



Ocena nasilenia cech neurotycznych u chorych z dyspepsją czynnościową – aspekty metodologiczne

Assessment of neurotic tendencies in patients with functional dyspepsia – methodological aspects

JOANNA GRZYB

Z Zakładu Rehabilitacji Psychospołecznej w Łodzi

STRESZCZENIE

Cel. Celem badań było porównanie nasilenia neurotyzmu (N) i neurotyczności (NEU) u chorych z dyspepsją czynnościową (FD) przy zastosowaniu dwóch różnych narzędzi badawczych¹.

Metoda. Badaniami objęto dwie grupy pacjentów z rozpoznaniem FD liczące odpowiednio 30 (średni wiek – 39,2 lat; 21 kobiety i 9 mężczyzn = 9) i 34 osoby (średni wiek – 37,9; 18 kobiet i 16 mężczyzn = 18; M = 16). Do weryfikacji założeń użyto dwóch niezależnych narzędzi badawczych, które posiadają swoje teoretyczne ugruntowanie w tej samej teorii osobowości: Kwestionariusz Osobowości NEO-FFI diagnozujący nasilenie neurotyczności (NEU) oraz 16-Czynnikowy Kwestionariusz Osobowości R.B. Cattella (PF-16) mierzący skłonność do neurotyzmu (N).

Wyniki. W badaniu kwestionariuszem NEO-FFI wykazano przeciętne nasilenie NEU u chorych z FD. Przy użyciu kwestionariusza PF-16 otrzymano wyniki wskazujące na wysokie nasilenie skłonności do N wśród badanych pacjentów.

Wnioski. Ocena nasilenia cech neurotycznych u pacjentów z dyspepsją czynnościową zależy od rodzaju zastosowanego narzędzia pomiaru tej cechy.

SUMMARY

Objectives. The aim of the study was to assess the severity of neuroticism (NEU) and neurotism (N) in patients with functional dyspepsia (FD), using two different methods.

Methods. Two groups of FD patients were examined: one consisted of 30 (19 M, 21 F; mean age 39.2 years) and the other of 34 individuals (16 M, 18 F; mean age 37.9). Our assumptions were verified by means of two independent methods, based on the same theory: the NEO-FFI questionnaire measuring NEU intensity, and the 16-Factor Personality Questionnaire (PF-16) by R.B. Cattell evaluating the tendency to N.

Results. The patients examined with the NEO-FFI questionnaire did not differ significantly from the general population in the NEU level. Those assessed with the PF-16 showed a significantly stronger tendency to N.

Conclusions. The intensity of neurotic tendencies in patients with functional dyspepsia turned out to depend on the assessment method used.

Słowa kluczowe: dyspepsja czynnościowa / osobowość / neurotyczność / neurotyzm

Key words: functional dyspepsia / personality / neuroticism / neurotism

Dyspepsja czynnościowa (FD) jest obecnie jedną z najczęściej diagnozowanych jednostek chorobowych. Badania epidemiologiczne wykazują, że zachorowalność w tej kategorii wynosi 11,5–29,5% [1] i stanowi ona jednocześnie jeden z głównych czynników powodujących wielokrotny wzrost kosztów leczenia, przy czym jego skuteczność jest bardzo niska [2]. Patofizjologia FD nie jest znana. Przypuszcza się, że zaburzenie to może być rezultatem nadwrażliwości trzewnej, dysfunkcji motorycznej żołądka lub czynników psychologicznych [3].

Według najnowszej definicji III kryteriów Rzymskich [3, 4] FD charakteryzuje się występowaniem przewlekłego lub nawracającego bólu lub uczucia dyskomfortu zlokalizowanego w górnej części przewodu pokarmowego, u pod-

łoża którego nie obserwuje się zmian organicznych, ani żadnych objawów zespołu jelita nadwrażliwego (IBS). Bólowi często towarzyszy uczucie wczesnej sytości po posiłku, wymioty, nudności i odbijanie. Symptomy te nie stanowią zagrożenia dla życia chorych, jednak są bardzo uciążliwe i z uwagi na cechującą je długotrwałość, powodują obniżenie jakości życia oraz pojawienie się lub nasilenie negatywnych emocji [5].

Współcześnie do analizy problemów związanych z diagnostyką i leczeniem zaburzeń czynnościowych układu pokarmowego, do którego zalicza się m.in. FD, proponuje się paradygmat biopsychospołeczny [6], który obok czynników biologicznych wyraźnie akcentuje znaczenie czynników psychologicznych oraz społecznych [7].

¹ Zgodę Komisji Bioetyki nr RNN/27/04/KB z dnia 10.02.2004 r.

Terapia pacjentów z FD nadal wymaga opracowania takiego podejścia terapeutycznego, które daje pozytywne i długo utrzymujące się rezultaty. Wysoki wskaźnik zapadalności przy jednoczesnym braku pełnych informacji dotyczących etiopatogenezy i skutecznych metod leczenia, pomimo licznych i bardzo zaawansowanych prób farmakoterapeutycznych, wskazuje na potrzebę podjęcia kolejnych badań medycznych, a także do poszukiwania odpowiedzi na pytanie o źródło FD w obszarach innych niż biologiczne. Pod uwagę bierze się m.in. funkcjonowanie psychiczne z uwagi na fakt, że u zasadniczej większości chorych diagnozuje się typowe problemy psychosomatyczne, mające źródło w konfliktowych relacjach zawodowych lub rodzinnych, przewlekłym stresie, nerwicy lub depresji [8]. Uważa się także, że istotną rolę w pojawieniu się objawów dyspepsji odgrywa osobowość [9, 10]. Stanowisko takie uzasadnia się wynikami badań wskazującymi na istnienie ścisłego związku pomiędzy konstelacją określonych cech osobowości a tendencją do wyboru określonych strategii, z którymi wiąże się przeżywanie konkretnych emocji częściej do pozostałych. Wiadomo, że każda z nich posiada odpowiednik reakcji psychofizjologicznej, na którą składają się pobudzenie określonego ośrodka i w następstwie sekrecja odpowiedniego neuroprzekaźnika [11]. Wskazuje to więc na fakt występowania ściśle określonych zmian fizjologicznych z częstotnością wyższą niż pozostałe. Permanentnie utrzymujące się lub często powtarzające się zmiany fizjologiczne mogą powodować pewne zmiany organiczne lub funkcjonalne w organizmie człowieka, co teoretycznie mogłoby wskazywać kierunek poszukiwań przyczyn FD [12].

Dotychczasowe analizy osobowości pacjentów cierpiących na FD cechują się rozbieżnością otrzymanych danych, m.in. w zakresie neurotyzmu. Część doniesień wyraźnie wskazuje na wysokie wyniki uzyskane w tym obszarze [13, 14, 15]. Inne badania donoszą o prawidłowych wskaźnikach tej cechy [5, 16]. Jedną z możliwych przyczyn takiej sytuacji może być zastosowanie różnych narzędzi pomiaru nasilenia badanych cech. W związku z tym, uzasadnione zdaje się być podjęcie kolejnych prób zmierzających do określenia nasilenia cech neurotycznych u pacjentów z rozpoznaniem FD przy wykorzystaniu różnych technik badawczych.

CEL

Celem badań było porównanie nasilenia neurotyczności (NEU) i neurotyzmu (N) u chorych z FD ocenianego za pomocą dwóch narzędzi badawczych opierających się o tę samą teorię osobowości w dwóch grupach pacjentów hospitalizowanych na terenie tej samej kliniki.

BADANI PACJENCI

Badaniem objęte zostały dwie grupy pacjentów przebywających w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 5 w Łodzi. Pierwsza grupa (badana testem NEO-FFI) liczyła 30 osób (21 kobiet i 9 mężczyzn o średnim wieku 39,2 lata odchylenie stand., $sd=13,5$), druga (badana kwestionariuszem 16-PF) liczyła 34 osoby (18 kobiet i 16 mężczyzn o średnim wieku

37,9 lat, $sd = 11,1$). U wszystkich badanych klinicznie rozpoznano FD postawione w oparciu o Kryteria Rzymskie III i z powodu jej nasilonych objawów byli hospitalizowani. Z badań wykluczono chorych z organicznymi chorobami przewodu pokarmowego oraz infekcją *Helicobacter pylori*, a także po zabiegach operacyjnych w obrębie jamy brzusznej, z zespołem jelita nadwrażliwego oraz z nietolerancją lub alergią pokarmową. Podstawę do zakwalifikowania pacjentów do badań stanowiły wyniki badania endoskopowego, ultrasonograficznego oraz laboratoryjnego.

METODY

Uwzględniając założenia i cele pracy badawczej do diagnozy cech neurotycznych wybrano następujące narzędzia.

Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae (*The Neo-Five Factor Inventory*) [17], który służy do oceny nasilenia 5 podstawowych wymiarów osobowości (neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenia, ugodowość i sumienność). Posługiwano się wynikami znormalizowanymi.

16-czynnikowy Kwestionariusz Osobowościowy R.B. Cattella [18] mierzy pewne aspekty osobowości, w tym skłonność do neurotyzmu (czynnik C). Kwestionariusz posiada normy dla populacji ogólnej.

Do statystycznego opracowania danych w obu przypadkach wykorzystano test t-Studenta zakładając wymagany poziom istotności $p < 0,05$. Porównywano nasilenie analizowanych cech w badanych grupach z nasileniem w populacji ogólnej.

WYNIKI

NEO-FFI. W grupie chorych zbadanych przy użyciu kwestionariusza NEO-FFI stwierdzono brak statystycznie istotnych różnic ($p < 0,05$) w zakresie cechy NEU (neurotyczność) w stosunku do populacji ogólnej (tabl. 1).

Tablica 1. Wyniki analizy statystycznej testu t uzyskanych w badaniu kwestionariuszem NEO-FFI w grupie pacjentów z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej

Podskale NEO-FFI	Wartość testowana = 5,5				
	średnia	sd	różnica średnich	t	p
Neurotyczność	5,067	2,651	-,433	-,895	,378
Ekstrawersja	5,700	2,054	,200	,533	,598
Otwartość na doświadczenia	5,733	2,377	,233	,538	,595
Ugodowość	7,700	2,231	2,200	5,402	,001
Sumienność	8,133	1,925	2,633	7,493	,001

sd – odchylenie standardowe

PF-16. U chorych poddanych badaniu kwestionariuszem PF-16 skonstatowano występowanie znaczących różnic w zakresie czynnika C (skłonność do neurotyzmu) na poziomie $p < 0,05$ świadczących o nasilonych tendencjach do N (neurotyzm) w stosunku do populacji ogólnej (tabl. 2).

Tablica 2. Wyniki analizy statystycznej testu t uzyskanych dla wybranych czynników Cattella w grupie pacjentów z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej

Podskale wg kwestionariusza Catella	Wartość testowana = 5,5				
	średnia	sd	różnica średnich	t	p
Cyklotymia – schizotymia	6,206	2,434	,706	1,691	,100
Ego-strenght – skłonność do neurotyzmu	3,647	1,685	-1,853	-6,410	,001
Dominacja – submisja	4,235	2,016	-1,265	-3,658	,001
Surgencja – desurgencja	4,264	1,880	-1,235	-3,832	,001
Odporność na zagrożenie – brak odporności na zagrożenie	5,147	2,258	-3,529	-,911	,369
Wrażliwość	6,117	2,434	,617	1,480	,148
Podejrzliwość	5,201	2,266	-,294	-,757	,455
Depresyjna niepewność siebie – pewność siebie	5,735	2,206	,235	,622	,538
Napięcie nerwowe	5,912	1,913	,412	1,255	,218

sd – odchylenie standardowe

OMÓWIENIE

Jedną z najbardziej popularnych taksonomii osobowości o podłożu biologicznym jest trójczynnikiowy model Eysencka, w skład którego wchodzi: psychotyczność, ekstrawersja i neurotyczność (PEN). Na bazie tej koncepcji Costa i McCrae stworzyli pięcioczynnikowy model osobowości zwany Wielką Piątką (WP). Cattell natomiast zaadaptował z teorii PEN definicję neurotyzmu, wykorzystując ją jako podstawę dla konstrukcji czynnika C w kwestionariuszu PF-16 (siła ego vs skłonność do neurotyzmu). W koncepcji osobowości WP, w której na skutek adaptacji polskiej pojęcie neurotyzmu zastąpiono terminem „neurotyczność”, wymiar ten definiowany jest w przypadku dużego nasilenia jako podatność na doświadczanie negatywnych emocji (strach, zmieszanie, gniew, poczucie winy) oraz niska kontrola popędów [17, 19]. Ponadto, osoby wykazujące wysoki poziom neurotyczności charakteryzują się słabą odpornością na działanie stresu psychologicznego [20]. Pojawiające się u nich emocje są silne i długotrwałe, ich nastroje bardzo zmienne. Często też uskarżają się na nieokreślone dolegliwości somatyczne i bezsenność. Główne składowe NEU to: lęk, agresywna wrogość, depresyjność, impulsywność, nadwrażliwość oraz nadmierny samokrytycyzm. Zdaniem Eysencka [21] u podłoża wysokiego nasilenia neurotyzmu leży wyższa niż przeciętna reaktywność układu wegetatywnego. Osoby cechujące się niskim nasileniem NEU są stabilne emocjonalnie, spokojne i zrelaksowane. Bez większych trudności zmagają się ze stresem i raczej nie doświadczają obaw, napięć czy stanu rozdrażnienia [17].

Cattell natomiast opisywał N jako nadmierną niedojrzałość uczuciową, lęklivość, zmienność, pobudliwość, brak wytrwałości, poczucie nieszczerstwa oraz liczne objawy hipochondryczne, co odnosi się do znacznego nasilenia tej cechy, lub jako emocjonalną stałość, realizm życiowy, brak zatroskania, dużą samokontrolę, spokój i cierpliwość, jak również brak objawów hipochondrycznych w przypadku słabego nasilenia tej cechy [18].

Wspólne teoretyczne podłoże dla konstrukcji czynników mierzących nasilenie cech neurotycznych oraz badania wskazujące na korelację pomiędzy wysokim nasileniem NEU w ujęciu Costy i McCrea i N w ujęciu Cattella [22] skłoniły nas do przypuszczeń o porównywalności uzyskiwanych wyników. Okazało się jednak, że w grupie pacjentów poddanych badaniu przy użyciu kwestionariusza NEO-FFI nasilenie NEU nie różniło się istotnie w porównaniu do populacji ogólnej, a wyniki pochodzące z badania kwestionariuszem PF-16 wyraźnie wskazywały na wysokie nasilenie N. Na poziomie teoretycznym różnice te wyjaśnić można nieco innym znaczeniem, jakie, pomimo bardzo zbliżonej definicji, badacze Costa i McCrae oraz Eysenck nadali neurotyzmowi. Według twórców WP, cecha ta, chociaż stanowi czynnik ryzyka zaburzeń zachowania, jest wymiarem prawidłowej osobowości. Możliwe jest zatem, że jednostka wykazuje duże nasilenie tej cechy, a jednocześnie bez objawów psychicznych funkcjonuje prawidłowo [17]. Modelowi temu brakuje jednak szczegółowości w charakteryzowaniu bardziej złożonych zaburzeń osobowości. Dodatkowo koncentruje się on na tendencjach behawioralnych oraz stanach wewnętrznych, a nie na procesach psychologicznych [23], których przebieg, wg niektórych badaczy [24], ściśle związany jest z wystąpieniem objawów dyspeptycznych. Z kolei w ujęciu Eysencka [25] neurotyzm stanowi właściwość różnicującą osobowość zdrową od chorej i odpowiada za pojawienie się określonego stanu klinicznego, np. nerwicy, która poprzez mechanizm konwersji zdolna jest spowodować wystąpienie czynnościowych objawów somatycznych [26]. Dodatkowo NEU, będąc markerem tzw. „podatności psychobiologicznej” [27], stanowi czynnik potwierdzający przypuszczenie o wysokim nasileniu tej cechy u chorych z FD, jako że zaburzenie to ma taki właśnie charakter.

Liczne badania przeprowadzone wśród chorych z FD mówiące o homogeniczności ich osobowości w zakresie neurotyzmu i jej znaczenia dla pojawienia się objawów FD wskazują bezsprzecznie na podwyższony poziom tej cechy [13, 14, 15].

Niewyjaśniona dotąd patogeneza FD sprawia, że istnieją liczne metody terapeutyczne, ale ich wyniki nie są na ogół satysfakcjonujące. W terapii farmakologicznej pacjentom najczęściej podaje się środki zobojętniające kwas solny, jednak w badaniach kontrolowanych z podwójnie ślepią próbą nie wykazano choćby tylko nieco większej skuteczności tych leków od placebo [28]. Dostępne są doniesienia o skuteczności leków przeciwłękowych i przeciwdepresyjnych w terapii FD. Istnieją racjonalne przesłanki do zastosowania tego typu leków w leczeniu FD, zwłaszcza w terapii trudnych przypadków, jednak niezbędne są kolejne badania w tym obszarze [29, 30, 31]. Udział czynników psychologicznych w powstawaniu i przebiegu FD jest zatem wysoce prawdopodobny i stanowi ważny element wymagający uwzględnienia ich roli w procesie diagnozowania i przy wyborze sposobu leczenia, tym bardziej, iż Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 uznała niestrawność za jedno z zaburzeń wegetatywnych pod postacią somatyczną (F45.3). Z kolei różnorodność wyników oceny nasilenia niektórych cech osobowości mogących mieć udział w patomechanizmie i obrazie klinicznym FD wskazuje na potrzebę dodatkowych badań przy uwzględnieniu wnikliwego doboru metod pomiaru i ich bardzo starannej analizy.

WNIOSKI

1. Ocena neurotyczności u pacjentów z dyspepsją czynnościową wykazuje zależność od rodzaju zastosowanego narzędzia pomiaru tej cechy.
2. Chorzy z dyspepsją czynnościową wykazują wysoką skłonność do neurotyzmu w badaniu PF-16 lub przeciętne nasilenie tej cechy przy ocenie dokonanej za pomocą NEO-FFI.

PIŚMIENNICTWO

1. Mahadeva S, Goh KH. Epidemiology of functional dyspepsia: a global perspective. *World J Gastroenterol* 2006; 12 (17): 2661–6.
2. Logan R, Delaney B. ABC of the upper gastrointestinal tract. Implications of dyspepsia for NHS. *Br Med J* 2001; 323: 675–7.
3. Tack J, Bisschops R, Sarnelli G. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia. *Gastroenterol* 2004; 127: 1239–55.
4. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada J-R, Stanghellini V. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterol* 2006; 130: 1466–79.
5. Wrzeńska MA, Szczęsny D, Kocur J. Ocena znaczenia wybranych czynników psychologicznych w powstawaniu i przebiegu zespołu jelita nadwrażliwego. *Post Psychiatr Neurol* 2006; 15 (2): 71–6.
6. Halpert A, Drossman D. Biopsychosocial issues in irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2005; 39: 665–9.
7. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, Creed F. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterol* 2006; 130: 1447–58.
8. Gabryelewicz A. Gastroenterologia w praktyce. Warszawa: PZWL; 2000.
9. Herschbach P. Psychological factors in functional gastrointestinal disorders: characteristics of the disorder or of the illness behavior? *Psychosom Med* 1999; 61 (2): 148–53.
10. Barry S. Functional dyspepsia: are psychosocial factors of relevance? *World J Gastroenterol* 2006; 12 (17): 2701–7.
11. Strelau J. Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
12. Łazowski J. Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Warszawa: PZWL; 1985.
13. Hu WU, Wong WM, Lam CL, Lam KF, Hui WM, Lai KC. Anxiety but not depression determines care-seeking behaviour in Chinese patients with dyspepsia and irritable bowel syndrome: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16 (12): 2081–8.
14. Locke RG, Weaver AL, Melton J, Talley NJ. Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: A population-based nested case – control study. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 350–7.
15. Talley NJ, Boyce P, Jones M. Dyspepsia and health care seeking in a community (how important are psychological factors?) *Dig Dis Sci* 1998; 43 (5): 1016–22.
16. Pajala M, Heikkinen M, Hintikka J. Mental distress in patients with functional or organic dyspepsia: a comparative study with a sample of the general population. *Alim Pharmacol Ther* 2005; 21: 277–81.
17. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, Śliwińska M. Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 1998.
18. Nowakowska M. Polska adaptacja 16-Czynnikowego Kwestionariusza Osobowości R.B. Cattella. *Psychologia Wychowawcza* 1970; 13: 478–500.
19. Miller JD, Pilkonis PA. Neuroticism and affective instability: The same or different? *Am J Psychiatry* 2006; 163: 839–45.
20. Hall CS, Lindzey G. Teorie osobowości. Warszawa: Wyd Nauk PWN; 2002.
21. Strelau J. Psychologia temperamentu. Warszawa: Wyd Nauk PWN; 2001.
22. Pervin LA, John OP. Osobowość: teorie i badania. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2002.
23. Shedler J, Westen D. Dimensions of personality pathology: An alternative to the five-factor model. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1743–54.
24. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, Sveldlund J, Toner BB, Whitehead WE. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45 (2): 1125–30.
25. Eysenck HJ. The Structure of Human Personality. London: Methuen; 1970.
26. Kokoszka A. Zaburzenia nerwicowe. Postępowanie w praktyce ogólnolekarskiej. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2004.
27. Ormel J, Oldehinkel AJ, Brilman EI. The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 885–9.
28. Talley NJ. Drug treatment of functional dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26 (182): 47–60.
29. McNally MA, Talley NJ. Current treatments in functional dyspepsia. *Curr Treat Otions Gastroenterol* 2007; 10 (2): 157–68.
30. Hojo M, Miwa H, Yokoyama T, Ohkusa T, Nagahara A, Kawabe M, Asaoka D, Izumi Y, Sato N. Treatment of functional dyspepsia with antianxiety or antidepressive agents: Systematic review. *J Gastroenterol* 2005; 40 (11): 1036–42.
31. Bizquert-Jimenez M, Bizquert-Pla L. Antidepressant therapy in functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterol Hepatol* 2005; 28 (8): 485–92.

*Adres: Mgr Joanna Grzyb, Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej, Plac Gen. J. Hallera 1, 90-647 Łódź,
tel. (42) 6393324, e-mail: joanna_grzyb@o2.pl*