



## Ocena znaczenia wybranych czynników psychobiologicznych w powstawaniu i przebiegu zespołu jelita nadwrażliwego

*Assessment of the role of selected psychobiological factors in the onset and course of irritable bowel syndrome*

MAGDALENA AGNIESZKA WRZESIŃSKA, DARIUSZ SZCZĘSNY, JÓZEF KOCUR

Z Zakładu Rehabilitacji Psychospołecznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

### STRESZCZENIE

**Cel.** Ocena związku wybranych cech osobowości i sposobów funkcjonowania z powstawaniem i przebiegiem klinicznym zespołu jelita nadwrażliwego.

**Metody.** Badaniami objęto 25 pacjentów z rozpoznaniem zespołu jelita nadwrażliwego (8 mężczyzn i 17 kobiet). Wiek badanych mieścił się w przedziale od 20 do 70 lat (średnio 43,7). Analizie poddano takie cechy i dyspozycje, jak: stopień neurotyzmu, ekstrawersji, otwartość na doświadczenia, ugodowość i sumiennosc. Oceniono również nasilenie zachowań agresywnych wchodzących w skład „syndromu agresji” oraz określono najczęściej występujące wzory radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów z rozpoznaniem zespołu jelita nadwrażliwego. Wykorzystano Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae (Neo-Five Factor Inventory), Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji (IPSA) oraz kwestionariusz CISS (Coping Inventory for Stressful Situations).

**Wyniki.** Stylem radzenia sobie ze stresem najczęściej wybieranym przez chorych z zespołem jelita nadwrażliwego był styl skoncentrowany na zadaniu, następnie styl skoncentrowany na emocjach, najrzadziej styl preferujący unikanie. Zauważono także związek pomiędzy nasileniem zachowań agresywnych a wystąpieniem zespołu jelita nadwrażliwego. Ocena poziomu agresywności wykazała największe nasilenie agresji fizycznej, agresji słownej oraz agresji pośredniej, najniższe natomiast w samoagresji emocjonalnej, wskaźniku samoagresji oraz wskaźniku agresji ukrytej.

**Wnioski.** Stwierdzono: (1) niskie nasilenie neurotyzmu (wg NEO-FFI). (2) związek pomiędzy obecnością i nasileniem określonych zachowań agresywnych a rozpoznaniem zespołu jelita nadwrażliwego. (3) styl skoncentrowany na zadaniu – jako najczęściej wybierany przez pacjentów wzór radzenia sobie ze stresem (4) istotne różnice między kobietami a mężczyznami na skalach ugodowości i sumiennosci, oraz w odniesieniu do ogólnego poziomu i zakresu zachowań agresywnych.

### SUMMARY

**Objectives.** The aim of the study was to investigate the relationship of selected personality traits and ways of coping with the irritable bowel syndrome (IBS) onset and its clinical course.

**Methods.** Participants in the study were 25 patients diagnosed with the irritable bowel syndrome (8 males and 17 females aged 20 to 70 years, mean age 43.7). A number of personality traits and dispositions were measured using the Neo-Five Factor Inventory of personality by Costa and McCrae, such as neuroticism, extraversion, openness to new experiences, agreeableness, and conscientiousness. Moreover, the intensity of aggressive behaviours constituting the “aggression syndrome”, as well as the most frequent patterns of coping styles among the IBS patients were assessed by means of an Aggression Syndrome Psychological Inventory (Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji, IPSA) and the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS, by Enderl and Parker).

**Results.** Task-oriented coping was the style most frequently employed by the IBS patients, followed by emotion-oriented coping, while the avoidance-oriented coping style was used the least often. Aggressive behaviour intensity was found to be related to the IBS presence. Aggression intensity turned out to be the highest for physical aggression, followed by verbal and mixed aggression, while affective self-aggression, self-aggressiveness index and latent aggression indicator ranked as the lowest.

**Conclusions.** The main findings: (1) neuroticism severity (as measured by the NEO-FFI) was low, (2) both the presence and intensity of certain aggressive behaviours were related to the irritable bowel syndrome diagnosis, (3) task-oriented coping was the style most frequently reported by the IBS patients, (4) there were significant gender-related differences in the agreeableness and conscientiousness scores, as well as in the global level and extent of aggressive behaviours.

---

**Słowa kluczowe:** zespół jelita nadwrażliwego / osobowość / agresja / styl radzenie sobie ze stresem

**Key words:** irritable bowel syndrome / personality / aggression / coping style

---

Zespół jelita nadwrażliwego (*irritable bowel syndrome*) charakteryzuje się poczuciem dyskomfortu lub bólami w obrębie jamy brzusznej oraz zaburzeniami funkcji motorycznej jelit [1, 2]. Częstość występowania tej choroby w populacji generalnej wynosi 15–20%, a wśród chorych dominują kobiety [2, 3, 4]. W Polsce zespół jelita nadwrażliwego stanowi od 30% do 50% zgłoszeń do poradni gastrologicznych i ma

ogromny wpływ na funkcjonowanie nie tylko indywidualne chorego, ale również na ekonomiczne wskaźniki służby zdrowia i państwa, co związane jest przede wszystkim z wysokimi bezpośrednimi kosztami diagnozy i leczenia oraz z trzykrotnie większą absencją zawodową tych osób [3, 5, 6]. Etiologia zespołu jelita nadwrażliwego nie została jeszcze dokładnie poznana [7]. Przypuszcza się, że istotną rolę

w jego powstawaniu pełnią m.in. błędy dietetyczne, nietolerancja pokarmów, zakażenia oraz niektóre czynniki psychologiczne [1, 4].

Obecnie w podejściu do problemów związanych z diagnostyką i leczeniem zespołu jelita nadwrażliwego proponuje się model biopsychospołeczny, który, oprócz biologicznych, zwraca szczególną uwagę na znaczenie czynników psychologicznych i społecznych.

Do zasobów psychologicznych zalicza się m.in. wymiar poczucia siły, mobilizację emocjonalną oraz autoekspresję. Na wymiar poczucia siły składa się m.in.: świadomość kontaktu z innymi ludźmi, wsparcia i zrozumienia oraz pozytywna samoocena i altruizm. Czynniki warunkujące wymiar emocjonalnej mobilizacji, to: nadzieja i optymizm, humor oraz pozytywne nastawienie do życia. Autoekspresja natomiast uwarunkowana jest możliwością odreagowania negatywnych emocji oraz dzielenia się własnymi troskami i problemami (otwartość) [8]. Wśród czynników społecznych wymienia się m.in. zmienne społeczne i kulturowe, wydarzenia życiowe, praca i miejsce zamieszkania [9].

Przyjmuje się, że mechanizmem pośredniczącym w etiopatogenezie chorób psychosomatycznych oraz zachowującym wpływ na zachowanie chorego, jak i przebieg leczenia jest stres [10, 11].

Radzenie sobie ze stresem jest mechanizmem obronnym i definiowany jest jako charakterystyczny dla określonej jednostki zbiór strategii lub zasobów, które uruchamiane są w procesie radzenia sobie z konkretną sytuacją stresową. Najczęściej wymienianymi odpowiedziami na stres są: skoncentrowanie na problemie, unikanie oraz strategia polegająca na koncentrowaniu się na własnych emocjach [12]. W procesie radzenia sobie ze stresem odgrywają rolę różne determinanty, a wśród nich zasoby osobowościowe.

Osoby, u których obserwuje się tzw. osobowość odporną (*hardy personality*) postrzegają stresory jako wyzwanie i charakteryzują się wysokim stopniem zaangażowania i przekonaniem o wpływie na wydarzenia życiowe [13]. Niekorzystny wpływ wywierają natomiast takie cechy osobowościowe, jak np.: silna potrzeba osiągnięć, agresywność, tłumienie emocji, tendencja do dominacji lub obniżonego nastroju [14, 15]. Należy zwrócić uwagę, że przewlekły stan chorobowy może być również przyczyną negatywnych emocji. Choroba upośledza, uniemożliwia niejednokrotnie realizację celów zawodowych, życiowych oraz pełnienie określonych ról społecznych. Najczęściej wymieniane negatywne emocje związane ze stanem chorobowym to: strach, lęk, niepokój, gniew, złość, poczucie winy i wstydu, przygnębienie, apatia, smutek, żal itp. [16].

## CEL PRACY

Głównym celem pracy była ocena związku wybranych cech osobowości i sposobów funkcjonowania z powstawaniem i przebiegiem klinicznym zespołu jelita nadwrażliwego. Ocenie poddano takie cechy osobowości, jak: poziom neurotyzmu, ekstrawersji, otwartość na doświadczenia, ugodowość i sumienność. Analizie poddano także obecność i nasilenie syndromu agresji oraz najczęściej występujące wzory radzenia sobie ze stresem. Przed rozpoczęciem badań przyjęto następujące założenia:

1. Dominującą cechą osobowości wśród pacjentów z rozpoznaniem zespołem jelita nadwrażliwego jest neurotyzm.
2. Istnieje związek pomiędzy poziomem zachowań agresywnych a rozpoznaniem zespołu jelita nadwrażliwego.
3. Styl skoncentrowany na zadaniu to najczęściej wybierany styl radzenia sobie ze stresem u osób z rozpoznaniem zespołem jelita nadwrażliwego.

## BADANI PACJENCI

Badaniami została objęta grupa 25 chorych, obojga płci (8 mężczyzn i 17 kobiet), hospitalizowanych w Klinice Gastroenterologii Szpitala Klinicznego Nr 5 UM w Łodzi, u których rozpoznawano zespół jelita nadwrażliwego. Stosunkowo mała liczebność badanej grupy spowodowana była przede wszystkim dostępnością osób z tym zaburzeniem (badanie prowadzono na terenie jednej kliniki). Wiek badanych mieścił się w przedziale od 20 do 70 lat (średnio 43,7). Zgodę na przeprowadzenie badań zgodnie z przyjętą metodyką wyraziła Komisja Bioetyki UM w Łodzi. Każdy z chorych wyraził świadomą zgodę na dobrowolny udział w badaniach.

## METODY

W badaniach wykorzystano polską wersję Inwentarza Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae (*Neo-Five Factor Inventory*) [17], który służy do oceny nasilenia pięciu podstawowych wymiarów osobowości: neurotyczności, ekstrawersji, otwartości na doświadczenia, ugodowości i sumienności. Drugim narzędziem badawczym był Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji – IPSA [18], umożliwiający obliczenie ogólnego poziomu agresji, jej kierunku oraz nasilenia poszczególnych kategorii zachowań wchodzących w skład tzw. „syndromu agresji”. Inwentarz składa się z 10 skal służących do oceny poziomu określonych przejawów (kategorii) zachowań agresywnych oraz szeregu wskaźników (poniżej).

### Kategorie zachowań agresywnych:

- I. samoagresja emocjonalna,
- II. samoagresja fizyczna,
- III. wrogość wobec otoczenia,
- IV. nieuświadomione skłonności agresywne,
- V. agresja przemieszczona,
- VI. agresja pośrednia,
- VII. agresja słowna,
- VIII. agresja fizyczna,

K – kontrola zachowań agresywnych,  
O – skłonność do działań odwetowych.

### Wskaźniki:

- S – wskaźnik samoagresji (I + II),  
U – wskaźnik agresji ukrytej (III + IV),  
Z – wskaźnik agresji skierowanej na zewnątrz (V + VI + VII + VIII),  
WO – ogólny poziom nasilenia agresji (I + ...VIII + O-K + 22).

W badaniach posłużono się także polską wersją kwestionariusza CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*) [19], służącego do oceny najczęściej wybieranego stylu radzenia sobie ze stresem. Kwestionariusz umożliwia ocenę stopnia nasilenia tendencji badanej osoby do wyboru: stylu skoncentrowanego na zadaniu (SR-Z), na emocjach (SR-E) lub na unikaniu (SR-U). Dodatkowo skala stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na unikaniu może stanowić podstawę do oceny poziomu dwóch podskal: „angażowanie się w czynności zastępcze (CZ)” oraz „poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PT)”.

W analizie statystycznej ze względu na stosunkowo małą liczebność badanej grupy zastosowano niezależny od rozkładu i liczebności test nieparametryczny (test U Manna-Whitneya), który te braki rekompensuje. W przypadku kwestionariuszy: Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae oraz Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji – IPSA, nasilenia poszczególnych cech oceniono również w skali stenowej.

## WYNIKI

### Kwestionariusz NEO-FFI

Na podstawie analizy wyników znormalizowanych (stenowych) zauważa się w badanej grupie najwyższe wskaźniki w zakresie ugodowości i sumienności, natomiast najniższe – w skali neurotyczności. Wśród mężczyzn obserwuje się najwyższe nasilenie cech w skali otwartości na doświadczenia, ekstrawersja i neurotyczność. W grupie badanych kobiet najwyższe nasilenie cech obserwuje się w skali ugodowości i sumienności, a najniższe w skali neurotyczności (rys. 1).

Pogłębiona analiza statystyczna pozwala na zaobserwowanie różnic istotnych statystycznie pomiędzy kobietami a mężczyznami w rozkładzie uzyskanych danych w skali: ugodowości i sumienności. W stosunku do obu cech wyższe wyniki uzyskały kobiety. W pozostałych skalach: neuro-

Tablica 1. Średnie wyniki uzyskane przez badanych pacjentów z rozpoznaniem zespołem jelita nadwrażliwego w badaniach kwestionariuszem NEO-FFI

Skala osobowości	Średni wynik surowy		p
	kobiety	mężczyźni	
Neurotyczność	17,29	20,87	n.i.
Ekstrawersja	29,41	24,25	n.i.
Otwartość na doświadczenia	28,17	28,37	n.i.
Ugodowość	36,76	27,87	<0,05
Sumiennność	38,47	29,12	<0,05

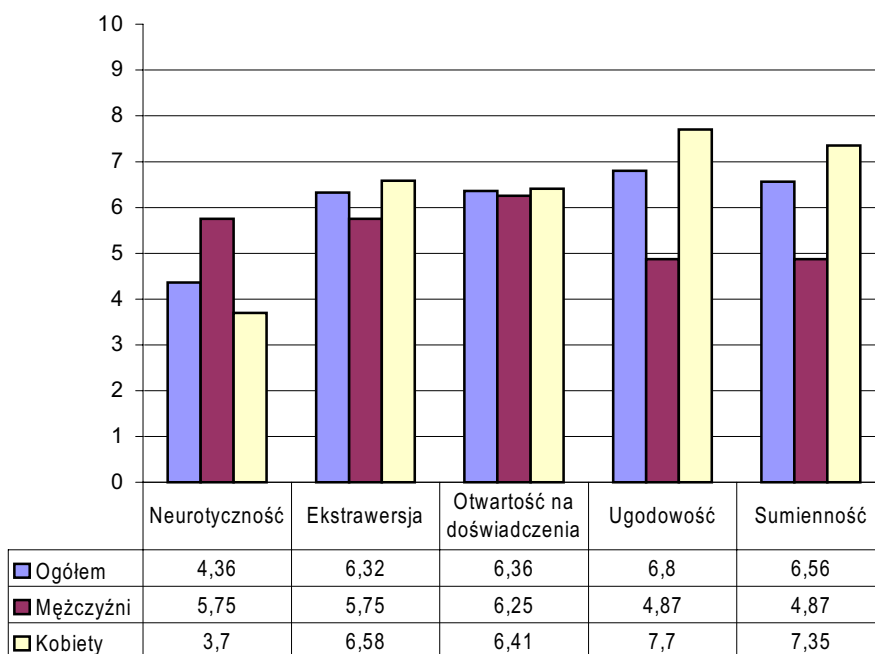
p – istotność; n.i. – nieistotne statystycznie

tyczność, ekstrawersja i sumiennność, nie zauważa się pomiędzy badanymi kobietami a mężczyznami istotnie statystycznie różnic (tabl. 1).

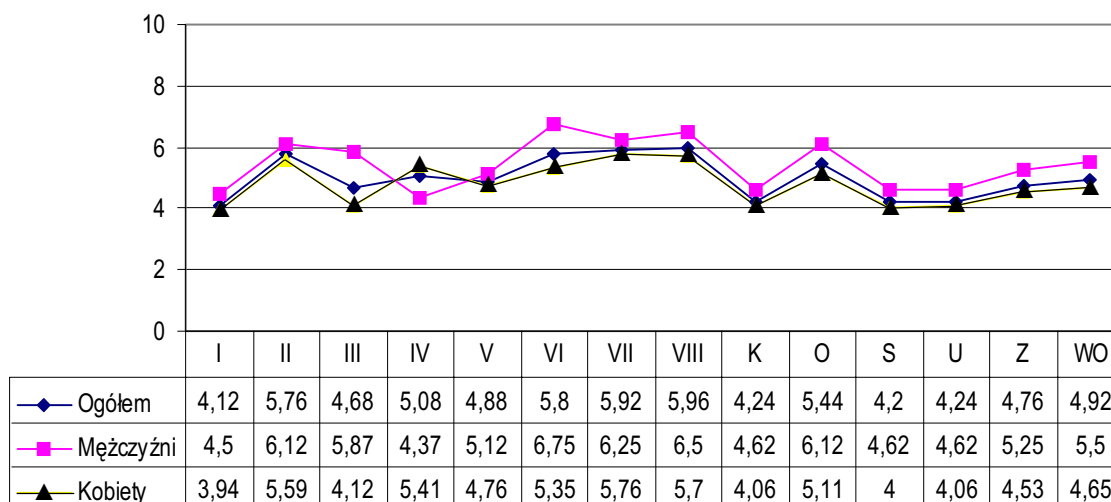
### Kwestionariusz IPSA

W badanej populacji w zakresie wszystkich mierzonych zachowań agresywnych największe nasilenie zaobserwowano w stosunku do: agresji fizycznej, agresji słownej oraz agresji pośredniej. Badaną populację charakteryzuje najniższe nasilenie samoagresji emocjonalnej oraz wskaźników: samoagresji i agresji ukrytej. Powyższe spostrzeżenie dotyczy również poziomu wskaźnika samoagresji oraz wskaźnika agresji ukrytej. Biorąc pod uwagę wyniki znormalizowane w prawie wszystkich skalach obserwuje się wśród mężczyzn wyższe nasilenie poszczególnych zachowań agresywnych (w stosunku do kobiet), z wyjątkiem skali nieświadomione skłonności agresywne, w której to kobiety uzyskały wyższy wynik znormalizowany (rys. 2).

Analiza statystyczna wyników upoważnia jednak do stwierdzenia, że pomiędzy kobietami a mężczyznami w zakresie takich cech, jak: wrogość wobec otoczenia, agresja pośrednia, skłonność do działań odwetowych, wskaźnik agresji ukrytej, wskaźnik agresji skierowanej na zewnątrz



Rysunek 1. Analiza nasilenia poszczególnych cech osobowości wśród pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego (wyniki znormalizowane)



Rysunek 2. Analiza nasilenia agresji u osób z rozpoznaniem zespołu jelita nadwrażliwego (wyniki znormalizowane)

oraz ogólny poziom nasilenia agresji istnieje statystycznie istotna różnica (tabl. 2).

Tablica 2. Średnie wyniki uzyskane przez badanych pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego kwestionariuszem IPSA

Kategorie zachowań agresywnych	Średni wynik surowy		p
	kobiety	mężczyźni	
Samoagresja emocjonalna	3,76	3,25	n.i.
Samoagresja fizyczna	0,76	1,62	n.i.
Wrogość wobec otoczenia	2,35	6,25	<0,05
Nieświadomione skłonności agresywne	2,35	4,12	n.i.
Agresja przemieszczona	1,52	3,87	n.i.
Agresja pośrednia	0,88	4,62	<0,05
Agresja słowna	6,12	7,75	n.i.
Agresja fizyczna	0,76	3,50	n.i.
Kontrola zachowań agresywnych	9,47	11,50	n.i.
Skłonność do działań odwetowych	4,82	10,57	<0,05
Wskaźniki samoagresji	4,59	5,12	n.i.
Wskaźnik agresji ukrytej	4,70	9,00	<0,05
Wskaźnik agresji skierowanej na zewnątrz	10,62	21,87	<0,05
Ogólny poziom nasilenia agresji	35,88	55,75	<0,05

p – istotność; n.i. – nieistotne statystycznie

### Wyniki badań kwestionariuszem CIIS

Zarówno w grupie badanych mężczyzn i kobiet najczęściej wybieranym przez nich stylem radzenia sobie ze stresem jest styl skoncentrowany na zadaniu. Kolejnym stylem, który preferuje badana populacja, jest styl skoncentrowany na emocjach, natomiast najrzadziej wybierany przez badanych jest styl skoncentrowany na unikaniu (rys. 3).

Zauważa się różnice pomiędzy mężczyznami a kobietami w wynikach uzyskanych w podskalach wchodzących w skład stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na unikaniu. Mężczyźni uzyskali wyższe wyniki niż kobiety w podskali angażowanie się w czynności zastępcze, natomiast kobiety uzyskały wyższe wyniki w porównaniu z mężczyznami w podskali poszukiwanie kontaktów towa-

rzyskich. Mimo, iż opisane powyżej różnice nie osiągnęły poziomu statystycznie istotnego postawić można hipotezę o istnieniu takich tendencji (tabl. 3).

Tablica 3. Średnie wyniki uzyskane przez badanych pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego kwestionariuszem CISS

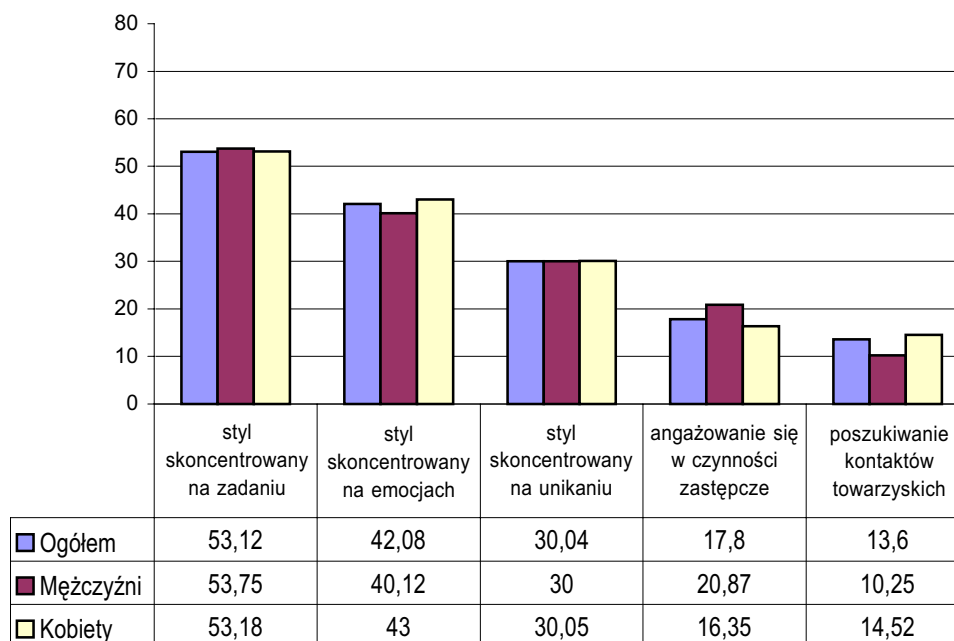
Styl radzenia ze stresem	Średni wynik surowy		p
	kobiety	mężczyźni	
Skoncentrowany na zadaniu	53,18	53,75	n.i.
Skoncentrowany na emocjach	43,00	40,12	n.i.
Skoncentrowany na unikaniu	30,05	30,00	n.i.
Angażowanie się w czynności zastępcze	16,35	20,87	n.i.
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	14,52	10,25	n.i.

p – istotność; n.i. – nieistotne statystycznie

### OMÓWIENIE

Analizie poddano pięć głównych cech osobowości, wchodzących w skład pięcioczynnikowego modelu osobowości (*PMO – Big Five*): neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenia, ugodowość i sumiennosc. Model osobowości Costy i McCrea różni się od standardowego ujęcia osobowości, na który składa się neurotyczność, ekstrawersja i psychotyczność [20]. Costy i McCrea definiują neurotyczność jako podatność na przeżywanie negatywnych emocji, takich jak: strach, zmieszanie, niezadowolenie, gniew, poczucie winy, czy wrażliwość na stres psychologiczny. Omawiana cecha składa się z sześciu czynników: lęk, agresywna wrogość, depresyjność, impulsywność, nadwrażliwość, nadmierny samokrytycyzm [17].

W ogólnej populacji spośród badanych cech najmniej kształtuje się poziom neurotyzmu. Uzyskane wyniki różnią się od innych danych z literatury, które mówią, że neurotyzm jest jedną z cech, które predysponują do zespołu jelita nadwrażliwego [7]. Pomimo, iż na poziomie tej cechy pomiędzy kobietami a mężczyznami nie zauważa się statystycznie istotnej różnicy, to na podstawie uzyskanych wyników można przypuszczać, że badani mężczyźni wykazują



Rysunek 3. Wyniki uzyskane w poszczególnych skalach stylów radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego (wyniki surowe)

większą tendencję niż badane kobiety do przejawiania takich stanów emocjonalnych jak: lęk, depresja, złość, pogarda, negatywne nastawienia. Pomiedzy kobietami a mężczyznami zauważa się jednak istotnie statystycznie różnice w skalach ugodowości i sumienności. W obu skalach kobiety uzyskały wynik wyższy niż mężczyźni. Wysokie wyniki w skali ugodowości mogą sugerować, że kobiety z rozpoznaniem zespołu jelita nadwrażliwego charakteryzuje: prostolinijność, zaufanie, altruizm, uległość, skromność. Natomiast wysokie wyniki uzyskane przez kobiety w skali sumienności mogą świadczyć o takich cechach jak: kompetencja, skłonność do porządku, obowiązkowość, rozwaga, dążenie do osiągnięć [17, 21].

Kolejnym czynnikiem, który poddano analizie był syndrom agresji, definiowany przez autorów wykorzystanej metody badawczej, jako „zespół przeżyć, postaw i zachowań, których celem lub skutkiem (zamierzonym lub nie zamierzonym) jest wyrządzenie krzywdy (bezpośrednio lub pośrednio) innej osobie lub sobie samemu” [18, 22].

Największe nasilenie agresji w ogólnej populacji obserwuje się w skalach: agresja fizyczna, agresja słowna oraz agresja pośrednia. Na tej podstawie można przypuszczać, że osoby z zespołem jelita nadwrażliwego wykazują tendencję do podejmowania działań o charakterze przemocy fizycznej [18]. Charakterystyczny dla badanej grupy wysoki wynik agresji słownej przejawia się m.in. poprzez wybuchy gniewu, wyzwiska, osądzanie, obarczanie, wypominanie, odwracanie uwagi itp. [18, 23]. Natomiast wysokie wyniki uzyskane w skali agresji pośredniej mogą sugerować, że pacjenci ci atakują inne osoby na drodze ośmieszania, plotkowania, skarżenia, czy wyśmiewania.

Populacja badanych mężczyzn uzyskała w prawie wszystkich skalach agresji wyższe wyniki niż badane kobiety; wyjątek stanowi skala nieświadomych skłonności agresywnych (biorąc pod uwagę wyniki znormalizowane). Uzyskane dane potwierdzają jedną z teorii agresji,

mówiącej o tym, że mężczyźni częściej niż kobiety wykazują skłonność do różnych form agresji [24]. Kobiety częściej wykorzystują agresję w celu wyładowania złości, natomiast mężczyźni wykorzystują ją, jako środek do podporządkowania innych ludzi.

Przyjmuje się również, że jedną z przyczyn zachowań agresywnych jest stres [25], a objawy psychosomatyczne w zespole jelita nadwrażliwego związane są z wcześniejszymi stresującymi sytuacjami i zdarzeniami [26].

Przed destruktywnym działaniem stresu chronią mechanizmy obronne i specyficzne procesy radzenia sobie ze stresem, które warunkowane są przez czynniki psychobiologiczne oraz czynniki zewnętrzne. Istnieje kilka sposobów odpowiedzi na sytuacje stresowe: może to być styl skoncentrowany na zadaniu, który dąży do zmniejszenia lub całkowitego usunięcia źródła stresu, styl skoncentrowany na emocjach ukierunkowany na opanowanie reakcji, które towarzyszą pojawieniu się danego stresora, czy też styl skoncentrowany na unikaniu, polegający na wypieraniu, zapominaniu oraz unikaniu informacji dotyczącej stresorów [13, 19, 27].

Najczęściej wybieranym stylem radzenia sobie ze stresem przez badanych pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego był styl skoncentrowany na zadaniu; rzadziej – styl skoncentrowany na emocjach. Styl skoncentrowany na unikaniu był wybierany sporadycznie. Na tej podstawie można przypuszczać, że badani pacjenci wykazują tendencje do koncentrowania się na problemie, będącym źródłem stresu i dążą do jego rozwiązania oraz jednocześnie wykazują znikomą uświadomione przeżywanie emocji.

Wyniki licznych badań wskazują również, że u pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego obserwuje się wysoki poziom lęku i niektórzy autorzy sugerują, że jest to czynnik, który może dodatkowo motywować do koncentrowania na swoich problemach zdrowotnych, szukania pomocy lekarskiej oraz innych alternatywnych i niekonwencjonalnych

rozwiązań [7, 28, 29]. Pomimo braku istotnie statystycznie różnic pomiędzy badanymi kobietami a mężczyznami, na podstawie wyników uzyskanych przez mężczyzn w podskalach „angażowanie się w czynności zastępcze” możemy postawić hipotezę, że badani mężczyźni w sytuacjach stresowych częściej wykazują skłonności do wystrzegania się myślenia o czynnościach zastępczych, przeżywania, czy doświadczania problemu, np.: oglądania telewizji, objadania się ulubioną potrawą, sen itp. Wyższe wyniki uzyskane natomiast przez badane kobiety w podskali „poszukiwanie kontaktów towarzyskich”, mogą świadczyć, że kobiety z rozpoznaniem zespołu jelita nadwrażliwego częściej niż mężczyźni w sytuacjach stresowych spędzają czas z bliskimi osobami, odwiedzają przyjaciół, rozmawiają z osobami, których rady sobie cenią [11].

## WNIOSKI

1. W badanej grupie chorych z rozpoznaniem zespołu jelita nadwrażliwego stwierdzono niskie nasilenie neurotyzmu, mierzonego kwestionariuszem NEO-FFI.
2. Istnieje związek pomiędzy obecnością i nasileniem określonych zachowań agresywnych a rozpoznaniem zespołu jelita nadwrażliwego. Najwyższe nasilenie agresji obserwuje się w zakresie agresji fizycznej, agresji słownej oraz agresji pośredniej, najniższe w zakresie samoagresji emocjonalnej, samoagresji oraz agresji ukrytej.
3. Najczęściej wybierany wzór radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów z rozpoznaniem zespołem jelita nadwrażliwego to styl skoncentrowany na zadaniu.
4. Istotne statystycznie różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami zauważa się w skali ugodowości i sumienności, w ogólnym poziomie zachowań agresywnych i w zakresie zachowań agresywnych. Kobiety uzyskują wyższe wyniki w zakresie ugodowości i sumienności. Mężczyźni natomiast uzyskują wyższe wyniki w ogólnym poziomie nasilenia agresji, wrogości wobec otoczenia, agresji pośredniej, skłonności do działań odwetowych oraz tendencji do działań o charakterze agresji ukrytej i agresji skierowanej na zewnątrz.

## PIŚMIENNICTWO

1. Axford J, red. Choroby wewnętrzne. Wrocław: Urban & Partner; 1999.
2. Thompson WG, Longstherth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Müller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45: 43–7.
3. Camilleri M. Management of the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2001; 120 (3): 652–68.
4. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123: 2108–31.
5. Ziółkowski B, Muszyński J. Zespół jelita drażliwego. W: Karnafel W, Muszyński J, red. *Gastroenterologia – wybrane zagadnienia*. Warszawa: Akademia Medyczna w Warszawie; 1999: 159–66.
6. Mulak A, Paradowski L. Therapy for irritable bowel syndrome – present possibilities and new perspectives. *Gastroenterologia Polska* 2004; 11 (6): 521–7.
7. Talley NJ, Boyce PM, Jones M. Is the association between irritable bowel syndrome and abuse explained by neuroticism? A population study. *Gut* 1998; 42: 47–53.
8. Motyka M. Zasoby osobiste determinujące zdrowie. *Sztuka Leczenia* 2003; 9 (3–4): 41–6.
9. Przewoźniak L. Społeczne przyczyny chorób. W: Czupryna A, Poździej S, Ryś A, Włodarczyk C, red. *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*. Tom 1. Kraków: Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”; 2000: 99–125.
10. Ogińska-Bulik N. Rola stresu w etiopatogenezie chorób. *Zeszyty Naukowe WSHE w Łodzi* 2001; 2 (15): 7–25.
11. Makowska H, Poprawa R. Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: Dolińska-Zygmunt G, red. *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego; 1996: 69–100.
12. Haszen-Niejodek I. Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. W: Haszen-Niejodek I, Ratajczak Z, red. *Człowiek w sytuacji stresu*. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego; 2000: 12–43.
13. Sheridan ChL, Radmacher SA. *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 1998.
14. Wrześniński K. *Psychologiczne problemy chorych z zawalem serca*. Warszawa: PZWL; 1986.
15. Dolińska-Zygmunt G. Psychologiczne uwarunkowania podatności na choroby. W: Dolińska-Zygmunt G, red. *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego; 1996: 137–57.
16. Haszen-Niejodek I. Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: Strelau J, red. *Psychologia*. Tom 3. Gdańsk: Gdańskie Wyd. Psychologiczne; 2000: 513–31.
17. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, Śliwińska M. Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1998.
18. Goluch R. Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji IPSA. W: Dębski W, red. *Profilaktyka psychologiczna w wojsku – materiały pomocnicze*. Warszawa: Ministerstwo Obrony Narodowej, Departament Społeczno-Wychowawczy; 1998: 7–46.
19. Kolorczuk T. Wybrane problemy pomiaru stylów radzenia sobie ze stresem. W: Dębski W, red. *Profilaktyka psychologiczna w wojsku – materiały pomocnicze*. Warszawa: Ministerstwo Obrony Narodowej, Departament Społeczno-Wychowawczy; 1998: 66–78.
20. Strelau J. *Psychologia temperamentu*. Warszawa: PWN; 2000.
21. Pervin LA. *Psychologia osobowości*. Gdańsk: Gdańskie Wyd. Psychologiczne; 2002.
22. Gaś ZB. Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji. *Przeegl. Psychol* 1988; 23 (1): 143–54.
23. Evans P. Toksyczne słowa – słowna agresja w związkach. Warszawa: Jacek Santorski & Co; 1992.
24. Buss DM. *Psychologia ewolucyjna*. Gdańsk: Gdańskie Wyd. Psychologiczne; 2001.
25. Makowska H, Poprawa R. Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: Dolińska-Zygmunt G, red. *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego; 1996: 67–100.
26. Bennett EJ, Tennant CC, Piesse C, Badcock C-A, Kellow JE. Level of chronic life stress predicts clinical outcome in irritable bowel syndrome. *Gut* 1998; 43: 256–61.
27. Salmon P. *Psychologia w medycynie*. Gdańsk: Gdańskie Wyd. Psychologiczne; 2002.
28. Drossman DA, McKee DC, Sandler RS, Mitchell CM, Cramer EM, Lowman BC, Burger AL. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. A multivariate study of patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1988; 95: 701–8.
29. Olden KW. Diagnosis of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 122: 1701–14.