

УДК 159.9.072

Мелёхин А.И.

СВЯЗЬ ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЛИЧНОСТНОГО ТИПА И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина, Москва, Российская Федерация

Функциональные желудочно-кишечные расстройства представляют собой обширную гетерогенную группу желудочно-кишечных заболеваний, при которых пациент, находясь в цикле «взлетов и падений», испытывает длительные, чаще всего непредсказуемые симптомы, периоды дискомфорта и социальных трудностей;

Из примерно 20-25 функциональных желудочно-кишечных расстройств *синдром раздраженного кишечника* (СРК) является наиболее распространенным расстройством за последние несколько лет, который относится к нарушениям микробиом-кишечно (энтерально) -мозгового (центральная нервная система) взаимодействия (disorders of gut-brain interaction). Тесная взаимосвязь между пищеварительным трактом и эмоциональным статусом пациента привела к признанию СРК функциональным гастроэнтерологическим заболеванием [4;6]. Это расстройство диагностируется у женщин в 2-3 раза чаще, чем у мужчин, и до 80% из них страдают тяжелой степенью СРК.

Причины СРК до сих пор не установлены. Однако, по этому поводу были выдвинуты серьезные гипотезы в области нейрогастроэнтерологии и зарубежной клинической психологии. К тому же психиатрические расстройства тесно сопряжены с СРК, более точнее можно сказать, что желудочно-кишечные проявления являются одним из симптомов, которые получили название *желудочно-кишечная специфическая тревога* (gastrointestinal symptom-specific anxiety) как форма повышенной *висцеральной гиперчувствительности* (visceral sensitivity) [7]. У пациентов наблюдается гипербдительность к телесным ощущениям с переживаниями стыда, потери контроля над «работой кишечника», нозофобия, канцерофобия, страх приема пищи /без расстройства пищевого поведения. Повышенная *висцераль-*

ная гиперчувствительность связана с *гипервозбудимостью* (соматической, когнитивной), формированием у пациентов с СРК быстрых фобических ассоциаций, чувства безнадежности, не достаточности, и безысходности своего положения [3].

Сегодня необходимость выявления детерминант качества жизни у пациентов с СРК становится важной перспективой. Многие научные исследования выявили некоторые факторы, влияющие на качество жизни у пациентов с СРК. Например, они испытывают серьезные проблемы в эмоциональной регуляции, а также *симптомы депрессии* (раздражительность, слезливость, ощущение пустоты, подавленность, сниженный интерес ко всему, потеря удовлетворенности собой, обитание в прошлом или собственном теле, обильные тревожные сновидения и др.). Кроме того, преморбидные личностные особенности пациента представляют собой особый психологический фактор в формировании дисфункциональных когнитивно-поведенческих реакций у пациента и ряда психических расстройств [3;7;8].

Существует четыре условных «основных» типа личностной организации выделяемых в клинической психологии [9;10]:

- Тип «А» характеризуется высокой конкурентоспособностью и высокой целеустремленностью. Они склонны к чрезмерной реакции и бдительности и, скорее всего, будут испытывать тревогу, гнев, раздражение и враждебность.

- Тип «В» считается «здоровой» и «уравновешенной». Люди данного типа амбициозны, но не ставят перед собой нереалистичных целей. Они испытывают меньше стресса и проявляют больше терпения.

- Тип «С» обычно ассоциируется с предрасположенностью к онкологическим заболеваниям. Эти люди характеризуются отсутствием

или сниженной эмоциональной экспрессией, чрезмерным терпением, спокойствием, отсутствием уверенности в себе и сокрытием негативных эмоций

- Тип «D» проблемно (дистресс)-ориентированный (страдающий) личностный тип (Type D personality) или встревоженный («что-то делать») тип личности включает в себя два измерения: негативная аффективность и социальное торможение.

При *негативной аффективности* человек склонен испытывать и реагировать на большинство событий в своей жизни первично негативными эмоциям (тревожность, депрессивность, раздражительность, гнев, зависть и враждебность), маркировать ситуации как «вызов», «конфликт», «проблема» и негативно предсказывать будущее

Социальное торможение выражается в том, что человек не желает (изолирует) выражать эмоции из-за страха быть отвергнутым и низкого уровня самооценки (чувство беспомощности, неполноценности. Присутствует убеждение, «проще сделать, чем чувствовать». Пациенты не могут позволить себе быть беспомощными, что-то делегировать.

Кроме того, для типа «D» характерно постоянно подавленное настроение со склонностью испытывать напряжение и беспокойство, пессимистический взгляд на жизнь в целом и собственное будущее. Ждать одобрения, признания и оценки со стороны других людей. Накопление негативного аффекта типично для нейротизма, в то время как социальное торможение может указывать на интроверсию. Оба измерения связаны с социальной сдержанностью и меньшей склонностью искать социальную поддержку, что может способствовать развитию и обострению заболеваний. Эти черты являются фактором риска психических расстройств, особенно *расстройств настроения* [13]. Пациенты с этим типом личности живут в цикле «проблема-проблема, прилетит-не прилетит, быстро-быстрее», демонстрируют когнитивное опережение (проматывание дня), высокий уровень избегающего, перестраховочного поведения, низкого здоровьесберегающего, профилактического поведения, искаженное восприятие усталости и ситуаций как «вызовов» (жизнь в режиме гонки достижений, «делать», «планировать», «разгоняться»), жесткие внутренние стандарты («нужно быть...») и повышенную склонность к соматизации

(например, головным и мышечным болям). Хотя предполагается, что психологические особенности стабильны с течением времени, в случае типа D есть некоторые данные, которые приводят к его плохой временной стабильности (заострению черт) с течением времени. Например, в форме преобладания режима быть постоянно «собранным», «сконцентрированным», «терпимым», «игнорировать» собственные ценности и жить на «автопилоте» [12].

Негативная аффективность, и симптомы депрессии являются перекрывающимися психологическими конструктами, определяющими психическое благополучие пациента с СРК. Сама негативная аффективность, возможно, не является стабильной чертой личности пациентов, но может рассматриваться как психологическая характеристика [4;11]. Данные наших зарубежных коллег на примере пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [13] показали, что более высокие уровни негативной аффективности и социального торможения связаны с большим количеством депрессивных симптомов. Более того, данной личностный тип способствует *когнитивным искажениям* при восприятии себя, других людей и в целом окружающего мира, что приводит к дисфункциональным репрезентациям, которые направляют поведение человека формируя схемы реагирования. Напомним, что когнитивные искажения рассматриваются как одна из особенностей расстройств настроения [11].

Мы предположили, что, когда начинают действовать основные негативные убеждения пациента и появляются спонтанные негативные мысли, естественное, негативное, нейтральное или даже позитивное событие может повлиять на негативную аффективность и вызвать дисфункциональное поведение. Следовательно, личностный тип «D» может быть связан с симптомами депрессии из-за наличия у пациентов СРК определенного *профиля когнитивных искажений*. Таким образом проблемно-ориентированный личностный тип (D), по-видимому, придает особую уязвимость пациента к хроническому микро/макро-стрессу и определенным формам соматизации (например, тиннитус-дистрессу см. [1;2]). Выше мы указывали, что пациенты с синдромом раздраженного кишечника (СРК) часто испытывают психологические расстройства, такие как депрессия и тревога, что было пока-

зано в ряде систематических обзоров и мета-анализов. Показана значительную взаимосвязь между тревожным спектром расстройств (ГТР, паническое расстройство), депрессией и повышенным риском СРК. Следовательно, роль симптомов депрессии как фактора риска развития проявлений СРК также может быть значительной. Основываясь на традиции, которой придерживались наши зарубежные коллеги, настоящее исследование имело **целью данного исследования** изучить структурную связь между проблемно-ориентированным личностным типом и симптомами депрессии с опосредующей ролью персонифицированного профиля когнитивных искажения как у пациентов с СРК, так и у здоровых людей.

Материал и методы исследования

Участники исследования.

Основная группа: 70 женщин и 70 мужчин, средний возраст 34 года в диапазоне от 18 до 51 года, с СРК (К58 по МКБ-10 и в соответствии IV Римским диагностическим критериям), прошедшие полное обследование у врача-гастроэнтеролога с проведением колоноскопического обследования и направленные к клиническому психологу для психологического обследования. Работали – 77%, находились в отношениях – 74%. Средняя длительность заболевания $40,9 \pm 33,1$ месяцев, что говорит о рефрактерном течении СРК. Средний общий балл по Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) у пациентов составил $51,2 \pm 15,3$, что указывает на умеренный уровень тяжести симптомов. Преобладали диарейные проявления - $10,05 \pm 4,29$, абдоминальная боль - $10,75 \pm 3,37$, реже запорные проявления - $8,8 \pm 3,17$. Участники на момент исследования не принимали ни соматотропную и психотропную терапию

Контрольная группа – 70 мужчин и 70 женщин (средний возраст $31,2 \pm 11,4$ года, работали – 74%, находились в отношениях – 68%), посещавшие профилактически врача-гастроэнтеролога, у которых отсутствовали функциональные и органические заболевания желудочно-кишечного тракта.

Критерии включения: возраст 20–60 лет; информированное согласие и наличие диагноза от врача-гастроэнтеролога К58 (по МКБ-10) и согласно IV Римским критериям; подтверждение отсутствия органического заболевания при соответствующем исследовании (биохимическом, ультразвуковом, эндоскопическом и рентгенологическом).

Критерии исключения: наличие сопутствующего органического заболевания желудочно-кишечного тракта (например, воспалительного заболевания кишечника); тяжелой сопутствующей патологии (например, онкологии, ишемической болезни сердца, метаболических, аутоиммунных заболеваний); беременность, кормление грудью; прием лекарств, которые могли изменить функционирование ЦНС (например, антихолинэргические, антиаритмические препараты, β -блокаторы); перенесенные операции на брюшной полости, за исключением аппендэктомии и/или холецистэктомии; имели в прошлом или в настоящем времени серьезные психические расстройства, злоупотребление психоактивными веществами или алкоголем.

Методики исследования:

Наличие и степень выраженности депрессии: опросник Patient Health Questionnaire-9 (depression module, Kroenke et al., 2001) представляет собой опросник состоящий из девяти пунктов оценки депрессивных симптомов, учитываемых при постановке диагноза больше депрессивное расстройство по DSM-V. Мера оценивает тяжесть симптомов за последние две недели. Элементы оцениваются по шкале от нуля до трех баллов, при этом более высокие баллы отражают более частое беспокойство по поводу конкретных симптомов. 10 баллов и выше по шкале PHQ-9 свидетельствуют о вероятном наличии депрессии.

Специфика проблемно-ориентированного личностного типа - Type D Personality Scale (DS-14). Состоит из двух подшкал негативной аффективности (вопросы 2, 4, 5, 7, 9, 12, и 13) и социальное торможение (вопросы 1, 3, 6, 8, 10, 11, и 14) которые оценивается по 5-балльной шкале Лайкерта. Оценка ≥ 10 по обоим показателям, указывает на личностный тип D. Общая надежность на уровне 0,81. Более того, надежность субшкал в настоящем (альфа Кронбах) исследовании была оценена в 0,81 и 0,83, соответственно.

Шкала оценки дисфункциональных убеждений отношений А. Бека и А. Вейсмана (Dysfunctional Attitudes Scale Revised, DAS, рус. ШДО, адаптация М.Л. Захаровой) представляет собой 40-элементную шкалу дисфункциональных убеждений, которые, как считается, связаны с депрессией. Респондентов просят оценить степень своего согласия с утверждениями по 7-балльной шкале от «полностью согласен» до «полностью не согласен».

Описание специфики симптомов депрессии, компонентов личностного типа «D», дисфункциональных убеждений у пациентов с СРК и здоровых респондентов

Параметр оценки	Группы	M	SD	t(140)	p	Станд. средняя разница																																				
Наличие и степень выраженности депрессии (PHQ-9)	Основная	13,0	4,2	1,34	0,001	0,009																																				
	Контрольная	7,41	3,7				Негативная аффективность (DS-14)	Основная	6,01	4,23	4,39	0,001	0,008	Контрольная	2,45	0,10	Социальное торможение (DS-14)	Основная	5,89	4,38	2,51	0,001	0,009	Контрольная	1,17	0,19	Степень взаимодействия НА и СТ	Основная	3,98	2,16	1,15	0,210	0,385	Контрольная	3,53	2,0	Дисфункциональные убеждения (ШДО, общий индекс)	Основная	129	32	5,20	0,001
Негативная аффективность (DS-14)	Основная	6,01	4,23	4,39	0,001	0,008																																				
	Контрольная	2,45	0,10				Социальное торможение (DS-14)	Основная	5,89	4,38	2,51	0,001	0,009	Контрольная	1,17	0,19	Степень взаимодействия НА и СТ	Основная	3,98	2,16	1,15	0,210	0,385	Контрольная	3,53	2,0	Дисфункциональные убеждения (ШДО, общий индекс)	Основная	129	32	5,20	0,001	0,008	Контрольная	73	21						
Социальное торможение (DS-14)	Основная	5,89	4,38	2,51	0,001	0,009																																				
	Контрольная	1,17	0,19				Степень взаимодействия НА и СТ	Основная	3,98	2,16	1,15	0,210	0,385	Контрольная	3,53	2,0	Дисфункциональные убеждения (ШДО, общий индекс)	Основная	129	32	5,20	0,001	0,008	Контрольная	73	21																
Степень взаимодействия НА и СТ	Основная	3,98	2,16	1,15	0,210	0,385																																				
	Контрольная	3,53	2,0				Дисфункциональные убеждения (ШДО, общий индекс)	Основная	129	32	5,20	0,001	0,008	Контрольная	73	21																										
Дисфункциональные убеждения (ШДО, общий индекс)	Основная	129	32	5,20	0,001	0,008																																				
	Контрольная	73	21																																							

Примечание: НА- негативная аффективность, СТ – социальное торможение.

Статистический анализ проводился с помощью программ IBM SPSS v.23 и AMOS v.24 для OS X. t-критерий Стьюдента и критерий хи-квадрат использовались для непрерывных переменных и категориальных переменных соответственно с применением сравнительного индекса соответствия (CFI), индекса Такера-Льюиса (TLI) и учетом среднеквадратичной ошибки аппроксимации (RMSEA). Затем был использован тест ANOVA для определения связи между личностью типа D и симптомами депрессии у пациентов с СРК. Кроме того, для определения роли независимого фактора когнитивных использовалась многогрупповой анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 приведены средние значения и стандартное отклонение исследуемых переменных, из которой видны выраженные изменения со стороны негативной аффективности, социального торможения, симптомов депрессии и наличия дисфункциональных убеждений (дихотомическое мышление, чрезмерное обобщение, навешивание ярлыков, чтение мыслей, игнорирование положительных аспектов, персонализация) у пациентов с СРК в отличие от здоровых респондентов.

Наблюдается связь между наличием у пациентов с СРК дисфункциональных убеждений с наличием и степенью выраженностью

депрессии, негативной аффективностью, социальным торможением как компонентов личностного типа «D» (табл.2).

Имеющиеся данные указывают на то, что «психосоматические» заболевания или соматизация может как предшествовать психическим расстройствам, так и иногда являться следствием этих расстройств. Поэтому люди с СРК, подобно другим соматоформным проявлениям, склоны к развитию большего количества когнитивных искажений (дисфункциональных убеждений), а более сильные когнитивные искажения могут привести к более длительной депрессии. Кроме того, у этих людей семейное функционирование более непропорционально по сравнению с нормальными людьми.

Мы протестировали модель регрессии «негативная аффективность+социальное торможение» и показали индексы соответствия модели, относящихся к каждой модели, не стандартизированных и стандартизированных прямых эффектах для обеих групп респондентов в таблице 2. В таблице 2 приведены индексы соответствия модели и коэффициенты структурной регрессии в группах пациентов СРК и здоровых людей. Обе модели привели к значению χ^2/df ниже 5, что является признаком хорошей подгонки модели. Модель регрессии по критерию RMSEA 95% доверительные интервалы ниже

Корреляционный анализ связи дисфункциональных убеждений с симптомами депрессии, параметрами личностного типа «D» у пациентов с СРК и здоровых респондентов

Группы	Параметры оценки	Дисфункциональные убеждения (ШДО, общий индекс)	
		r	p
Основная	Симптомы депрессии	0,525	0,001
	Негативная аффективность	0,474	0,001
	Социальное торможение	0,423	0,001
Контрольная группа	Симптомы депрессии	0,201	0,05
	Негативная аффективность	-	-
	Социальное торможение	-	-

0,05. Согласно как CFI, так и TLI, модель показала хорошую подгонку со значениями примерно 0,91. Коэффициент косвенного пути между личностным типом «D» и симптомами депрессии через опосредованный фактор когнитивные искажения (убеждения) был значительным, косвенный коэффициент=0,17, 95% CL = 0,14, 0,29). Кроме того, результаты анализа посредничества в модели здоровых людей показали, что коэффициент

косвенного пути между личностным типом «D» и симптомами депрессии через когнитивные искажения также был значительным, косвенный коэффициент=0,12, 95% CL =0,07, 0,19. Следует сделать акцент, что в текущем исследовании как негативная аффективность, так и социальное торможение независимо важны для объяснения различий в симптомах депрессии, но влияние этих двух личностных черт не более чем сумма их частей.

Таблица 3

Индексы соответствия модели (уравнения) и коэффициенты регрессии в группах пациентов СРК и здоровых респондентов

Группы пациентов	Параметры	B	β	p
Основная	НА и депрессия	3,61	0,21	0,001
	НА и дисфункциональные убеждения	5,59	0,28	0,001
	СН и депрессия	3,91	0,35	0,001
	СН и дисфункциональные убеждения	2,57	0,21	0,01
	Дисфункциональные убеждения и депрессия	0,29	0,20	0,01
Контрольная	НА и депрессия	3,48	0,21	0,008
	НА и дисфункциональные убеждения	4,23	0,20	0,102
	СН и депрессия	3,20	0,23	0,001
	СН и дисфункциональные убеждения	3,55	0,25	0,004
	Дисфункциональные убеждения и депрессия	0,27	0,31	0,01

Примечание: НА- негативная аффективность, СТ – социальное торможение.

**Результаты многогруппового анализа исследуемых переменных
у пациентов с СРК и здоровых респондентов**

Параметры	Группы	Коэффициент	Z
НА и депрессия	Основная	0,21	0,814
	Контрольная	0,14	
НА и дисфункциональные убеждения	Основная	0,29	0,573
	Контрольная	0,22	
СН и депрессия	Основная	0,37	0,940
	Контрольная	0,18	
СН и дисфункциональные убеждения	Основная	0,26	0,951
	Контрольная	0,19	
Дисфункциональные убеждения и депрессия	Основная	0,30	0,589
	Контрольная	0,22	

Примечание: НА- негативная аффективность, СТ – социальное торможение.

Таким образом взаимосвязи между личностным типом «D» и симптомами депрессии (по PHQ-9) были в значительной степени опосредованы когнитивными искажениями в двух группах.

В таблице 4 показано, что все коэффициенты траектории не отличаются, z-значение для всех сравнений не превышало критического значения - 1,90, что подтверждает полученные нами взаимосвязи. Однако следует учитывать, что корреляционный анализ (табл.2) не позволяет нам прийти к причинно-следственному выводу.

Похоже, что личностный тип «D» может привести к когнитивным искажениям у людей из-за нарушения у них в эмоциональной регуляции и создания негативного отношения к самим себе, а эти когнитивные искажения, в свою очередь, могут вызвать симптомы депрессии через поведенческие особенности пациента (рис.1)

Отрицательные эмоции и социальное торможение характерная для типа «D» может усиливать симптомы депрессии, учитывая тот факт, что часто семьи пациентов с СРК



Рис. 1. Модель связи проблемно-ориентированного личностного типа (D) и депрессии у пациентов с синдром раздраженного кишечника

не позволяют своим детям выражать свои мысли и чувства, разногласия между членами семьи не считаются нормальными, а переговоры по разрешению споров не ведутся по соглашению.

Существует лишь ограниченное число исследований, в которых изучалась структура личности и личностные характеристики в связи с СРК (например, [4;5;7;11]). Личность играет важную роль в определении поведения и привычек, которые могут повлиять на здоровье-сберегающее, профилактическое поведение и процесс заболевания. Негативная аффективность и социальное торможение являются основными чертами личности типа «D». Эти люди подвержены более высокому риску депрессии, испытывают значительный уровень тревоги и стресса, обычно подавляют свои эмоции и часто хуже реагируют на болезнь, что показано в данном исследовании. Пациенты с типом личности «D» испытывают большую кортизол реактивность к стрессу и более склонны накапливать психологический стресс. В этом исследовании у большинства пациентов с СРК был обнаружен тип личности «D», что согласуется с данными наших зарубежных коллег. Например, данные [4;7;11] сообщили о распространенности личности типа «D» у 40% среди пациентов с СРК, что оказывает заметное влияние на качество жизни пациента. Сами пациенты сообщали об интеграции заболевания в их жизнь до такой степени, что болезнь становится частью их личности. Таким образом данный личностный тип, по-видимому, является важным психологическим фактором не только в случаях сердечно-сосудистых заболеваний, тиннитуса, синдрома обструктивного апноэ во сне, синдрома диабетической стопы, хронической боли, меланомы, но и СРК. Выявленная нами взаимосвязь между личностным типом «D»

и симптомами депрессией через когнитивные искажения (убеждения) подтвердила необходимость уделять больше внимания личностным чертам в целях профилактики психических расстройств в целом и рисков развития рефрактерного течения СРК. Кроме того, взаимодействие этих переменных с «психосоматическими» расстройствами рассматривается как важный фактор, который следует принимать во внимание при таких расстройствах, как депрессия. Негативная аффективность как одно из измерений личностного типа «D» оказывает негативное влияние на качество жизни и психическое состояние пациентов с СРК. Социальное торможение, которое как нами выявлено преобладает у пациентов с СРК относится к тенденции подавлять выражение эмоций, поведения в социальных взаимодействиях, чтобы избежать неодобрения со стороны других. Хотя внешне пациенты кажутся спокойными, на самом деле они чувствуют себя напряженно и неуверенно в обществе других и, как правило, испытывают значительные личные страдания. Следовательно, социальное торможение может усилить неблагоприятное влияние негативных эмоций на психическое благополучие. Кроме того, социальное торможение может быть связано с несоблюдением рекомендаций врача. Более того, при социальном торможении пациенты менее склонны к поведению, способствующему укреплению здоровья. Следует отметить, что пациенты с СРК с типом личности «D» имеют ограничения в своих стратегиях совладания для адаптации к стрессовым жизненным событиям и своим медицинским (соматическим) состояниям, что требует наряду с фармакологическим подходом, применение психотерапевтических стратегий в форме персонализированных протоколов когнитивно-поведенческой терапии.

Мелёхин А.И.

СВЯЗЬ ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЛИЧНОСТНОГО ТИПА И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина, Москва, Российская Федерация

В статье показано, что у 140 пациентов с синдромом раздраженного кишечника (70 женщин и 70 мужчин, средний возраст 34 года в диапазоне от 18 до 51 года; средняя длительность заболевания $40,9 \pm 33,1$ месяцев) наблюдаются выраженные изменения со стороны негативной аффективности, социального торможения (DS-14) как компонентов проблемно-ориентированного личностного типа (D), а также симптомы депрессии (PHQ-9). У 89% обследуемых пациентов с СРК наблюдается проблемно-ориентированный личностный тип. Присутствуют дисфункциональные убеждения (DAS): дихотомическое мышление, чрезмерное обобщение, навешивание ярлыков, чтение мыслей, игнорирование положительных аспектов и персонализация. Наблюдается связь

между наличием у пациентов с СРК дисфункциональных убеждений и степенью выраженностью депрессии, негативной аффективностью, социальным торможением. Представлена модель связи проблемно-ориентированного личностного типа (D) и депрессии у пациентов с СРК. Показано, что взаимосвязь между личностным типом «D» и симптомами депрессии (PHQ-9) у пациентов с СРК в значительной степени опосредованы дисфункциональными убеждениями, что задает новые психотерапевтические мишени для проведения когнитивно-поведенческой терапии данной группы пациентов.

Ключевые слова: проблемно-ориентированный личностный тип, синдром раздраженного кишечника, негативная аффективность, социальное торможение, депрессия

Melehin A.I.

RELATIONSHIP OF PROBLEM-ORIENTED PERSONALITY TYPE AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

P.A. Stolypin Humanitarian Institute, Moscow, Russian Federation

The article shows that 140 patients with irritable bowel syndrome (70 women and 70 men, the average age of 34 years in the range from 18 to 51 years; the average duration of the disease is 40.9 ± 33.1 months) have marked changes in negative affectivity, social inhibition (DS-14) as components of the problematic-oriented personality type (D), as well as symptoms of depression (PHQ-9). 89% of the examined patients with IBS have a problem-oriented personality type. There are dysfunctional beliefs (DAS): dichotomous thinking, excessive generalization, labeling, mind reading, ignoring positive aspects, personalization. There is a connection between the presence of dysfunctional beliefs in patients with IBS and the severity of depression, negative affectivity, and social inhibition. A model of the relationship between problem-oriented personality type (D) and depression in patients with IBS is presented. It is shown that the relationship between personality type “D” and symptoms of depression (PHQ-9) in patients with IBS is largely mediated by dysfunctional beliefs, which sets new psychotherapeutic targets for cognitive behavioral therapy of this group of patients.

Keywords: problem-oriented personality type, irritable bowel syndrome, negative affectivity, social inhibition, depression

Литература

1. Мелёхин А.И. Проблемно-ориентированный личностный тип у пациентов с шумом в ушах: специфика и практическая значимость в диагностике. Клиническая и специальная психология. 2022; 11 (3): 167–180.
2. Мелёхин А.И. Проблемно ориентированный личностный тип: маркер риска развития субъективного идиопатического шума в ушах. Клиническая больница. 2022; 33 (1): 20–27.
3. Chen Y, Lian B, Li P. Studies on irritable bowel syndrome associated with anxiety or depression in the last 20 years: A bibliometric analysis. Front Public Health. 2022; 10: 9-17. doi: 10.3389/fpubh.2022.947097.
4. Dabek-Drobny A, Mach T. Effect of selected personality traits and stress on symptoms of irritable bowel syndrome. Folia Med Cracov. 2020; 60 (2): 29-41. doi: 10.24425/fmc.2020.135011
5. Erdogan Z, Kurcer M. The Relationship between Type D Personality and Gastrointestinal Symptom Levels in Patients with Irritable Bowel Syndrome. Southern Clinics of Istanbul Eurasia. 2021; 32 (2): 154-158. 10.14744/scie.2020.19327
6. Fraga A, Mesquita B, Esteves-Sousa D. Irritable Bowel Syndrome: The role of the Psychiatry. Eur Psychiatry. 2022; 1 (65): 480-491. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.1220.
7. Hansel S.L, Umar S.B. Personality traits and impaired health-related quality of life in patients with functional gastrointestinal disorders. Clin Gastroenterol Hepatol. 2010; 8 (2): 220-232.
8. Lee C., Doo, E. The increased level of depression and anxiety in irritable bowel syndrome patients compared with healthy controls: Systematic review and meta-analysis. Journal of neurogastroenterology and motility. 2017; 23 (3): 349–362. [https://doi.org/ 10.5056/jnm16220](https://doi.org/10.5056/jnm16220).
9. Lodder P. A re-evaluation of the type D personality effect. Personality and Individual Differences. 2020; 167: 11-22. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110254>.
10. Mols F., Denollet J. Type D personality in the general population: A systematic review of health

- status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010; 8 (1): 1–10. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-9>.
11. Reports, 2013; 10 (3): 244–253. <https://doi.org/10.1007/s11897-013-0139-7>.
12. Sararoudi R.B, Afshar H., Adibi P. Type D personality and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *J Res Med Sci*. 2011; 16 (8): 985-92.
13. Sher L. Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *QJM* 2005. 98 (5): 323-239.
14. Widdershoven J., Kessing D. How are depression and type D personality associated with outcomes in chronic heart failure patients? *Current Heart Failure*. 2019; 3: 7-19.

References

1. Melehin A.I. Problemno-orientirovannyj lichnostnyj tip u pacientov s shumom v ushah: specifika i prakticheskaya znachimost' v diagnostike [Problem-oriented personality type in patients with tinnitus: specificity and practical significance in diagnosis]. *Klinicheskaya i special'naya psihologiya* [Clinical and special psychology]. 2022; 11 (3): 167–180 (in Russian).
2. Melehin A.I. Problemno orientirovannyj lichnostnyj tip: marker riska razvitiya sub'ektivnogo idiopaticeskogo shuma v ushah [Problem-oriented personality type: a marker of the risk of developing subjective idiopathic tinnitus]. *Klinicheskaya bol'nica* [Clinical Hospital]. 2022; 33 (1): 20–27 (in Russian).
3. Chen Y, Lian B, Li P. Studies on irritable bowel syndrome associated with anxiety or depression in the last 20 years: A bibliometric analysis. *Front Public Health*. 2022; 10: 9-17. doi: 10.3389/fpubh.2022.947097.
4. Dabek-Drobny A, Mach T. Effect of selected personality traits and stress on symptoms of irritable bowel syndrome. *Folia Med Cracov*. 2020; 60 (2): 29-41. doi: 10.24425/fmc.2020.135011
5. Erdogan Z, Kurcer M. The Relationship between Type D Personality and Gastrointestinal Symptom Levels in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*. 2021; 32 (2): 154-158. 10.14744/scie.2020.19327
6. Fraga A, Mesquita B, Esteves-Sousa D. Irritable Bowel Syndrome: The role of the Psychiatry. *Eur Psychiatry*. 2022; 1 (65): 480-491. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.1220.
7. Hansel S.L, Umar S.B. Personality traits and impaired health-related quality of life in patients with functional gastrointestinal disorders. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010; 8 (2): 220-232.
8. Lee C., Doo, E. The increased level of depression and anxiety in irritable bowel syndrome patients compared with healthy controls: Systematic review and meta-analysis. *Journal of neurogastroenterology and motility*. 2017; 23 (3): 349–362. <https://doi.org/10.5056/jnm16220>.
9. Lodder P. A re-evaluation of the type D personality effect. *Personality and Individual Differences*. 2020; 167: 11-22. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110254>.
10. Mols F., Denollet J. Type D personality in the general population: A systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010; 8 (1): 1–10. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-9>.
11. Reports, 2013; 10 (3): 244–253. <https://doi.org/10.1007/s11897-013-0139-7>.
12. Sararoudi R.B, Afshar H., Adibi P. Type D personality and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *J Res Med Sci*. 2011; 16 (8): 985-92.
13. Sher L. Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *QJM* 2005. 98 (5): 323-239.
14. Widdershoven J., Kessing D. How are depression and type D personality associated with outcomes in chronic heart failure patients? *Current Heart Failure*. 2019; 3: 7-19.

Поступила в редакцию 11.11.2022