

А.С. Свінцицький¹, К.М. Ревенок¹,
С.О. Маляров², І.В. Корендович¹

¹Національний
медичний університет
ім. О.О. Богомольця, м. Київ

²ТОВ «Капітал» Універсальна
клініка «Оберіг», м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТІСНОЇ РЕАКЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ: РАНДОМІЗОВАНЕ ДВОЦЕНТРОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Резюме

У роботі нами було вивчено особливості особистості пацієнтів із функціональною диспепсією (ФД) з позиції концепції «акцентуованих особистостей» Карла Леонгарда. Дані нашого дослідження підтверджують положення про схильність деяких типів особистостей до функціональних розладів. Хоча говорити про якийсь певний профіль особистості, специфічний лише для ФД, не можна. Також не виявлено статистично значимих відмінностей між показниками акцентуації особистості у хворих із різними клінічними варіантами ФД.

Ключові слова

Функціональна диспепсія, постпрандіальний дистрес-синдром, епігастральний больовий синдром, акцентуації особистості.

«Не може бути психічної медицини, що стосується лише психіки, соматичної медицини, що стосується лише тіла, або психосоматичної медицини, що стосується в деяких випадках того та іншого. Існує лише один вид медицини, і вся вона психосоматична».

Е. Берн

У статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я термін «здоров'я» визначається як стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних дефектів. Це визначення виходить за рамки традиційної біомедичної парадигми, згідно з якою тіло, розум і суспільство є окремими категоріями, і відображає більш цілісне розуміння здоров'я – біопсихосоціальне [1]. Психічне здоров'я – це стан благополуччя, в якому людина реалізує свої здібності, може протистояти звичайним життєвим стресам, продуктивно працювати і робити внесок до суспільної діяльності. У цьому позитивному сенсі психічне здоров'я є основою добробуту людини та ефективного функціонування суспільства. Рівень психічного здоров'я людини визначається численними соціальними, психологічними і біологічними чинниками. До інших чинників, що впливають на здоров'я, відносяться швидкі соціальні зміни, стресові умови праці, гендерна дискримінація, соціальне відчуження, нездоровий спосіб

життя, ризики насильства і фізичного нездоров'я. Існують також особливі психологічні та особистісні чинники, через які люди стають вразливими до захворювань [6].

Результатом комплексної незбалансованої дії надмірних біологічних, психологічних і соціальних подразників на шлунково-кишковий тракт (ШКТ) за наявності генетичної схильності є так звані «функціональні розлади» (ФР). Разом із такими органічними захворюваннями ШКТ, як запально-виразкові ураження, вищезгадані стани проявляються множинними симптомами: болем, нудотою, блюванням, здуттям живота, діареєю, закрепом або утрудненням проходження їжі чи фекалій та менше піддаються поясненню і ефективному лікуванню [10]. ФР займають проміжне положення між здоров'ям та хворобою [4]. Симптоми ФР ШКТ – це комбінація з декількох відомих фізіологічних детермінант: збільшення моторної реактивності, зміни вісцеральної гіперчутливості, порушення імунної та запальної функцій слизової оболонки (включаючи зміни бактеріальної флори), а також зміни в регулюванні між центральною нервовою системою (ЦНС) та ентеральною нервовою системою (ЕНС) (під впливом психологічних і соціально-культурних чинників) [10]. У пацієнтів із ФР ШКТ частота психічного, емоційного та сексуального насильства за даними центрів ЄС та США становить від 30% до 56%, що значно вище, ніж у контрольної здорової групи. Ранній

життєвий досвід, виснажливе навчання, постійні стреси в дорослому віці, певне культурне середовище, соціальний досвід – все це впливає на психологічне сприйняття та реакції індивідуума [11, 12, 14, 16]. Епідеміологічні дані свідчать, що частота ФР ШКТ однакова у східній та центральній частинах Європи та США, із дещо меншою поширеністю в Азіатському регіоні [7]. Оскільки ФР не вписуються в рамки біомедичної конструкції, це призводить до проведення непотрібних і високоартісних діагностичних процедур. З точки зору біопсихосоціального підходу [9], розвиток захворювання є результатом не однієї причини, а одночасної системної взаємодії на клітинному, тканинному, організмовому, міжособистісному та екологічному рівнях. Невирішений життєвий стрес, велика особистісна катастрофічна подія, напруга в повсякденному житті можуть впливати на індивідуума декількома шляхами:

- психофізіологічно (наприклад, зміна рухливості, кровотоку, секреції або тілесних відчуттів, тим самим посилюючи симптоми);
- збільшенням настороженості до симптомів (так звана соматична або вісцеральна тривога);
- розладом адаптації;
- збільшенням звернень до установ охорони здоров'я.

Хоча наукові докази таких причинних чинників розвитку ФР є переконливими, сучасні знання є недостатніми, щоб довести причинно-наслідковий зв'язок [8, 13, 15].

У 1968 році німецький психіатр Карл Леонгард ввів термін «акцентуація». Акцентуації – це, по суті, ті ж індивідуальні риси, але які мають тенденцією до переходу в патологічний стан. Проте особистості, що позначаються, як акцентуовані, не є патологічними. Не завжди легко провести чітку межу між рисами, що формують акцентуовану особистість, і рисами, що визначають варіацію індивідуальності людини. Коливання тут спостерігаються як у позитивному, так і в негативному напрямках. Акцентуація завжди в загальному передбачає посилення ступеня певної риси. Багато рис неможливо чітко диференціювати, тобто важко встановити, чи відносяться вони до ряду акцентуацій, чи лише до індивідуальних варіацій особистості [3]. При більшій вираженості вони накладають відбиток на особистість і, врешті-решт, можуть набувати патологічного характеру, руйнуючи структуру особистості.

Леонгард виділяє десять основних типів акцентуації (наведені тут їх порядкові номери будуть надалі використовуватись при викладенні матеріалів власних спостережень):

I – демонстративні, з істеричними рисами характеру;

II – педантичні, із переважанням рис ригідності, малої рухливості нервових процесів, педантизму;

III – застрягаючі, зі схильністю затримки, «застрягання» афекту;

IV – збудливі, зі схильністю до підвищеної, імпульсивної реактивності у сфері потягів;

V – гіпертимні, зі схильністю до підвищеного настрою;

VI – дистимічні, зі схильністю до депресивного реагування;

VII – тривожно-боязкі;

VIII – циклотимічні, схильні до частої зміни настрою;

IX – афективно-екзальтовані;

X – емотивні, афективно лабільні.

Розвиток неврозів та неврастеній досить часто пов'язують із наявністю акцентуацій. Виділення групи «акцентуованих особистостей» може бути корисним при вивченні психосоматичної патології, зокрема при дослідженні соматопсихічної кореляції при такому ФР, як функціональна диспепсія.

Тому метою нашої роботи було провести оцінку психологічних особливостей особистості в пацієнтів із функціональною диспепсією та вивчити варіанти перебігу функціональної диспепсії залежно від особистісних особливостей.

Матеріали та методи

Це двоцентрове, паралельне, рандомізоване проспективне дослідження проводилося на базі третинної ланки медичної допомоги м. Києва протягом трьох років: 2012-2014 рр. У дослідженні могли брати участь дорослі пацієнти віком від 18 до 55 років. Критеріями включення до дослідження були наявність у пацієнтів ФД відповідно до «золотого стандарту» Римських критеріїв III (2006). Критеріями виключення були «симптоми тривоги», задокументоване органічне захворювання стравоходу (езофагіт, гастроєзофагальна рефлюксна хвороба, стравохід Барретта, аденокарцинома) та шлунка (ерозивні зміни, пептична виразка, рак), вживання нестероїдних протизапальних препаратів, наркотичних речовин та алкоголю у великій кількості протягом останнього року, стан після оперативного втручання на органах ШКТ (наприклад, холецистектомія, резекція шлунка), супутні ендокринопатії, великі депресивні розлади та використання антидепресантів в анамнезі. Всім пацієнтам у віці понад 50 років обов'язково призначалося електрокардіографічне дослідження до проведення рандомізації. Пацієнтів зі значними порушеннями ритму, провідності, інфарктом міокарда в анамнезі та подовженим інтервалом QT також було виключено з дослідження. Оскільки досі не доведена роль *H. pylori* у виникненні симптомів ФД, наявність бактерії не було критерієм виключення. Наявність перехресту ФД з іншою функціональною патологією (наприклад, синдром подразненого кишечника та ін.) зустрічається в даних пацієнтів досить часто, тому це не

було критерієм виключення з дослідження, так як могло б призвести до включення «атипових» прикладів. Залежно від домінуючого синдрому, згідно з Римськими критеріями III, пацієнтів було розподілено на дві групи: із наявністю постпрандіального дистрес-синдрому (ПДС) та епігастрального больового синдрому (ЕБС).

Вивчення особливостей особистості проводилося шляхом ретельного збору психоанамнезу. Для оцінки особливостей особистості ми використовували опитувальник Шмішека, що був розроблений у 1970 році та призначений для діагностики типу акцентуації особистості за класифікацією К. Леонгарда (наведено вище). Методика складається з 88 питань, на які потрібно відповісти «так» або «ні». Підрахунок балів за кожним типом акцентуації здійснюється відповідно до ключа. Максимальний показник за кожним типом акцентуації – 24 бали. Ознакою акцентуації вважається показник вище 12 балів. Сума балів у діапазоні від 15 до 19 говорить лише про тенденції до того або іншого типу акцентуації. У разі перевищення 19 балів риса характеру є акцентуованою. За результатами кожному пацієнту визначався профіль особистісної акцентуації, а також вираховувався середній показник акцентуації (СПА) в межах групи.

Для аналізу результатів дослідження використовувались методи варіаційної статистики з розрахунком частотних характеристик досліджуваних показників, середніх величин (середньої арифметичної – \bar{X}) та оцінки їх варіабельності. Зважаючи на те, що дане дослідження проведено на вибірковій сукупності, для характеристики статистичних параметрів і можливості їх оцінки для генеральної сукупності пацієнтів розраховувалась середня похибка відповідного показника (m). Для оцінки статистичної значимості різниці між порівнюваними групами використовувався t -критерій для порівняння частотних характеристик і середніх величин. Статистична обробка проводилась із використанням пакетів статистичних програм Stata 11 та Statistica 6.

Результати та їх обговорення

Нами було обстежено 122 пацієнти, із них (залежно від домінуючого синдрому) першу групу склали 62 хворих із ПДС; до другої групи ввійшли 60 пацієнтів з ЕБС. З метою проведення порівняння було обстежено 50 осіб без наявних диспепсичних скарг протягом останніх шести місяців і відсутніх невротичних та психопатичних ознак, що склали третю контрольну групу. Середній вік пацієнтів I групи становив $40,9 \pm 4,1$ р., II групи – $39,6 \pm 3,8$ р., III групи – $40,4 \pm 3,3$ р. Статистичних відмінностей за віком у досліджуваних групах виявлено не було. Розподіл хворих за статтю в трьох групах наведено в табл. 1. Різниця за статтю між пацієнтами I та II, а також II та III досліджуваних

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів досліджуваних груп за статтю

Група дослідження	Чоловіки	Жінки	Критерій p
I група (n=62)	19 (30,6%)	43 (69,4%)	$p_{1,2}=0,04$ $p_{1,3}=0,76$ $p_{2,3}=0,03$
II група (n=60)	29 (48,3%)	31 (51,7%)	
III група (n=50)	14 (28,0%)	36 (72,0%)	

груп статистично значима, проте дана розбіжність між групами клінічно не є значимою.

При проведенні аналізу та співставленні результатів дослідження між першою – другою, першою – третьою та другою – третьою групами звертає на себе увагу більш високий СПА в першій та другій груп.

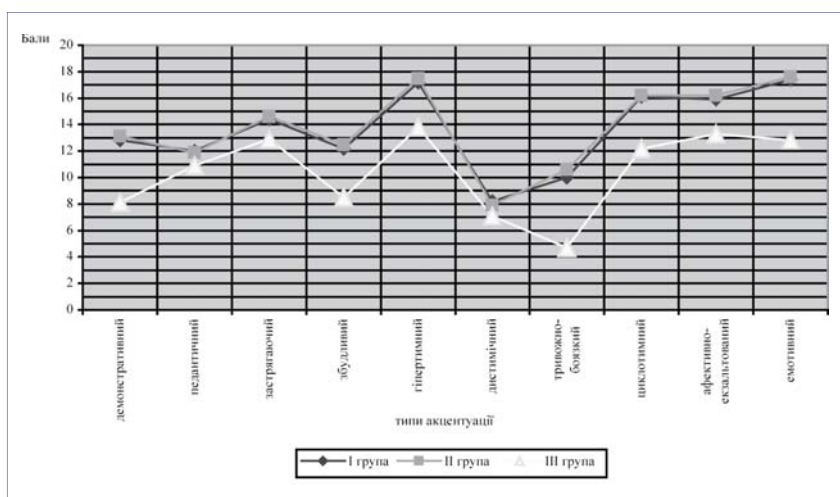
При порівнянні показників досліджуваних груп за окремими типами акцентуації можна побачити, що для пацієнтів із ФД характерною є акцентуація переважно рис емотивності (СПAI=17,4±0,86, СПAII=17,6±0,80, СПAIII=12,8±0,72; $p_{1,3,2,3} < 0,001$), гіпертимності (СПAI=17,2±0,90, СПAII=17,5±0,83, СПAIII=13,8±0,73; $p_{1,3,2,3} < 0,001$), тривожності (СПAI=10,0±0,67, СПAII=10,6±0,45, СПAIII=4,7±1,42; $p_{1,3,2,3} < 0,001$), циклотимності (СПAI=16,1±0,63, СПAII=16,2±0,92, СПAIII=12,2±0,59; $p_{1,3,2,3} < 0,001$), демонстративності (СПAI=12,8±0,72, СПAII=13,1±0,63, СПAIII=8,1±0,96; $p_{1,3,2,3} < 0,001$) та збудливості (СПAI=12,2±0,94, СПAII=12,5±0,82, СПAIII=8,5±0,50; $p_{1,3,2,3} < 0,001$) порівняно з контрольною групою. Рідше реєструвалась акцентуація педантичного (СПAI=12,0±0,66, СПAII=11,9±0,37, СПAIII=10,9±0,70; $p_{1,3,2,3} < 0,001$), застрягаючого (СПAI=14,4±0,53, СПAII=14,6±0,79, СПAIII=12,9±0,70; $p_{1,3,2,3} < 0,001$), афективно-екзальтованого (СПAI=15,9±0,68, СПAII=16,2±0,93, СПAIII=13,3±0,22; $p_{1,3,2,3} < 0,001$) та дистимічного (СПAI=8,2±0,60, СПAII=7,9±0,68, СПAIII=7,1±0,96; $p_{1,3,2,3} < 0,001$) типів особистості. Середній бал акцентуації був вищим в усіх випадках у пацієнтів I та II груп порівняно з III групою. Статистично значимої різниці між пацієнтами I та II груп виявлено не було ($p > 0,05$). Результати дослідження наведено в табл. 2.

Пацієнтам I та II груп більш властивий поєднаний тип акцентуації. Полюсного розподілу акцентуованих рис особистості практично не спостерігалось. У контрольній групі акцентуація поєднаного типу за кількома рисами спостерігалась значно рідше. Характер акцентуації особливостей особистості пацієнтів із ФД та контрольної групи чітко ілюструється порівнянням усереднених «профілів особистостей» трьох груп. Криві, що відображають характер акцентуації в пацієнтів першої та другої груп, досить подібні та близько розташовані одна від одної. Це свідчить про відносну схожість особливостей особистості в пацієнтів із ФД. Описані дані наочно відображені на діаграмі.

Варто вказати, що криві, що відображають середні показники акцентуації в пацієнтів, приблиз-

Таблиця 2. Порівняльна характеристика показників за окремими типами акцентуації

Тип акцентуації	I група (n=62)	II група (n=60)	III група (n=50)	P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
I – демонстративні	12,8±0,72	13,1±0,63	8,1±0,96	0,27	<0,001	<0,001
II – педантичні	12,0±0,66	11,9±0,37	10,9±0,70	0,54	<0,001	<0,001
III – застрягаючі	14,4±0,53	14,6±0,79	12,9±0,70	0,46	<0,001	<0,001
IV – збудливі	12,2±0,94	12,5±0,82	8,5±0,50	0,13	<0,001	<0,001
V – гіпертимні	17,2±0,90	17,5±0,83	13,8±0,73	0,38	<0,001	<0,001
VI – дистимічні	8,2±0,60	7,9±0,68	7,1±0,96	0,30	<0,001	<0,001
VII – тривожні	10,0±0,67	10,6±0,45	4,7±1,42	0,03	<0,001	<0,001
VIII – циклотимні	16,1±0,63	16,2±0,92	12,2±0,59	0,68	<0,001	<0,001
IX – екзальтовані	15,9±0,68	16,2±0,93	13,3±0,22	0,36	<0,001	<0,001
X – емотивні	17,4±0,86	17,6±0,80	12,8±0,72	0,46	<0,001	<0,001



Діаграма. Усереднені «профілі особистості» пацієнтів із ФД та контрольної групи

но повторюють аналогічну динаміку показників у пацієнтів третьої групи з тою різницею, що крива третьої групи розміщена значно нижче. Статистично значимих відмінностей показників акцентуацій особистості у хворих із різними клінічними варіантами ФД (I та II досліджуваних груп) виявлено не було. Ці результати не відрізняються від даних російських колег, що також вивчали особливості особистості при ФД [2].

Риси характеру особистості та темперамент проявляються вже на початку життя і є постійними протягом усього життя. Виникає питання, чи існують конкретні типи особистостей, що можуть бути пов'язані з розвитком ФР?

У період психоаналітичної епохи психосоматичної медицини (1920-1955 рр.) вважалося, що певні психологічні конфлікти лежать в основі розвитку особистостей із психосоматичними захворюваннями (наприклад, бронхіальна астма, виразковий коліт, гіпертонічна хвороба, виразка дванадцятипалої кишки) [5]. Тобто у схильних до захворювання особистостей хвороба буде розвиватися тоді, коли зовнішній стрес буде настільки сильним, щоб активувати психологічний конфлікт.

Однак теорія про те, що певні риси особистості можуть бути причиною конкретного захворювання, є занадто спрощеною. Наразі дослідники розглядають риси особистості як інструменти реалізації або модулятори хвороби разом із такими чинниками, як стрес і соціальне середовище.

Наявність тривалого больового та диспепсичного синдрому (щонайменше 3 місяці), дисфункції ШКТ може призводити до підвищення балів при вимірюванні рівня акцентуації з наступним їх зниженням при зменшенні або зникненні симптомів [17]. Можливо, акцентуовані риси служать медіатором між дистресом, що передує, та розвитком функціональної патології. Висловлюються припущення, що наявність рис акцентуації та невротизації передбачає гіршу відповідь на лікування.

Висновки

Таким чином, отримані нами дані свідчать про правомірність дослідження особливостей особистості хворих із функціональною патологією на прикладі вивчення особистості пацієнтів із ФД з позиції концепції «акцентуованих особистостей» Карла Леонгарда. Дані нашого дослідження підтверджують положення про схильність деяких типів особистостей до функціональних розладів. Хоча говорити про якийсь певний профіль особистості, специфічний лише для ФД, не можна. Також не виявлено статистично значимих відмінностей між показниками акцентуацій особистості у хворих із різними клінічними варіантами ФД.

У процесі перебігу функціональних розладів, зокрема ФД, відбувається своєрідна перебудова структури акцентуованих рис особистості пацієнта. У зв'язку з цим, до комплексу лікувальних заходів необхідно обов'язково включати психотерапевтичні (роз'яснення, когнітивна біхейвіоріальна терапія, релаксація, динамічна психотерапія, гіпнотерапія тощо) і психофармакотерапевтичні (антидепресанти, анксиолітики, адаптогени) засоби як метод корекції та відновлення системи відношень особистості пацієнта. Надзвичайно важливе значення також має психопрофілактичний вплив у міжрецидивний період як частина комплексу заходів, спрямованих на реадаптацію пацієнта.

Список використаної літератури

1. Информационный бюллетень ВОЗ №326 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/ru>
2. Кашеварова С.С. Клиническая картина, личностные особенности, психологический статус и качество жизни больных с функциональной диспепсией [Текст]: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / С.С. Кашеварова. – М., 2011. – 20 с.
3. Леонгард К. Акцентуированные личности [Текст] / К. Леонгард // Ростов-на-Дону: Изд-во «Феникс», 2000. – 544 с.
4. Пелещук А.П. Функциональные заболевания пищеварительной системы [Текст] / А.П. Пелещук, А.М. Ногаллер, Е.Н. Ревенок. – К.: Здоров'я, 1985. – 200 с.
5. Creed F. Relation among personality and symptoms in nonulcer dyspepsia and irritable bowel syndrome [Text] / F. Creed, E. Guthrie // *Gastroenterology*. – 1991. – Vol. 100. – P. 1154-1155.
6. Delvaux M. Sexual and physical abuses are more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls. Results of a multicenter inquiry [Text] / M. Delvaux, P. Denis, H. Allemand // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* – 1997. – Vol. 9. – P. 345-352.
7. Dobrek L. Pathophysiological concepts of functional dyspepsia and irritable bowel syndrome future pharmacotherapy [Text] / L. Dobrek, P.J. Thor // *Acta Poloniae Pharmaceutica*. – 2009. – Vol. 66. – P. 447-460.
8. Drossman D.A. Abuse, trauma and GI illness: Is there a link? [Text] / D.A. Drossman // *Amer. J. Gastroenterol.* – 2011. – Vol. 106. – P.14-25.
9. Drossman D.A. Presidential address: gastrointestinal illness and biopsychosocial model [Text] / D.A. Drossman // *Psychosom. Med.* – 1998. – Vol. 60. – P. 258-267.
10. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process [Text] / D.A. Drossman // *Gastroenterology*. – 2006. – Vol. 130. – P. 1377-1390.
11. Effect of sexual and physical abuse on symptom experiences in women with irritable bowel syndrome [Text] / M. Heitkemper, M. Jarrett, E. Walker [et al.] // *Nurs. Res.* – 2001. – Vol. 50. – P. 1-9.
12. Emotional abuse, self-blame and self-silencing in women with irritable bowel syndrome / A. Ali, B.B. Toner, N.Stuckless [et al.] // *Psychosom. Med.* – 2000. – Vol. 62. – P. 76-82.
13. Longstreth G.F. Irritable bowel-type symptoms in HMO examinees. Prevalence, demographics, and clinical correlates [Text] / G.F. Longstreth, G. Wolde-Tsadik // *Dig. Dis. Sci.* – 1993. – Vol. 38. – P. 1581-1589.
14. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders [Text] / R.L. Levy, K.W. Olden, B.D. Naliboff [et al.] // *Gastroenterology*. – 2006. – Vol. 130. – P. 1447-1458.
15. Rome III the functional gastrointestinal disorders [Text] / D. Drossman, E. Corazziari, M. Delvaux [et al.]. – Yale University Section of Digestive Disease: Degnon Associates, 2006. – 1052 p.
16. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders [Text] / D.A. Drossman, J. Leserman, G. Nachman [et al.] // *Ann. Intern. Med.* – 1990. – Vol. 113. – P. 828-833.
17. Tanum L. Personality traits predict treatment outcome with an antidepressant in patients with functional gastrointestinal disorder [Text] / L. Tanum, U.F. Malt // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2000. – Vol. 35. – P. 935-941.

Надійшла до редакції 14.08.2014

**PECULIARITIES OF PERSONALITY REACTION IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA: RANDOMIZED TWO-CENTER TRIAL
A.S. Svintsitskyy, K.M. Revenok, S.O. Malyarov, I.V. Korendovych**

Summary

In this paper, we analyzed the characteristics of personality of patients with functional dyspepsia (FD) from the position of the concept of «accented personalities» by Karl Leonhard. Our study confirms the thesis about predisposition of certain types of individuals to functional disorders. Although we can't talk about a certain personality profile that is specific only for FD patients. Significant difference in personality profiles of patients with different clinical variants of FD was not found.

Keywords: functional dyspepsia, postprandial distress syndrome, epigastric pain syndrome, accentuated personality traits.