých IBD pacientů, 158 žen a 55 mužů s věkovým průměrem 34 let ($SD = 11,4$). Ke sběru dat bylo využita Beckova škála depresivity (BDI-II), Beckův inventář úzkosti (BAI) a dotazník zjišťující demografické a klinické proměnné. Dle *cut-off* skóre se míra deprese i úzkosti pohybovala v pásmu mírné závažnosti. Mnohonásobná regrese odhalila, že z vybraných faktorů nejvýznamněji ovlivňují míru deprese aktivita nemoci a věk. Míru úzkosti kromě aktivity nemoci výrazně ovlivňovala kortikoterapie.

Klíčová slova deprese, úzkost, kvalita života spojená se zdravím, idiopatické střevní záněty.

Abstract Inflammatory Bowel Disease (IBD), which primarily includes Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC), is a group of chronic diseases affecting the gastrointestinal tract. In terms of the severity of clinical manifestations of the disease, the severity of treatment, and the overall significant disruption of life, patients may also experience psychological problems. In this context, depression and anxiety appear to be the most common psychopathological co-morbidity in IBD patients. Symptoms of depression or

anxiety may lead to intensification of clinical symptoms, general worsening of the course of the disease, or contribute to the relapse of the disease. The primary aim of the research was to map the level of depression and anxiety in adult IBD patients in the Czech Republic. The secondary aim of the research was to describe the relationship between anxiety/depression and selected clinical and demographic factors. A total of 213 adult IBD patients were admitted to the questionnaire through IBD centres and patient organizations. The data-collection methods were Beck's Depression Inventory II., Beck's Anxiety Inventory, and questionnaire for clinical/demographic variables. The results have found that patients included in the research have had a mild level of depression and anxiety. For the secondary aim of the research – data was analysed using univariate analysis, from which significant variables were subsequently included in multiple regression analysis. In univariate analysis, gender ($p = 0,02$), disease activity ($p < 0,001$), age ($p < 0,01$) and type of treatment ($p = 0,04$) had a significant relationship to depression. Whereas gender ($p = 0,04$), disease activity ($p < 0,001$) and type of treatment ($p = 0,04$) had a significant relationship to anxiety. Multiple regression results showed that disease activity ($p < 0,001$) is among the most important predictors of higher level of depression ($\beta = 0,36$) and anxiety ($\beta = 0,20$). Multiple regression has also found age ($\beta = -0,14$; $p = 0,03$) as a significant predictor for a lower level of depression. Medication with corticosteroids ($\beta = 0,22$; $p = 0,03$) has been found as a significant predictor for a higher level of anxiety. The obtained overall results of the research are comparable to the foreign research's findings. One of the surprising results was no difference between CD and UC patients in the level of depression or anxiety. The difference between individual diseases can be influenced by the activity itself, where foreign researchers have not found any difference between UC and CD patients after controlling for the activity of the disease. The research has some limitations that need to be mentioned. The research sample included mostly female patients, most of the patients underwent biological treatment, thus they were probably patients with a more complicated course of the disease. A significant representation of women might be caused by the fact that women tend to be more involved in support groups or they are more willing to talk about disease-related problems. When measuring depression and anxiety, some issues may have been overestimated as some of them focused on the somatic manifestations of depression or anxiety, thus affected by the current state of the disease. Psychological problems should be considered in general treatment in IBD, with regard to the possible negative impact on disease and general quality of life.

Keywords Depression, Anxiety, Health-Related Quality of Life, Inflammatory Bowel Disease.

Problém

Idiopatické střevní záněty (IBD) spadají do skupiny autoimunitních onemocnění postihující gastrointestinální trakt, do které jsou primárně zařazeny Crohnova nemoc (CN) a ulcerózní kolitida (UK). Dominantními příznaky u obou onemocnění jsou průjemy, abdominální bolesti, únava, úbytek na váze či zvýšená teplota. Typickým projevem u obou onemocnění je střídání aktivní fáze nemoci (relaps) a klidové fáze nemoci (remise). Ke klasickým intestinálním projevům se u některých pacientů přidružují příznaky extraintestinální, zasahující kůži či oči. I když oba mají některé společné klinické projevy, jejich průběh či celkový klinický obraz může být u řady pacientů značně proměnlivý (rozdílný). Doposud není známa primární příčina onemocnění, ale předpokládá se, že jde o abnormální imunitní reakci organismu na specifické environmentální vlivy. Jedná se tedy o nemoc nevyléčitelnou, u které lze průběh a klinické projevy korigovat za využití farmakoterapie, případně za pomoci léčby chirurgické (de Souza & Fiocchi, 2016; Lukáš, 1999; Lukáš et al., 2012).

Z hlediska epidemiologie v České republice dochází k setrvalému meziročnímu nárůstu prevalence u obou onemocnění, konkrétně 4,5 % u CN a 3,5 % u UK. Incidence naopak ukazuje v průběhu času na mírně klesající trend. Dostupná data z roku 2018 informují, že se aktuálně s IBD léčí přes 56 000 pacientů (Dušek et al., 2019a; 2019b). K obdobným trendům dochází i v celosvětovém měřítku, kdy se ve většině západních zemí incidence stabilizovala a prevalence neustále narůstá (Jairath & Feagan, 2020; Ng et al., 2017).

Kvůli závažnosti klinických projevů, náročné léčbě a narušení běžného fungování se mohou u pacientů objevit psychické obtíže, přičemž se ukazuje, že deprese a úzkost patří mezi nejčastější psychologickou komorbiditu u IBD pacientů (Mikocka-Walus et al., 2016; Neuendorf et al., 2016; van den Brink et al., 2018). Neuendorf et al. (2016) ve své meta-analýze uvádí prevalenci 35 % pro úzkostné symptomy a 21 % pro úzkostnou poruchu. V případě deprese je prevalence symptomatiky 21,6 % a prevalence poruchy 15,2 %. K obdobným závěrům dochází i jiné studie zabývající se problematikou deprese a úzkosti u IBD pacientů (Mikocka-Walus et al., 2016; Byrne et al., 2017; van den Brink et al., 2018). Obecně se ukazuje, že výskyt deprese, úzkosti či jejich kombinace je u IBD pacientů vyšší než u zdravých jedinců (Mikocka-Walus et al., 2016; Neuendorf et al., 2016).

Deprese a úzkost u IBD pacientů negativně ovlivňuje kvalitu života spojenou se zdravím (Vidal et al., 2008; Zhang et al., 2013; Xia-Peng et al., 2017). U IBD pacientů může navíc depresivní ladění pacienta způsobit relaps onemocnění (Mittermaier et al., 2004). Úzkost je z prospektivního hlediska u IBD pacientů spojená s obecně horšími následky onemocnění (Narula et al., 2019). Navíc se však ukazuje, že deprese a úzkost může mít vliv i na imunologické reakce organismu či protahovat přirozený léčebný proces při léčbě různých onemocnění (Anisman & Merali, 2003; Cole-King & Harding, 2001; Pike & Irwin, 2006). V případě úzkosti mohou navíc některé její somatické symptomy ztížit diagnostický proces, zatímco deprese je spojována s vyšším funkčním poškozením organismu, zintenzivněním symptomů či nižší léčebnou adherencí (DiMatteo et al., 2000; Katon, 2003; Gonzalez et al., 2008; Nahon et al., 2012). Obecně jsou zvýšené

symptomy deprese a úzkosti u IBD pacientů spojeny s vyšším rizikem relapsu onemocnění (Marrie et al., 2021)

Jedním z nejvýznamnějších prediktorů vedoucích k elevaci deprese a úzkosti je aktivita nemoci, kdy IBD pacienti mají vyšší výskyt deprese a úzkosti v aktivní fázi nemoci (Byrne et al., 2017; van den Brink et al., 2018; Neuendorf et al., 2016). Výzkumy poukazují na vyšší výskyt deprese u pacientů s CN než je tomu u pacientů s UC (Nahon et al., 2012; Mikocka-Walus et al., 2016; Neuendorf et al., 2016). Avšak u úzkostnosti nebyl rozdíl jednoznačně prokázán (Neuendorf et al., 2016; Byrne et al., 2017). Obecně pak vyšší míru deprese a úzkosti mají IBD pacienti s vážnějším průběhem onemocnění, extra-intestinálními projevy a komplikacemi, chirurgickou historií či obecně s kratší délkou nemoci (Panara et al., 2014; Navabi et al., 2018; van den Brink et al., 2018; Sceats et al., 2020). Ze sociodemografických faktorů poukazují některé výzkumy na vliv pohlaví, kdy ženy obecně reportují vyšší míru deprese a úzkosti v souvislosti s onemocněním (van den Brink et al., 2018; Fuller-Thomson et al., 2015).

S ohledem na uvedená teoretická a výzkumná východiska je cílem výzkumu popsat míru deprese a úzkosti u vybraného vzorku dospělých IBD pacientů v České republice a zároveň popsat vztah deprese a úzkosti s vybranými demografickými a klinickými faktory.

Metodologie

Výzkumný soubor a jeho výběr

Pacienti byli vybráni do výzkumného souboru za pomoci záměrného výběru, který se realizoval přes dvě IBD centra v rámci nemocničních zařízení a organizaci sdružující IBD pacienty (IBD s.z.). Pacienti vybraní přes IBD centra dostali úvodní dopis k výzkumu společně s dotazníkovými metodami. Výběr pacientů skrze patientskou organizaci byl realizován prostřednictvím zaslání e-mailu s nabídkou účastnit se výzkumu a odkazem na elektronickou verzi dotazníků. Pro zařazení do výzkumu musel být pacient starší 18 let a nebyť aktuálně hospitalizován v nemocničním zařízení. Všichni pacienti, kteří souhlasili s účastí na výzkumu, byli seznámeni s účelem výzkumu a obdrželi informovaný souhlas s účastí k výzkumu.

Metody sběru dat

Pro měření míry úzkosti byl zvolen Beckův inventář úzkosti (BAI), což je sebe-posuzovací dotazník zjišťující kognitivní i somatické příznaky úzkosti. Dotazník se skládá z 21 položek Likertova typu, kde pacient vybírá na škále 0 až 3, přičemž vyšší skóre vypovídá o vyšší míře obtěžování příznaku. Výsledné celkové skóre je ukazatelem závažnosti úzkostných projevů. Ve výzkumu byla využita česká verze BAI s uspokojivou validitou a reliabilitou (Beck et al., 1988; Kamarádová et al., 2016).

Ke zkoumání míry deprese byl vybrán Beckův inventář deprese (BDI-II). Inventář obsahuje 21 oblastí zjišťující různé příznaky a myšlenky spojené s depresí. Ke každé oblasti jsou napsány 4 možné výroky zkoumající intenzitu příznaku v dané oblasti. Výroky

jsou skórovány v rozmezí od 0 do 3 bodů, přičemž vyšší skóre mluví o závažnějším stupni depresivní symptomatiky. U české verze dotazníku BDI-II byla zjištěna dostatečná reliabilita a validita (Gottfried, 2019a; 2019b).

Pro účely sběru demografických a klinických údajů byl vytvořen samostatný dotazník. V oblasti demografických údajů byl zjišťován věk a pohlaví pacienta. Do kategorie klinických údajů byly zařazeny otázky zjišťující typ nemoci, současnou aktivitu nemoci, podstoupení chirurgického zákroku v minulosti a typ aktuální léčby, ve které byla léčiva rozdělena do příslušných kategorií. U každé kategorie byly navíc přidány příklady názvů léčiv typických pro danou kategorii.

Analýza dat

V prvním kroku byla provedena deskriptivní analýza sledovaných proměnných. Následně byla provedena jednorozměrná analýza jednotlivých proměnných a celkového skóre BDI-II a BAI. Statisticky významné proměnné byly poté zařazeny do mnohonásobné lineární regrese (*enter method*) zkoumající jejich vztah k míře deprese a úzkosti reprezentované skóre BDI-II a BAI. Hladina statistické významnosti byla nastavena na 5 % a hypotézy byly testovány jako oboustranné. Analýza dat byla realizována v programu Statistica 13.4.

Výsledky

Do výzkumu bylo zařazeno celkem 213 IBD pacientů s věkovým průměrem 34 let (SD = 11,4). Dominantní zastoupení měly ve výzkumném souboru ženy (N=158; 74 %). Detailnější popis klinických údajů je uveden v tabulce č. 1

Tabulka 1

Základní klinické údaje

	N (%)
Typ nemoci	
Crohnova nemoc	124 (58 %)
Ulcerózní kolitida	89 (42 %)
Aktivita nemoci	
Remise	110 (52 %)
Relaps	103 (48 %)
Léčba	
Žádná	14 (7 %)
Aminosalicyláty	58 (27 %)
Kortikosteroidy	22 (10 %)
Imunosupresivní	40 (18 %)
Biologická	79 (37 %)
Chirurgický zákrok	
Žádný	139 (65 %)
Jeden	37 (17 %)
Více než jeden	37 (17 %)

Průměrná míra deprese naměřená za pomoci dotazníku BDI-II dosahovala u výzkumného souboru hodnoty 17,90 (SD = 10,06; Mdn = 17). Pacienti s CN měli průměrné skóre 17,89 (SD = 10,58; Mdn = 17,00). Pacienti s UC dosahovali průměrné skóre 17,92 (SD = 9,34; Mdn = 17). Z hlediska závažnosti dosahuje většina pacientů minimální až žádné míry deprese a úzkosti. Ukazuje se, že největší počet pacientů vykazuje nízkou míru úzkosti. Kompletní popis rozdělení dle závažnosti symptomatiky ukazuje tabulka č. 2.

Tabulka 2

Závažnost míry deprese

Závažnost	Cut-off	N (%)
Žádná či minimální	0–13	77 (36 %)
Mírná	14–19	48 (23 %)
Střední	20–28	56 (26 %)
Závažná	29–63	32 (15 %)

V rámci úzkosti bylo u IBD pacientů naměřeno průměrné skóre 14,37 (SD = 9,10, Mdn = 12). Mezi pacienty s CN a UC se nevyskytoval výrazný rozdíl v míře naměřené úzkosti, kdy pacienti s CN dosáhli průměrné hodnoty 14,44 (SD = 9,46; Mdn = 12,50) a pacienti s UC 14,27 (SD = 8,64; Mdn = 12). V tabulce 3 jsou pacienti rozdělení dle jejich dosaženého skóre do jednotlivých navržených stupňů závažnosti úzkosti.

Tabulka 3

Závažnost míry úzkosti

Závažnost	Cut-off	N (%)
Minimální	0–7	54 (25 %)
Mírná	8–15	79 (37 %)
Střední	16–25	52 (24 %)
Závažná	26–63	28 (13 %)

Jednorozměrná statistická analýza ukázala, že signifikantní vztah k míře deprese má pohlaví ($p = 0,02$), věk ($p < 0,01$), aktivita nemoci ($p < 0,001$) a typ léčby ($p = 0,04$). U míry úzkosti to byly proměnné pohlaví ($p < 0,04$), aktivita nemoci ($p < 0,001$) a typ léčby ($p = 0,04$). Zbylé proměnné nevykazovaly žádný významný vztah k míře deprese či úzkosti.

Všechny proměnné významně ovlivňující míru deprese a úzkosti byly následně zařazeny do mnohonásobné regrese (*enter method*) jako prediktory. Výsledný model mnohonásobné regrese ukázal, že mezi významné prediktory míry deprese patří aktivita nemoci ($\beta = 0,36$; $p < 0,001$) a věk ($\beta = -0,14$; $p = 0,03$). Kompletní výsledky pro míru deprese obsahuje tabulka 4.

Tabulka 4

Mnohonásobná regrese – míra deprese

Proměnná	β	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Absolutní člen		17,58	5,56	< 0,001

Aktivita nemoci*	0,36	7,13	5,36	< 0,001
Pohlaví	- 0,05	- 1,20	- 0,80	0,43
Věk*	- 0,14	- 0,12	- 2,14	0,03
Aminosalicyláty	- 0,01	- 0,22	- 0,08	0,94
Kortikosteroidy	0,14	4,78	1,53	0,13
Imunosupresiva	0,07	1,73	0,61	0,54
Biologická léčba	0,08	1,74	0,67	0,51

Celkové $R^2 = 0,19$ Upravené $R^2 = 0,17$

Pozn. β = standardizovaný regresní koeficient; b = nestandardizovaný regresní koeficient

V případě míry úzkosti mnohonásobná regrese identifikovala jako nejvýznamnější prediktory aktivitu nemoci ($\beta = 0,20$; $p < 0,001$) a léčbu za pomoci kortikoidů ($\beta = 0,22$; $p = 0,03$). Prediktor typ léčby byl srovnáván s referenční skupinou, kterou byli pacienti bez léčby. Kompletní výsledky regresního modelu pro míru deprese obsahuje tabulka č. 5.

Tabulka 5

Mnohonásobná regrese – míra úzkosti

Proměnná	β	b	t	p
Absolutní člen		9,73	4,22	< 0,001
Aktivita nemoci	0,20	3,72	2,96	< 0,001
Pohlaví	- 0,09	- 1,94	- 1,37	0,17
Aminosalicyláty	0,09	1,86	0,73	0,47
Kortikosteroidy	0,22	6,62	2,24	0,03
Imunosupresiva	0,22	5,11	1,91	0,06
Biologická léčba	0,08	1,74	0,67	0,51

Celkové $R^2 = 0,11$ Upravené $R^2 = 0,8$

Pozn. β = standardizovaný regresní koeficient; b = nestandardizovaný regresní koeficient

Diskuze

Pacienti s IBD se kromě adaptace na primární onemocnění musí vypořádat s následnými psychickými dopady nemoci. Mezi nejčastější psychické obtíže u IBD pacientů patří deprese a úzkost, které výrazně ovlivňují celkovou kvalitu života spojenou se zdravím a další aspekty léčby (Guthrie et al., 2002; Mikocka-Walus et al., 2016; Neuendorf et al., 2016). V současnosti se jedná o téma mnoha odborných diskuzí, ať už z hlediska hledání vhodného screeningu, diagnostiky či terapie (např. Alexakis et al., 2017; Keefer, 2017; Gracie et al., 2017). Cílem výzkumu bylo popsat míru deprese a úzkosti u vybraného vzorku dospělých IBD pacientů v České republice a zároveň popsat vztah deprese a úzkosti s vybranými demografickými a klinickými faktory s cílem identifikovat nejvýznamnější prediktory.

Pacienti s IBD dosáhli průměrného skóre odpovídající mírnému stupni deprese. Ve srovnání se zahraničními výzkumy tak čeští IBD pacienti vykazují vyšší míru depre-

se (Neuendorf et al., 2016). Zde je však nutno poznamenat, že největší část pacientů se nacházela v pásmu žádné až mírné deprese. Značnou roli v rozdílné míře deprese mohou mít specifika výzkumného souboru, kde se 48 % pacientů nacházelo v aktivní fázi nemoci, která může zvýšit míru depresivních příznaků (Byrne et al., 2017; van den Brink et al., 2018; Neuendorf et al., 2016). Většina pacientů z výzkumného souboru navíc podstupovala náročnější léčbu, k níž patří léčba biologická, imunosupresivní či léčba kortikoidy. Uvedené typy léčby jsou náročné z hlediska nežádoucích účinků a jsou spojovány primárně se závažnějším průběhem onemocnění a extraintestinálními komplikacemi, což sekundárně může vést k dalšímu prohloubení míry deprese (Panara et al., 2014; Navabi et al., 2018; van den Brink et al., 2018).

Úzkost u pacientů z výzkumného souboru dosahovala mírné stupně závažnosti. Přímé porovnání hodnot dotazníku BAI se zahraničními výzkumy není možné, dotazník BAI v žádné z nich nebyl využit. Orientační srovnání lze provést za pomoci zhodnocení klinické významnosti výsledků jednotlivých metod měřících míru úzkosti. V původní anglické verzi dotazníku je navrženo skóre 16, co by *cut-off* skór pro klinickou relevanci výsledků (Beck et al., 1988; Bardhoshi et al., 2016). Pro srovnání klinické relevantnosti se však jeví vhodnější skór 17, který byl navržen v české standardizační studii (Kamarádová et al., 2016). Klinicky relevantního skóru by tak dosahovalo 34 % pacientů, což je přibližně stejný výskyt klinicky významné úzkosti jako u zahraniční populace IBD pacientů (Neuendorf et al., 2016). Uvedené posouzení je orientační s ohledem na výzkumný soubor české standardizační studie BAI, kterou tvořili primárně pacienti s psychiatrickou diagnózou, a ke komentářům zmiňujícím nutnost rozdílných *cut-off* skórů pro specifická onemocnění.

Jako nejsilnější prediktor zvýšené míry deprese a úzkosti je aktivita nemoci. Nalezený výsledek je konzistentní se zahraničními výzkumy (např. van den Brink et al., 2018; Neuendorf et al., 2016; Mikocka-Walus et al., 2016; Byrne et al., 2017). Během relapsu onemocnění dochází k zintenzivnění klinických projevů, častým extra-intestinální manifestacím či komplikacím, což zvyšuje riziko chirurgického zákroku. U pacientů v aktivní fázi onemocnění díky tomu dochází k narušení běžného fungování a pracovních aktivit (Sajadinejad et al., 2012; Pittet et al., 2017; De Boer et al., 2016). Zároveň dochází k zintenzivnění léčby, která může mít mnoho nežádoucích vedlejších účinků, čímž může dojít zprostředkovaně ke zvýšení míry deprese a úzkosti (Gavrilescu et al., 2015; Nowakowski et al., 2016; Kolouch & Goetz, 2018; Blondel-Kucharski et al., 2001).

Významným prediktorem míry deprese byl věk, kdy s vyšším věkem pacienta klesala pociťovaná míra deprese. Zahraniční výzkumy ukazují, že IBD pacienti v mladší dospělosti jsou náchylnější k výskytu depresivních symptomů či depresivní poruchy (van den Brink et al., 2018; Brooks et al., 2016). Obě onemocnění, spadající do kategorie IBD, nejčastěji propukají právě ve věku mladší dospělosti. Do jisté míry zde existuje souvislost s délkou onemocnění, kdy čím kratší čas od stanovení diagnózy, tím vyšší míra deprese. V adaptaci na chronické onemocnění hraje podstatnou úlohu časová perspektiva, během které se pacient vypořádává se ztrátou zdraví a vznikem nové psychické úlohy – naučit se fungovat se svou nemocí (Byrne et al., 2017; Panara et al., 2014; Navabi et al., 2018).

U míry úzkosti to byla léčba kortikosteroidy, která byla identifikována jako další významný faktor. Kortikoterapie je jednou z prvních forem léčby nasazenou během zhoršení klinického obrazu pacienta. Kortikoterapie přináší terapeutický přínos v léčbě řady autoimunních onemocnění, avšak je spojena s mnoha nežádoucími účinky, somatickými i psychickými. (Asl Baakhtari et al., 2018, Kolouch & Goetz, 2018). Zahraniční výzkumy zkoumající dopad kortikoterapie u IBD pacientů poukazují na sekundární negativní dopad na průběh nemoci (Vermeire et al., 2007) a zvýšení míry úzkosti či deprese (např. Brooks et al., 2016; Nowakowski et al., 2016; Timmer et al., 2011; Navabi et al., 2018, atd.).

Překvapivým zjištěním v rámci realizovaného výzkumu bylo nenalezení rozdílu v míře deprese mezi jednotlivými typy onemocnění, které je v zahraniční literatuře hojně zmiňováno (např. Nahon et al., 2012; Mikocka-Walus et al., 2016; Neuendorf et al., 2016; Rubin et al., 2004; Geiss et al., 2018). Některé výzkumy však poukazují, že pokud dojde ke kontrole vlivu aktivity nemoci a demografických proměnných jako je pohlaví a věk, neexistuje rozdíl v míře deprese, úzkosti ani celkové kvalitě života spojené se zdravím mezi CN a UK. Dochází tak k závěru, že zásadní rozdíl ve výzkumech je pravděpodobně způsoben aktivitou nemoci, a nikoliv typem nemoci (Guthrie et al., 2002; Zhang et al., 2013; de Boer et al., 1998). Obdobné výsledky nachází i novější výzkum zabývající se výskytem psychiatrických onemocnění u IBD pacientů, kde autoři nenacházejí rozdíl ve výskytu úzkosti a deprese mezi oběma onemocněními (Bernstein et al., 2019).

Výzkum neobjevil vztah mezi mírou deprese a úzkosti a nutností podstoupit chirurgický zákrok, který zmiňuje řada zahraničních výzkumů (např. Navabi et al., 2018; Ananthakrishnan et al., 2013; Zangenberga & El-Hussuna, 2017). Zde je nutno rozlišit o jaký typ chirurgického zákroku jde, protože preventivní a včasný chirurgický zákrok naopak zlepšuje klinické projevy, kvalitu života a snižuje morbiditu (Lukáš, 1999; Kala et al., 2014). Ve výzkumném souboru navíc bylo 35 % pacientů po prodělaném chirurgickém zákroku.

Výzkum má určité limitace, které je zapotřebí zmínit. Během měření míry deprese a úzkosti mohlo dojít ke zkreslení způsobené nadhodnocením některých otázek. Pacienti mohli zaměnit různé somatické projevy deprese a úzkosti s aktuálním stavem onemocnění. Samotný výběr pacientů do výzkumného souboru probíhal přes IBD centra poskytující léčbu pacientům a přes IBD podpůrnou skupinu, tudíž část výzkumu byla realizována prostřednictvím internetu. Zvolený typ výběru byl vybrán s ohledem na snahu zachytit co nejrozmanitější populaci IBD pacientů. Výzkumný soubor byl tvořen z většiny ženskými pacienty, a navíc většina pacientů podstupovala biologickou léčbu, takže se pravděpodobně jednalo o pacienty s komplikovanějším průběhem nemoci. Výrazné zastoupení žen může být zapříčiněno tím, že ženy se mnohem více zapojují do podpůrných skupin či ochotněji mluví o problémech spojených s nemocí. Větší zastoupení žen ve výzkumech zaměřených na IBD pacienty je specifikum, které se objevuje i v rámci zahraničních výzkumů (Mikocka-Walus et al., 2016). Obecně však lze říct, že se jedná o poměrně specifickou populaci IBD pacientů, tudíž nalezené výsledky nelze generalizovat na celou populaci IBD pacientů v České republice.

Psychické obtíže u IBD pacientů jsou častou součástí průběhů onemocnění. Symptomy deprese a úzkosti se objevují v různých fázích onemocnění a jsou navázány nejen na klinické aspekty. K nejběžnějším psychologickým komorbiditám u IBD pacientů patří deprese a úzkost. Deprese a úzkost může u IBD pacientů způsobit zintenzivnění symptomů, celkové zhoršení průběhu onemocnění či se podílet na relapsu onemocnění. Výzkum se zabýval právě popisem míry deprese a úzkosti u dospělých IBD pacientů v České republice. Výsledky ukázaly, že vzorek IBD pacientů ve výzkumu dosahoval mírného stupně deprese i úzkosti. Při zkoumání vztahů mezi depresí/úzkostí a vybranými klinickými a demografickými faktory se ukázalo, že aktivita nemoci je nejvýznamnějším prediktorem pro vyšší míru deprese i úzkosti. Z hlediska demografických faktorů byl věk spojen s mírou deprese, konkrétně se stoupajícím věkem klesala mírně míra deprese. Z klinických faktorů míru úzkosti negativně ovlivňovala léčba kortikosteroidy, avšak zde je zapotřebí přihlédnout k vedlejším účinkům léčby, které mohly být zaměněny za somatické symptomy úzkosti. Pacienti s IBD by měli být pravidelně screeningově sledováni na přítomnost psychických obtíží, především deprese a úzkosti, s cílem adekvátně reflektovat na aktuální psychický stav pacienta.

Zdroj financování

Tento článek vznikl v rámci projektu IGA_FF_2021_008– Psychologický výzkum ve vybraných oblastech pedagogické a klinické psychologie VI s grantovou podporou Univerzity Palackého v Olomouci.

Reference

- Alexakis, C., Kumar, S., Saxena, S., Hotopf, M., & Pollok, R. (2017). Editorial: Depression in the setting of inflammatory bowel disease means we have failed to provide early, effective, psychosocial care—authors' reply. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 46(5), 554–555. <https://doi.org/10.1111/apt.14223>
- Anisman, H., & Merali, Z. (2003). Cytokines, stress and depressive illness: Brain-immune interactions. *Annals Of Medicine*, 35(1), 2–11. <https://doi.org/10.1080/07853890310004075>
- Bardhoshi, G., Duncan, K., & Erford, B. T. (2016). Psychometric Meta-Analysis of the English Version of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Counseling & Development*, 94(3), 356–373. <https://doi.org/10.1002/jcad.12090>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Bernstein, C. N., Hitchon, C. A., Walld, R., Bolton, J. M., Sareen, J., Walker, J. R., Graff, L. A., Patten, S. B., Singer, A., Lix, L. M., El-Gabalawy, R., Katz, A., Fisk, J. D., & Marrie, R. A. (2019). Increased Burden of Psychiatric Disorders in Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 25(2), 360–368. <https://doi.org/10.1093/ibd/izy235>
- Byrne, G., Rosenfeld, G., Leung, Y., Qian, H., Raudzus, J., Nunez, C., & Bressler, B. (2017). Prevalence of Anxiety and Depression in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Canadian journal of gastroenterology & hepatology*, 6496727. <https://doi.org/10.1155/2017/6496727>

- Cole-King, A., & Harding, K. G. (2001). Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 216–220. <https://doi.org/10.1097/00006842-200103000-00004>
- de Souza, H. S. P., & Fiocchi, C. (2016). Immunopathogenesis of IBD: Current state of the art. *Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology*, 13(1), 13–27. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.186>
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment: Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101–2107. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101>
- Dušek, L., Benešová, K., Ngo, O., Májek, O., Mužík, J., Kubát, J., Blaha, M., Hejduk, K., Jarkovský, J., & Lukáš, M. (2019a). Díl III. – Epidemiologie idiopatických střevních zánětů v české populaci – časový vývoj a statistické predikce počtu pacientů. *Gastroenterologie a hepatologie*, 73(3), 257–264. <https://doi.org/10.14735/amgh2019257>
- Dušek, L., Ngo, O., Májek, O., Mužík, J., Kubát, J., Blaha, M., Jarkovský, J., & Lukáš, M. (2019b). Díl II. – Epidemiologie idiopatických střevních zánětů v české populaci: dostupné datové zdroje, prevalence léčených pacientů a celková mortalita. *Gastroenterologie a hepatologie*, 73(2), 163–166. <http://doi.org/10.14735/amgh2019163>
- Fuller-Thomson, E., Lateef, R., & Sulman, J. (2015). Robust Association Between Inflammatory Bowel Disease and Generalized Anxiety Disorder: Findings from a Nationally Representative Canadian Study. *Inflammatory Bowel Diseases*, 21(10), 2341–2348. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000518>
- Gonzalez, J. S., Peyrot, M., McCarl, L. A., Collins, E. M., Serpa, L., Mimiaga, M. J., & Safren, S. A. (2008). Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 31(12), 2398–2403. <https://doi.org/10.2337/dc08-1341>
- Gottfried, J. (2019). Beckova sebesposuzovací škála depresivity pro dospělé: Recenze metody. *TESTFÓRUM*, 7(12), 47–54. <https://doi.org/10.5817/TF2019-12-12451>
- Gottfried, J. (2019). České normativní skóry Beckovy škály depresivity: metaanalýza. *TESTFÓRUM*, 7(12), 30–46. <https://doi.org/10.5817/TF2019-12-12246>
- Gracie, D. J., Irvine, A. J., Sood, R., Mikocka-Walus, A., Hamlin, P. J., & Ford, A. C. (2017). Effect of psychological therapy on disease activity, psychological comorbidity, and quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 2(3), 189–199. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(16\)30206-0](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(16)30206-0)
- Guthrie, E., Jackson, J., Shaffer, J., Thompson, D., Tomenson, B., & Creed, F. (2002). Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 97(8), 1994–1999. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2002.05842.x>
- Jairath, V., & Feagan, B. G. (2020). Global burden of inflammatory bowel disease. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 5(1), 2–3. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30358-9](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30358-9)
- Kamarádová, D., Praško, J., Látalová, K., Panáčková, L., Švancara, J., Ocisková, M., Grambal, A., Sigmundová, Z., Jelenová, D., Kováčsová, A., Cakirpaloglu, S., Kasalová, P., Bareš, V., & Vrbová, K. (2016). Validizace České Verze Beckova Inventáře Úzkosti. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, 112(4), 153–158. Získáno z <http://www.cspsychiatr.cz/>
- Katon, W. J. (2003). Mood disorders and medical illness: Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54, 216–226. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00273-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00273-7)
- Keefer, L. (2017). Editorial: Depression in the setting of inflammatory bowel disease means we have failed to provide early, effective, psychosocial care. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 46(5), 553–554. <https://doi.org/10.1111/apt.14212>
- Lukáš, K. (1999). *Idiopatické střevní záněty* (2. vyd.). Triton.

- Lukáš, K., Dastych, M., Novotný, A., Prokopová, L., & Zbořil, V. (2012). Dlouhodobá udržovací léčba idiopatických střevních zánětů. *Časopis Lékařů Českých*, 151(5), 231–242. Získáno z www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych
- Marrie, R. A., Graff, L. A., Fisk, J. D., Patten, S. B., Bernstein, C. N., & the CIHR Team in Defining the Burden and Mitigating the Impact of Psychiatric Comorbidity in Immuno-inflammatory Disease (2021). The Relationship Between Symptoms of Depression and Anxiety and Disease Activity in IBD Over Time. *Inflammatory Bowel Diseases*, 27(8), 1 285–1 293. <https://doi.org/10.1093/ibd/izaa349>
- Mikocka-Walus, A., Knowles, S. R., Keefer, L., & Graff, L. (2016). Controversies Revisited: A Systematic Review of the Comorbidity of Depression and Anxiety with Inflammatory Bowel Diseases. *Inflammatory Bowel Diseases*, 22(3), 752–762. <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000620>
- Mittermaier, C., Dejaco, C., Waldhoer, T., Oefflerbauer-Ernst, A., Miehsler, W., Beier, M., Tillinger, W., Gangl, A., & Moser, G. (2004). Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: A prospective 18-month follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 66(1), 79–84. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000106907.24881.f2>
- Nahon, S., Lahmek, P., Durance, C., Olympie, A., Lesgourgues, B., Colombel, J.F., & Gendre, J. P. (2012). Risk factors of anxiety and depression in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 18(11), 2 086–2 091. <https://doi.org/10.1002/ibd.22888>
- Narula, N., Pinto-Sanchez, M. I., Calo, N. C., Ford, A. C., Bercik, P., Reinisch, W., & Moayyedi, P. (2019). Anxiety But Not Depression Predicts Poor Outcomes in Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 25(7), 1 255–1 261. <https://doi.org/10.1093/ibd/izy385>
- Navabi, S., Gorrepati, V. S., Yadav, S., Chintanaboina, J., Maher, S., Demuth, P., Stern, B., Stuart, A., Tinsley, A., Clarke, K., Williams, E. D., & Coates, M. D. (2018). Influences and Impact of Anxiety and Depression in the Setting of Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 24(11), 2 303–2 308. <https://doi.org/10.1093/ibd/izyl43>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.06.001>
- Ng, S. C., Shi, H. Y., Hamidi, N., Underwood, F. E., Tang, W., Benchimol, E. I., Panaccione, R., Ghosh, S., Wu, J. C. Y., Chan, F. K. L., Sung, J. J. Y., & Kaplan, G. G. (2017). Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: A systematic review of population-based studies. *The Lancet*, 390(10114), 2 769–2 778. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32448-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32448-0)
- Panara, A. J., Yarur, A. J., Rieders, B., Proksell, S., Deshpande, A. R., Abreu, M. T., & Sussman, D. A. (2014). The incidence and risk factors for developing depression after being diagnosed with inflammatory bowel disease: A cohort study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 39(8), 802–810. <https://doi.org/10.1111/apt.12669>
- Pike, J. L., & Irwin, M. R. (2006). Dissociation of inflammatory markers and natural killer cell activity in major depressive disorder. *Brain Behavior and Immunity*, 20, 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2005.05.004>
- Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). BDI-II. *Beckova sebespozuzovací škála pro dospělé*. Psychodiagnostika.
- Sceats, L. A., Dehghan, M. S., Rumer, K. K., Trickey, A., Morris, A. M., & Kin, C. (2020). Surgery, stomas, and anxiety and depression in inflammatory bowel disease: A retrospective cohort analysis of privately insured patients. *Colorectal Disease*, 22(5), 544–553. <https://doi.org/10.1111/codi.14905>
- van den Brink, G., Stapersma, L., Vlug, L. E., Rizopolous, D., Bodelier, A. G., van Wering, H., Hurkmans, P. C. W. M., Stuyt, R. J. L., Hendriks, D. M., van der Burg, J. a T., Utens, E. M. W. J., & Escher, J. C. (2018). Clinical disease activity is associated with anxiety and depressive symptoms in adolescents and young adults with inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 48(3), 358–369. <https://doi.org/10.1111/apt.14832>

- Vidal, A., Gómez-Gil, E., Sans, M., Portella, M. J., Salameró, M., Piqué, J. M., & Panés, J. (2008). Health-related quality of life in inflammatory bowel disease patients: The role of psychopathology and personality. *Inflammatory Bowel Diseases*, 14(7), 977–983. <https://doi.org/10.1002/ibd.20388>
- Luo, X., Mao, R., Chen, B., Qiu, Y., Zhang, S., He, Y., Chen, J., Zeng, Z., Ben-Horin, S., & Chen, M. (2017). Over-reaching beyond disease activity: The influence of anxiety and medical economic burden on health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Patient Preference & Adherence*, 11, 23–31. <https://doi.org/10.2147/PPA.S118589>
- Zhang, C. K., Hewett, J., Hemming, J., Grant, T., Zhao, H., Abraham, C., Oikonomou, I., Kanakia, M., Cho, J. H., & Proctor, D. D. (2013). The Influence of Depression on Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 19(8), 1732–1739. <https://doi.org/10.1097/MIB.0b013e318281f395>

Korespondenční autor: Michal Bártek, Katedra Psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Křížkovského 10, 779 00 Olomouc, Česká republika.
E-mail: michal.bartek01@upol.cz

Bártek, M., & Kupka, M. (2021) Míra deprese a úzkosti u pacientů s idiopatickými střevními záněty. *Psychologie a její kontexty*, 12(1), 75–87. <https://doi.org/10.15452/PsyX.2021.12.0005>