

## Ocena wybranych cech osobowości, stylów radzenia sobie ze stresem oraz nocnego wydzielania melatoniny u chorych z dyspepsją czynnościową

### The assessment of selected personality traits, coping and melatonin nocturnal secretion in patients with functional dyspepsia

Joanna Grzyb<sup>1</sup>, Magdalena Wrzeńska<sup>1</sup>, Agnieszka Harasiuk<sup>2</sup>,  
Cezary Chojnacki<sup>2</sup>, Józef Kocur<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej UM w Łodzi

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Kocur

<sup>2</sup> Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych UM w Łodzi

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Chojnacki

#### Summary

**Aim.** The main aim of the research was a characteristic of selected personality traits and coping as well as estimation of a level of melatonin in serum in patients with functional dyspepsia (FD).

**Material.** 36 patients with FD (14 men and 24 women) at age 19-43 (mean: 31.6) were examined. The control group consisted of 30 healthy persons at age 21-23 (mean: 37.2).

**Methods.** CO-16 and CISS questionnaires were used to diagnose selected traits of personality and coping styles. Furthermore, melatonin concentration in serum was examined at 10 p.m., 2 a.m. and at 6 a.m. with the immunoenzymatic method (ELISA).

**Results.** Coping style focused on problems and emotions were the most frequent ones in the examined group. Cyclothymia, tendency towards neuroticism and depression, submission and sensitivity were these that characterised patients with FD well. It was also stated that the level of melatonin was higher than in healthy subjects.

**Conclusions.** There are common personality traits and coping styles in the group of patients with FD. A level of melatonin in serum is increased.

*Słowa klucze:* osobowość, melatonina, dyspepsja czynnościowa

*Key words:* personality, melatonin, functional dyspepsia

#### Wstęp

Dyspepsja czynnościowa (functional dyspepsia – FD) jest zaburzeniem przewodu pokarmowego o ustalonym obrazie klinicznym, lecz bez jednoznacznego czynnika etiologicznego, zmian morfologicznych oraz laboratoryjnych. Charakterystycznym

objawem dyspepsji jest ból lub dyskomfort zlokalizowany w nadbrzuszu, przy braku organicznych przyczyn tłumaczących jego występowanie. Bólowi często towarzyszą nudności, odbijania, uczucie wczesnego przesylenia po posiłku, brak łaknienia. Dyspepsja jest obecnie jednym z najczęściej diagnozowanych przez lekarzy rodzinnych i gastroenterologów schorzeniem. Częstość jego występowania w różnych populacjach szacuje się na 15–25 % [1].

Problemy związane z etiologią, patogenezą, obrazem klinicznym i leczeniem zaburzeń czynnościowych układu pokarmowego, do którego zalicza się m.in. dyspepsję czynnościową, ujmując kompleksowo paradygmat biopsychospołeczny, który obok czynników biologicznych wyraźnie akcentuje znaczenie czynników psychologicznych oraz społecznych [2]. Dotychczasowe badania stanu emocjonalnego pacjentów cierpiących na FD wskazują na obecność różnych zaburzeń sfery emocjonalnej: uogólnionego lęku, neurotyczności i/lub depresji [3, 4]. Objawy depresji i lęku często łączą się u tych chorych ze skłonnością do hipochondrii i zaburzeń dysocjacyjnych [5]. Postrzegają oni więcej sytuacji życiowych jako stresogenne i mają problemy z radzeniem sobie w sytuacjach stresowych [6]. Stwierdzono również, że negatywne emocje i czynniki psychologiczne, oddziałując na oś mózgowo-trzewną, wywołują zaburzenia synchronizacji motorycznej żołądka i dwunastnicy, co może skutkować zaburzeniami pasaży żołądkowo-jelitowego i powstaniem dolegliwości [5].

W świetle ostatnich doniesień ważną rolę w patogenezie FD mają neurohormony, w tym melatonina. Ten główny hormon szyszynkowy wydzielany jest również przez komórki enterochromatofinowe przewodu pokarmowego. Początkowo uważano, że rola fizjologiczna melatoniny ogranicza się głównie do regulacji biologicznych rytmów okołodobowych i sezonowych [7]. Obecnie wiadomo, że jest to związek wielofunkcyjny, który wykazuje m.in. właściwości immunomodulujące, antyoksydacyjne [8], a nawet onkostatyczne [9]. Przypuszcza się także, że melatonina może być jednym z czynników patogenetycznych w depresji [10]. Należy wspomnieć również o szerokim zakresie działania melatoniny w przewodzie pokarmowym, gdzie poprzez swoje silne właściwości antyoksydacyjne wywiera działanie gastroprotekcyjne [11].

W związku z możliwością współdziałania melatoniny w mechanizmach prowadzących do powstania FD oraz w procesach psychobiologicznych związanych z modulowaniem stanów emocjonalnych, podjęliśmy próbę oceny niektórych cech osobowości i sposobów radzenia sobie ze stresem oraz wydzielania melatoniny u osób z dyspepsją czynnościową.

## Material

Badaniem objęta została grupa 38 pacjentów, w tym 14 mężczyzn i 24 kobiet w wieku 19–43 lat (średnia: 31,6) hospitalizowanych w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 5 w Łodzi. Wszyscy badani mieli rozpoznanie FD postawione na podstawie kryteriów rzymskich III. Z badań wykluczono osoby z chorobami organicznymi przewodu pokarmowego oraz infekcją *H. pylori*. W tym celu u wszystkich pacjentów wykonano badania endoskopowe, ultrasonograficzne oraz laboratoryjne. Do diagnostyki infekcji *H. pylori*

użyto mocznikowego testu oddechowego (UBT – 13C, FANCI – 2 system, Olympus) oraz szybkiego testu ureazowego. Z grupy badanych wykluczono również osoby po zabiegach operacyjnych w obrębie jamy brzusznej, pacjentów z zespołem jelita drażliwego, alergią lub nietolerancją pokarmową, a także przyjmujących leki z grupy niesteroidowych przeciwzapalnych lub mogące wpływać na wydzielanie melatoniny (leki moczopędne, psychotropowe, adrenolityczne). Grupę porównawczą stanowiło 30 zdrowych osób (13 mężczyzn i 17 kobiet) w wieku 21–53 lat (średnia: 37,2), będących studentami lub pracownikami UM, bez klinicznych objawów dysfunkcji przewodu pokarmowego. Materiał biologiczny pobrano analogicznie, jak w grupie badanej.

## Metody

W pierwszym etapie ocenie poddano nasilenie wybranych cech osobowości według opisu Cattella oraz określono style radzenia sobie ze stresem. Do diagnozy czynników psychologicznych u badanych pacjentów wybrano następujące narzędzia pomiarowe:

1. 16-czynnikowy Kwestionariusz Osobowościowy R. B. Cattella – do pomiaru wszystkich istotnych aspektów osobowości [12]. Spośród 16 oryginalnych czynników testu wybrano 9 (A – cyklotymia/schizotypia, C – zrównoważenie emocjonalne/skłonność do neurotyzmu, E – dominacja/submisja, F – surgencja/desurgencja, H – odporność na zagrożenie/brak odporności na zagrożenie, I – wrażliwość, L – podejrzliwość, O – depresyjna niepewność siebie/pewność siebie, Q<sub>4</sub> – napięcie nerwowe). Podstawą wyboru 9 czynników było kryterium weryfikacji przyjętych hipotez. Ponieważ dla każdego z tych czynników istnieją ustalone normy, przyjęto, że nie ulegną one istotnym zmianom, zwłaszcza że zachowano regułę przetasowania pytań poszczególnych czynników zastosowaną w wersji oryginalnej.

2. CISS (The Coping Inventory for Stressful Situations) [13] – do oceny najczęściej wybieranego stylu radzenia sobie ze stresem i nasilenia tendencji jednostki do wyboru stylu skoncentrowanego na zadaniu (SR-Z), na emocjach (SR-E) lub na unikaniu (SR-U).

U wszystkich badanych określono nocne wydzielanie melatoniny, dokonując pomiaru jej stężenia w surowicy. Krew do badań pobierano z żyły odłokciowej w godzinach 22.00, 2.00, 6.00. W celu ujednoczenia warunków choroby, którym pobierano krew, w dniu badania przebywali w sali bez dostępu białego światła w godzinach nocnych, a także spożywali ujednoczone posiłki w postaci Nutridrinków firmy Nutricia o łącznej objętości 1200 ml (1800 kcal). Stężenie melatoniny w surowicy zostało oznaczone metodą immunoenzymatyczną (ELISA) – użyto zestawu Labsystem Multiscan i przeciwciał produkcji Immuno-Biological Laboratories (katalog IBL – RE 54021).

Na badania uzyskano pisemną zgodę pacjentów oraz akceptację Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (RNN/266/64/KB z dn. 12.10.2004).

Wyniki badań za pomocą kwestionariusza Cattella porównano z wynikami znormalizowanymi dla populacji polskiej. W przypadku kwestionariusza CISS uzyskane wyniki surowe poddano normalizacji w oparciu o ich interpolację na skalę wyników znormalizowanych (rozkład normalny), przyjmując, że wartości przeciętne mieszczą

się w granicy 68,26%, wyniki poniżej i powyżej przeciętnej obejmują 15,7%. Do statystycznego porównania stężenia melatoniny w surowicy osób z FD z jej stężeniem w grupie kontrolnej użyto testu U Manna–Whitneya i testu Chi<sup>2</sup>.

## Wyniki

Wyniki uzyskane za pomocą 16-czynnikowego Kwestionariusza Osobowości Cattella

Wyniki analiz danych znormalizowanych wskazały u pacjentów z FD na istotnie większe nasilenie cech mieszczących się w zakresie cyklotymii oraz neurotyzmu. Stwierdzono także znaczne nasilenie uległości, zahamowania, depresyjności oraz pesymizmu, jak również skłonności hipochondryczne i brak dojrzałości. Nie było znaczących statystycznie różnic w zakresie odporności na zagrożenie, podejrzliwości, depresyjnej niepewności siebie lub pewność siebie oraz napięcia nerwowego (tabela 1).

Tabela 1. Wyniki analizy statystycznej testu t uzyskane dla wybranych czynników Cattella

Czynnik	Wartość stenowa		p = 0,05	
	X	S	Test t	Istotność
A	6,47	2,16	2,543	0,016
C	3,66	1,64	-6,366	0,001
E	4,50	1,92	-2,950	0,006
F	4,47	1,68	-3,463	0,002
H	5,47	2,03	-0,087	0,931
I	6,38	2,11	2,350	0,025
L	5,44	2,12	-0,166	0,869
O	5,94	1,97	1,259	0,218
Q <sub>4</sub>	6,03	1,66	1,815	0,079

A: cyklotymia – schizotypia

C: zrównoważenie emocjonalne – skłonność do neurotyzmu

E: dominacja – submisja

F: surgencja – desurgencja

H: odporność na zagrożenie – brak odporności na zagrożenie

I: wrażliwość

L: podejrzliwość

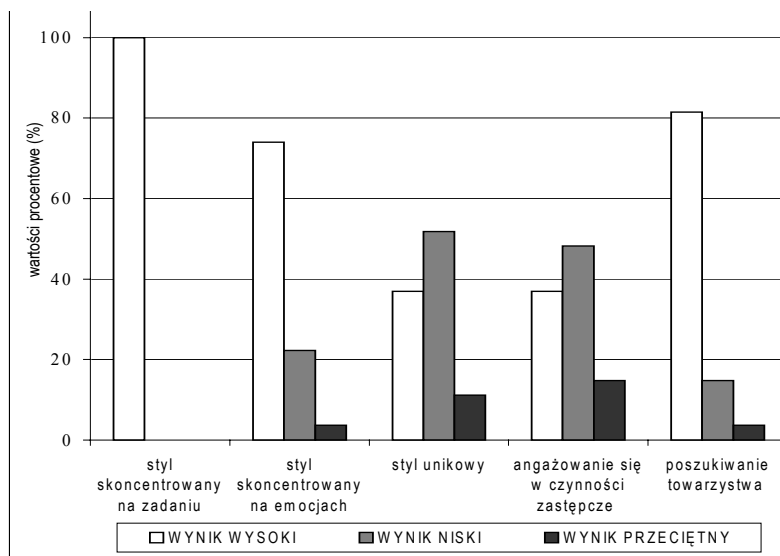
O: depresyjna niepewność siebie – pewność siebie

Q<sub>4</sub>: napięcie nerwowe

Wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza CISS

Pacjenci z FD w skali radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na zadaniu uzyskali wynik wysoki. W przypadku strategii skoncentrowanej na emocjach 3/4 bada-

nych uzyskało wynik wysoki, co piąta osoba – wynik przeciętny, tylko u jednej osoby stwierdzono wynik niski. W unikowym stylu radzenia sobie ze stresem ponad połowa osób uzyskała wynik na poziomie przeciętnym, blisko 40% – wynik wysoki, natomiast wynik niski zaledwie 11,2% badanych. W podskali „angażowanie się w czynności zastępcze” u blisko połowy pacjentów stwierdzono wynik przeciętny, a w podskali „poszukiwanie towarzystwa” dominowały wyniki wysokie (81,5%) (rys. 1).



Rys. 1. Wyniki uzyskane w kwestionariuszu CISS przez pacjentów z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej

### Wyniki pomiaru stężenia melatoniny we krwi

W obu badanych grupach stężenie melatoniny było najwyższe o godz. 2.00. U osób z dyspepsją wynosiło ono  $62,16 \pm 12,14$  pg/ml, a u osób zdrowych  $53,16 \pm 7,02$  pg/ml ( $p < 0,05$ ). O godzinie 22.00 stężenie melatoniny u osób zdrowych wynosiło  $39,42 \pm 11,57$  pg/ml, a u osób z dyspepsją  $39,10 \pm 11,10$ , natomiast o godz 6.00 odpowiednio  $11,57 \pm 4,29$  i  $26,01 \pm 6,98$  pg/ml ( $p < 0,05$ ). Średnie stężenie melatoniny u osób z dyspepsją wynosiło  $42,43 \pm 10,07$  pg/ml i było znamienne wyższe niż u osób zdrowych –  $34,71 \pm 7,62$  pg/ml ( $p < 0,05$ ).

### Omówienie wyników

Biorąc pod uwagę liczne doniesienia o wpływie melatoniny na czynność przewodu pokarmowego, układu nerwowego oraz na niektóre stany psychopatologiczne, celowe wydaje się podjęcie interdyscyplinarnej oceny cech osobowości i poziomu wydzielanej melatoniny u pacjentów z rozpoznaniem FD.

Uważa się, że czynniki takie, jak stres czy uraz psychiczny mogą obniżać aktywność motoryczną oraz podwyższać percepcję bólu. Ostatnie badania dowodzą, że częstsze dolegliwości somatyczne mają wyraźny związek z zaburzeniami nastroju, lękowymi, nerwicowymi, niepomysłnymi zdarzeniami życiowymi i nastawieniem hipochondrycznym [5]. Wyniki prac własnych zdają się potwierdzać te obserwacje. Analiza danych z badań za pomocą kwestionariusza Cattella wykazała istotne nasilenie cyklotymii. Wyniki uzyskane przez osoby badane w skali „równoważenie emocjonalne – skłonność do neurotyzmu” również mają wartość istotną statystycznie i wskazują na znaczne nasilenie neurotyzmu. Otrzymane wyniki są zgodne z doniesieniami na temat nasilenia neurotyzmu w grupie chorych z rozpoznaniem FD, które mierzone było za pomocą kwestionariusza MMPI oraz EPQ-R [14, 15]. Dalsza analiza wskazała na wysokie nasilenie submisji, bierności oraz podporządkowania się innym, co sugeruje, że chorzy z rozpoznaniem FD nie posiadają interpersonalnych zasobów do dojrzałego znoszenia frustracji, cechują się bojaźliwością, a także brakiem pewności siebie. Tłumienie gniewu, agresji oraz poczucia niezadowolenia, które ściśle związane są z uległością i podporządkowaniem, może powodować hipersekrecję żołądka i inne zaburzenia czynnościowe [16]. Zauważa się również rozpowszechnienie wśród chorych z FD takich cech, jak depresyjność, pesymizm, izolowanie się, przytłumienie oraz zahamowanie [17]. Wyniki badań własnych pozostają w zgodności z powyższymi obserwacjami, w których dodatkowo zwraca się uwagę na fakt, iż początek niektórych chorób ściśle związany jest z dysforią. Taki stan przedchorobowy określono mianem „syndromu poddawania się lub rezygnacji”, a jego składowe (poczucie beznadziejności, bezradności, brak chęci do walki oraz uległość i pasywność) nieodłącznie związane są z wystąpieniem reakcji fizjologicznych, których przebieg przyczynia się do zakłóceń pracy różnych narządów, w tym także żołądka i jelit [18].

Wyniki naszych badań wskazują także na wysoką wrażliwość badanych pacjentów, która charakteryzuje się brakiem dojrzałości, introspekcją i labilnością, a zwłaszcza hipochondrią, tendencją do somatyzacji oraz objawami neurotycznymi. Badania za pomocą kwestionariusza MMPI potwierdzają ten opis jako charakterystyczny dla chorych z FD [17, 18]. Duże nasilenie nastawienia hipochondrycznego u pacjentów wyjaśnia się hipotezą o odczuwanych dolegliwościach jako o próbie poradzenia sobie z niepowodzeniami oraz z brakiem satysfakcji życiowej i niezadowoleniem poprzez ucieczkę w chorobę [18].

Jednym z mechanizmów pośredniczących w etiopatogenezie chorób i zaburzeń psychosomatycznych, mającym wpływ zarówno na zachowanie chorego, jak i przebieg leczenia, jest stres. [19]. Liczne doniesienia wskazują na związek między nasileniem przewlekłego stresu a nasileniem i rozmiarem objawów dyspepsji czynnościowej [20, 21]. W naszym materiale pacjenci badani za pomocą kwestionariusza CISS uzyskali wysokie wyniki w skali stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na problemie, który dąży do zmniejszenia lub całkowitego usunięcia źródła stresu. Obok nurtu instrumentalnego radzenia sobie ze stresem, wśród badanych dominował styl skoncentrowany na emocjach. Emocje, które towarzyszą pojawieniu się choroby, zależą od oceny poznawczej, a najczęściej wymienia się: strach, lęk, niepokój, gniew, złość, poczucie winy i wstydu, przygnębienie, apatię, smutek, żal i rozpacz. Postrzeganie

choroby jako wyzwania wywołuje natomiast pojawienie się pozytywnych emocji, np. nadziei, zapału, podniecenia [22, 23].

Większość badanych pacjentów uzyskała wysoki wynik w podskali „poszukiwanie towarzystwa”. Wsparcie społeczne wpływa na poznawczą ocenę źródła stresu oraz zdolność radzenia sobie z nim, gdyż może wyzwolić pozytywne emocje i zmniejszyć negatywne następstwa stresu. Z tego też względu należy zaznaczyć, że może ono pełnić istotną funkcję w procesie zmagania się z chorobą [23].

W badaniach nad uwalnianiem melatoniny wykazano, że wydzielana jest ona głównie w godzinach nocnych, kiedy to może dochodzić do ważnych zmian czynnościowych wegetatywnego układu nerwowego. W nocy często pojawiają się również objawy chorobowe ze strony licznych narządów, w tym żołądka. We wcześniejszych badaniach wykazano, że u osób z chorobą wrzodową w tym samym okresie nocnym wydzielanie melatoniny jest znacznie niższe niż u zdrowych [24]. Sugeruje się więc, że niedobór melatoniny i jej właściwości gastroprotekcyjnych może być ważnym czynnikiem patogenetycznym wrzodów trawiennych. U części osób z FD dolegliwości mają podobny charakter. Należało się więc spodziewać, że w badanej grupie wydzielanie melatoniny będzie niskie, co nie zostało potwierdzone. Nie ma odniesienia do wyników uzyskanych przez innych autorów, gdyż prace dotyczące roli melatoniny w patogenezie chorób układu pokarmowego u ludzi są nadal nieliczne. Można jednak przypuszczać, że wysokie wydzielanie melatoniny u badanych chorych zabezpiecza przed powstaniem wrzodów trawiennych, ale poprzez wpływ na sferę emocjonalną i motorykę żołądka wywala przewlekłe objawy dyspeptyczne. Przypuszczenie to wymaga jednak dalszych potwierdzeń empirycznych.

Stwierdzone u badanych pacjentów objawy zaburzeń nastroju (głównie depresyjność) oraz wyższe wydzielanie melatoniny pokrywają się z wynikami innych autorów [25, 26, 27]. Według Rabe-Jabłońskiej i Szymańskiej [28] średnie stężenie melatoniny w surowicy chorych cierpiących na depresję jest wyższe w porównaniu z grupą kontrolną. Crasson i wsp. [29], określając stężenie melatoniny w surowicy i jej metabolitu siarczanu 6-hydroksymelatoniny w moczu osób z depresją, stwierdzili zaburzenia w nocnym rytmie jej wydzielania.

FD jest przez wielu badaczy traktowana jako czynnościowe zaburzenie o podłożu m.in. psychogennym, jednak ze względu na jej złożone i nie do końca poznane mechanizmy oraz etiopatogenezę pozostaje nadal przedmiotem badań [30].

Podjęte przez nas badania miały na celu zwrócenie uwagi na problematyczność etiopatogenezy FD ze szczególnym uwzględnieniem roli czynników psychologicznych oraz melatoniny, która może być wspólnym ogniwem tłumaczącym występowanie zaburzeń psychicznych i objawów ze strony przewodu pokarmowego.

## Wnioski

1. W grupie pacjentów z FD istnieje określony wspólny profil osobowości, charakteryzujący się nasileniem cech cyklotymicznych, skłonności do neurotyzmu, submisji, desurgencji oraz większej wrażliwości.

2. W badanej populacji przeważa styl skoncentrowany na zadaniu oraz na emocjach.
3. Nocne wydzielanie melatoniny u pacjentów z FD jest znamienne wyższe w porównaniu z osobami zdrowymi.

**Оценка избранных черт личности,стиля преодоления стресса  
и ночного выделения мелатонина у больных с функциональной диспепсией.**

**Содержание**

**Задание.** Основным заданием работы была оценка избранных черт личности, стиля преодоления стресса, а также содержания мелатонина в сыворотке крови у лиц с функциональной диспепсией (ФД).

**Метод.** Исследование проведено у 36 больных (14 женщин и 24 мужчин) в возрасте 19–43 лет (средний возраст 31,6 года). Контрольная группа состояла из здоровых людей, в возрасте 21–53 лет (средний возраст 37,2 года). Для определения утяжеления черт в области конструкции личности применены глоссарии СО-16. Для оценки наиболее чаще выбранных стратегий преодоления препятствий в ситуациях, оцениваемых как стрессовые, использованы глоссарии CISS. Концентрация мелатонина в сыворотке крови определялась в 22.00, 2.00, 6.00 часов и определялась иммуноферментным методом (ELISA).

**Результаты.** В группе лиц с диспепсией обнаружено высшее ночное выделение мелатонина, а также существенно большее напряжение черт личности, уступающих в радиусе циклотимии, склонности к невротизму, сублимации, депрессивности и чувствительности. Наиболее часто используемые методы преодоления препятствий стрессового порядка была стратегия концентрирования на определенных заданиях и их исполнении, а также эмоциях.

**Выводы.** Отмечено существование совместных черт личности и стиля преодоления стрессов, а также высшее выделение ночного мелатонина у больных с ФД, в сравнение со здоровыми людьми.

**Beurteilung der ausgewählten Persönlichkeitseigenschaften, Art und Weise der Stress -  
Selbsthilfe, und der Nachtsekretion von Melatonin bei Kranken mit funktionellen Dispepsie**

**Zusammenfassung**

**Ziel.** Das Hauptziel der Studie war die Beurteilung der ausgewählten Persönlichkeitseigenschaften, Art und Weise der Stress - Selbsthilfe, und des Spiegels von Melatonin im Blutserum bei Kranken mit funktionellen Dispepsie (FD).

**Material.** An der Studie nahmen 36 Patienten (14 Frauen und 24 Männer) im Alter von 19 bis 43 Jahren (Durchschnittsalter: 31,6) teil. Die Kontrollgruppe bildeten klinisch gesunde Probanden im Alter zwischen 21-53 Jahren (Durchschnittsalter:37,2).

**Methoden.** Zur Bestimmung der Intensität der Eigenschaften der Persönlichkeitsgestaltung wurde der Fragebogen CO-16 gewählt. Zur Beurteilung der gewählten Strategien der Selbsthilfe in stresserregenden Situationen wurde der CISS - Fragebogen angewandt. Die Konzentration von Melatonin im Blutserum wurde um 22:00, 2:00; 6:00 Uhr mit der immunoenzymatischen Methode (ELISA) durchgeführt.

**Ergebnisse.** In der Gruppe der Personen mit Dispepsie wurde eine höhere Sekretion von Melatonin in der Nacht festgestellt. Es zeigte sich auch eine signifikant höhere Intensität der Eigenschaften im Bereich der Zyklotymie, Neigung zum Neurotizismus, Submission, Depressivität und Sensibilität. Die häufigsten Methoden der Selbsthilfe im Stress, die durch die Patienten vorgezogen werden, sind die Strategien der Konzentration auf Aufgabe und Emotionen.

**Schlussfolgerungen.** Es gibt gemeinsame Persönlichkeitseigenschaften und Methoden der Stress - Selbsthilfe und eine höhere Melatoninsekretion in der Nacht bei den Kranken mit FD im Vergleich mit der Gruppe der gesunden Personen.



**L'estimation des traits choisis de la personnalité, des stratégies de se débrouiller avec le stress et de la sécrétion nocturne de la melatonine chez les patients souffrant de la dyspepsie fonctionnelle**

**Résumé**

**Objectif.** Estimer les traits choisis de la personnalité, des stratégies de se débrouiller avec le stress et le niveau de la melatonine dans le sérum des patients souffrant de la dyspepsie fonctionnelle (FD).

**Matériel.** On examine le groupe de 36 patients (14 femmes et 24 hommes), 19–43 ans, moyenne de l'âge 31,6 et le groupe de contrôle – 30 personnes saines, 21–53 ans, moyenne de l'âge 37,2.

**Méthodes.** Pour définir l'intensité des traits on choisit le questionnaire CO-16, pour décrire les stratégies de se débrouiller du stress on préfère le questionnaire CISS. La concentration de ma melatonine dans le sérum durant la nuit (à 22.00, à 2.00 et 6.00 heures on utilise la méthode immunoenzymatique (ELISA).

**Résultats.** Dans le groupe souffrant de la dyspepsie on note la sécrétion nocturne de la melatonine plus élevée, la plus grande intensité des caractéristiques de la cyclothymie, névrose, soumission, dépression, sensibilité. Leur stratégie de se débrouiller avec le stress c'est la stratégie de se concentrer aux émotions et aux problèmes.

**Conclusion.** On constate l'existence des traits communs de la personnalité et des stratégies de débrouiller avec le stress ainsi que le niveau plus élevé de la melatonine chez les patients souffrant de la dyspepsie fonctionnelle.

**Piśmiennictwo**

1. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GN. *Functional gastroduodenal disorders*. Gut 1999; 45: 37–42.
2. Solomon P. *Psychologia w medycynie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
3. Alexander PJ, Tantry BV. *Role of anxiety and personality in non-ulcer dyspepsia: a comparative study with duodenal ulcer*. Indian J. Gastroenterol. 1993; 12: 86–88.
4. Hu WH, Wong WM, Lam CL, Lam KF, Hui WM, Lai KC. *Anxiety but not depression determines care-seeking behavior in Chinese patients with dyspepsia and irritable bowel syndrome: a population-based study*. Aliment. Pharmacol. Ther. 2002; 16 (12): 2081–2088.
5. Kawakami H, Hongo M, Okuno Y, Yamada M, Nishimura N, Fukudo S. *Personality deviation and gastric motility in patients with functional dyspepsia*. J. Clin. Gastroenterol. 1995; 21, supl. 1: 179–184.
6. Lee S, Park M, Choi S, Nah Y, Abbey SE, Rodin G. *Stress, coping and depression in non-ulcer dyspepsia patients*. J. Psychosom. Res. 2000; 49 (1): 93–99.
7. Armstrong SM, Cassone VM, Chesworth MJ. *Synchronisation of mammalian circadian rhythms by melatonin*. J. Neurol. Transm. 1986; supl. 21: 375–394.
8. Carrillo-Vico A, Guerrero JM, Lardone PJ, Reiter RJ. *A review of the multiple actions of melatonin on the immune system*. Endocr. 2005; 27 (2): 189–200.
9. Reiter RJ, Tan DX, Moldonado MD. *Melatonin as an antioxidant: physiology versus pharmacology*. J. Pineal. Res. 2005; 39 (2): 215–216.
10. Carvahlo LA, Gorgenstein C, Moreno RA, Markus RP. *Melatonin levels in drug-free patients with major depression from the southern hemisphere*. Psychoneuroendocrinol. 2006; 16: 28–34.
11. Jaworek J, Brzozowski T, Konturek SJ. *Melatonin as an organoprotector in the stomach and the pancreas*. J. Pineal. Res. 2005; 38 (2): 73–83.
12. Nowakowska M. *Polska adaptacja 16-Czynnikowego Kwestionariusza Osobowości R. B. Cattella*. Psychol. Wychow. 1970; 13: 478–500.

13. Korolczuk 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, s. 66–78.
14. Talley NJ, Fung LH, Gilligan J, McNeil, Piper DW. *Association of anxiety, neuroticism and depression with dyspepsia of unknown cause*. *Gastroenterol.* 1986; 90: 886–892.
15. Talley NJ, Boyce P, Jones M. *Dyspepsia and health care seeking in a community (how important are psychological factors?)*. *Dig. Dis. Sc.* 1998; 43 (5): 1016–1022.
16. Martin P. *Umysł, który szkodzi. Mózg, zachowanie, odporność i choroba*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS; 2000.
17. 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: 350–357.
18. Aleksandrowicz J. *Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10)*. Kraków: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998.
19. Ogińska-Bulik N. *Rola stresu w etiopatogenezie chorób*. *Zesz. Nauk. WSHE w Łodzi* 2001; 2 (15): 7–25.
20. Bennett EJ, Evans P, Scott AM, Badcock CA i in. *Psychological and sex features of delayed gut transit in function gastrointestinal disorders*. *Gut* 2000; 46: 83–87.
21. Mayer EA. *The neurobiology of stress and gastrointestinal diseases*. *Gut* 2000; 47: 861–869.
22. Heszen-Niejodek I. *Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje*. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z, red. *Człowiek w sytuacji stresu*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2000, s. 12–43.
23. Heszen-Niejodek I. *Psychologiczne problemy chorych somatycznie*. W: Strelau J, red. *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Tom 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000, s. 513–531.
24. Klupińska G, Malkowski B, Maziarski Z, Chojnacki J, Zając A, Tryniszewski W. *Nocturnal secretion of melatonin in patients with duodenal ulcer disease*. 12th ICE, International Proceedings. Bologna: Medimont; 2004, s. 451–455.
25. Mocaer E, Delalleau B, Boyer PA, Bodinat C. *Development of a new antidepressant: agomelatine*. *Med. Sc.* 2005; 21 (10): 888–893.
26. Dalton EJ, Rotondi D, Levitan RD, Kennedy SH, Brown GM. *Use of slow-release melatonin in treatment-resistant depression*. *J. Psych. Neurosc.* 2000; 25: 48–52.
27. Adler L, Wedekind D, Pilz J, Weniger G, Huether G. *Endocrine correlates of personality traits: a comparison between emotionally stable and emotionally labile healthy young men*. *Neuropsychobiol.* 1997; 35 (4): 205–210.
28. Rabe-Jabłońska J, Szymanska A. *Diurnal profile of melatonin secretion in the acute phase of major depression and in remission*. *Med. Sc. Monit.* 2001; 7 (5): 946–952.
29. Crasson M, Kjiri S, Colin A, Kjiri K, Ansseua M, Legros JJ. *Serum melatonin and urinary 6-sulfatoxymelatonin in major depression*. *Psychoneuroendocrinol.* 2004; 29: 1–12.
30. Mahadeva S, Goh K-H. *Epidemiology of functional dyspepsia: a global perspective*. *World J. Gastroenterol.* 2006; 12 (17): 2661–2666.

*Praca sponsorowana przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi (praca nr 502-15-303)*

Adres: Joanna Grzyb  
Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
90-647 Łódź, pl. gen. J. Hallera 1

Otrzymano: 19.07.2006  
Zrecenzowano: 23.11.2006  
Przyjęto do druku: 20.12.2006