

Choroba wrzodowa jako jednostka psychosomatyczna

Małgorzata Janowska¹, Andrzej Prystupa²

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Klinice i Katedrze Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Klinika i Katedra Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Janowska M, Prystupa A. Choroba wrzodowa jako jednostka psychosomatyczna. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(4): 330-333.

Streszczenie

Pojęcie „psychosomatyki”, zostało wprowadzone do użycia w pierwszej połowie XIX wieku. Aktualnie obowiązująca klasyfikacja DSM-IV (Międzynarodowa klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) traktuje zaburzenia psychosomatyczne jako skutek działania bodźców psychologicznych, które są czasowo powiązane z pierwszymi objawami lub zaostrzeniem choroby psychosomatycznej. Główną przyczyną choroby wrzodowej jest nieleczona infekcja *Helicobacter pylori*. Uważa się, że przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych może przyczynić się do postępu zmian chorobowych. Celem pracy była analiza udziału emocji, osobowości, stresu w patogenezie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.

Mówiąc o patogenezie choroby wrzodowej i dwunastnicy nie można jednak pominąć wpływu czynników psychologicznych. Wprawdzie pojedyncza sytuacja stresowa nie spowoduje trwałych zmian organicznych, ale długotrwała ekspozycja na stresor może skutkować rozwojem choroby wrzodowej. Nawet 30% do 65% wrzodów żołądka i dwunastnicy jest spowodowanych stresem. Do choroby wrzodowej predysponuje typ „D” osobowości, charakteryzujący się zaburzonym funkcjonowaniem społecznym oraz trudnościami w wyrażaniu emocji.

W związku z tym, iż choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy jest zaburzeniem o podłożu psychicznym, w terapii nie powinno zapominać się o pomocy psychologicznej. Pacjenci powinni uczęszczać na spotkania z psychoterapeutą w celu poznania i nauczenia się sposobów radzenia sobie ze stresem.

Słowa kluczowe

stres, choroba wrzodowa, kortyzol

WPROWADZENIE

Pojęcie „psychosomatyki” zostało wprowadzone w 1818 r. przez J. Ch. Heinroth’a. Termin ten idealnie obrazował istotę zaburzeń psychosomatycznych, czyli wzajemne relacje między *somą*, tj. ciałem, oraz *psyche* – duszą [1]. Według Zygmunta Freuda istotą zaburzeń psychosomatycznych jest konwersja, czyli skierowanie energii (z procesu psychologicznego lub z konfliktu) w stronę narządu wewnętrznego, na skutek jej nadmiernej kumulacji spowodowanej brakiem lub nieumiejętnym jej uwolnieniem. Odpowiednia korekcja kierunku padania energii oraz jej prawidłowe rozładowanie (odreagowanie), pozwoli na prawidłowe funkcjonowanie i uniknięcie objawów ze strony narządów wewnętrznych (somatyzacji) [2].

Międzynarodowa klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-IV – określa zaburzenia psychosomatyczne jako skutek działania bodźców psychologicznych, które są czasowo powiązane z pierwszymi objawami lub zaostrzeniem choroby somatycznej [3]. Typowymi przykładami chorób psychosomatycznych są: astma oskrzelowa, choroba niedokrwienna serca oraz choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy [4].

Choroba wrzodowa rozwija się pod wpływem wielu czynników. Głównymi przyczynami są: infekcja *Helicobacter pylori*, stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Należy jednak zauważyć, iż silny, długotrwały stres (szczególnie *disstres*) może stanowić podłoże do rozwoju choroby wrzodowej.

CEL PRACY

Celem pracy była analiza udziału emocji, osobowości, stresu w patogenezie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Dodatkowo zadaniem pracy było uświadomienie lekarzy w zakresie roli czynników pozaorganicznymi w patogenezie choroby. Przeprowadzono analizę dostępnego piśmiennictwa.

PREDYSPOZYCJE ORGANICZNE

Patogeneza choroby wrzodowej jest bardzo złożona. Na przestrzeni dziesięcioleci próbowano odkryć czynniki bezpośrednio i pośrednio prowadzące do zmian w błonie śluzowej przewodu pokarmowego. W XIX wieku uważano, że urazy, błędy dietetyczne, nadkwaśność oraz zaburzenia w mikrokrążeniu żołądka prowadzą do powstania wrzodu. Do przyczyn dodano także niestabilność układu autonomicznego. Natomiast dopiero w latach 40-tych XX wieku zauważono, iż choroba wrzodowa rozwija się na podłożu wszystkich wyżej wymienionych czynników.

Rola *Helicobacter pylori* została odkryta w latach 80-tych poprzedniego stulecia [5]. Według najnowszych doniesień, głównymi czynnikami determinującym rozwój wrzodu są infekcja *Helicobacter pylori* oraz przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Według badań, u 2/3 pacjentów zainfekowanych bakterią w ciągu roku rozwinię się wrzód dwunastnicy [6].

Organizm człowieka wykształcił szereg mechanizmów chroniących żołądek przed szkodliwym działaniem czynników zewnętrznych. Zalicza się do nich m. in.: wydzie-

Adres do korespondencji: Andrzej Prystupa, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 16, 20-081 Lublin
E-mail: aprystup@mp.pl

Nadesłano: 28 marca 2012; zaakceptowano do druku: 9 października 2012



lanie śluzu, szybką zdolność regeneracyjną uszkodzonych komórek, wytwarzanie przez błonę śluzową prostaglandyn oraz obecność silnego śluzówkowego przepływu krwi, warunkującego powrót jonów wodorowych do błony śluzowej ze światła żołądka [7].

Mimo dobrych i wielokierunkowych mechanizmów obronnych, w przypadku długotrwałego stanu napięcia dochodzi do wystąpienia zmian organicznych. Spowodowane są aktywacją układu podwzgórze-przysadka-nadnercza. Ostatnie ogniwo osi – kortyzol, poprzez hamujący wpływ na fosfolipazę A2, obniża syntezę protekcyjnych prostaglandyn. Glikokortykosteroid stymuluje również komórki G do syntezy gastryny, która z kolei zwiększa sekrecję HCl w żołądku. Nie bez znaczenia jest również fakt, iż kortyzol potęguje dodatkowo naczynioskurczowe działanie adrenaliny i noradrenaliny w stosunku do tętnic żołądka [8]. Długotrwały stres powoduje chroniczny skurcz naczyń, który sprzyja niedokrwieniu błony śluzowej, co czyni ją mniej odporną na działanie soku żołądkowego. W konsekwencji tworzą się owrzodzenia.

Jednorazowa sytuacja stresowa nie spowoduje trwałych zmian organicznych. Dopiero w przypadku długotrwałego narażenia można obawiać się rozwoju choroby wrzodowej [9].

STRES

Stresem nazywamy reakcję organizmu na bodziec wewnętrzny czy zewnętrzny, który zaburza jego homeostazę. Poznane są trzy rodzaje stresu: eustres, czyli stres mobilizujący organizm, distres – stres demobilizujący oraz neustres – stres będący obojętny dla ustroju. Oczywiście w przypadku choroby wrzodowej mamy do czynienia z efektami działania czynników demobilizujących. Stan chronicznego napięcia, jako skutek bodźców wewnętrznych, psychicznych, trwających powyżej sześciu miesięcy, prowadzi do rozległych zaburzeń. U osób poddanych działaniu przewlekłego stresu, a właściwie distresu, obserwuje się upośledzenie funkcji oraz zmiany organiczne znacznie częściej niż u osób niedoświadczających długotrwałej ekspozycji [10].

Systemem najbardziej wrażliwym na działanie stresorów jest autonomiczny układ nerwowy. To właśnie on odpowiada za przyspieszenie akcji serca, pocenie się dłoni czy skurcz mięśniówki przewodu pokarmowego, występujących przy reakcji na stres. Chwilowa ekspozycja na działanie czynników potencjalnie szkodliwych nie upośledza funkcjonowania narządów. Natomiast dopiero długotrwała ekspozycja, aktywuje mechanizmy obronne, upośledzając tym samym odporność organizmu i mechanizmy adaptacyjne. Wszystkie kolejne sytuacje stresowe odbierane są jako trudniejsze, a reakcje na nie stają się niewspółmiernie silne w stosunku do bodźca. Powstaje tzw. błędne koło, skutkujące wystąpieniem chronicznego stanu napięcia. Ze względu na największą liczbę zakończeń nerwowych ze wszystkich tkanek organizmu, przewód pokarmowy jest szczególnie podatny na wpływ układu nerwowego [11]. Uważa się, iż nawet 30% do 65% wrzodów żołądka i dwunastnicy spowodowanych jest stresem [12]. Według badań, przewlekły czynnościowy ból nadbrzusza, wymioty i nudności psychogenne prowadzą w ciągu kolejnych 12-13 lat do rozwoju choroby wrzodowej [13]. Pojawia się prosta zależność – stres aktywuje mechanizmy obronne układu autonomicznego, ten z kolei, z racji obecności największego unerwienia przewodu pokarmowego, pobudza go, wprowadzając tym samym w stan napięcia. Z punktu

widzenia psychiatrii chorobę determinują trudna sytuacja, pewne cechy osobowości oraz wrażliwość narządu, czyli tzw. czynnik X. Konstelacja wyżej wymienionych czynników przyczynia się również do wystąpienia choroby wrzodowej [14]. Bezpośrednim nawiązaniem do wymienionej tezy jest fakt, iż osoby które w dzieciństwie doświadczały przemocy fizycznej (ekwiwalent trudnej sytuacji), w przyszłości częściej cierpią na chorobę wrzodową [15]. Zaobserwowano podobny związek u jednostek pochodzących z niepełnych rodzin, z rodzin zaniedbujących dzieci, a także z rodzin nadopiekuńczych [16]. Co do wrażliwość narządów wewnętrznych, to jest ona osobniczo zmienna. Cechy osobowości zostaną omówione w kolejnym paragrafie.

OSOBOWOŚĆ

Pojęcie osobowości stresowej (*distressed personality*), typ „D”, wprowadzono w latach 90-tych XX wieku [17]. Dla osobowości „D” charakterystyczne są zaburzenia w dwóch wymiarach – ujawnianiu i wyrażaniu emocji oraz w funkcjonowaniu społecznym. Hamowanie społeczne przejawia się ciągłym tłumieniem negatywnych emocji w obawie przed dezaprobatą i odrzuceniem ze strony otoczenia. Drugą komponentę stanowi upośledzenie zdolności do wyrażania emocji i wycofanie języka ciała (regresywny język ciała) do okresu dzieciństwa. Dzieci nie posiadają w pełni wykształconej zdolności do werbalnego przekazywania emocji, dzieje się to jedynie poprzez reakcje organizmu [14]. Można śmiało twierdzić, iż na chorobę wrzodową częściej cierpią jednostki z tym typem osobowości [17].

Typowymi cechami tej osobowości są: pesymizm, niskie poczucie własnej wartości, obwinianie się za wszystko. Ponadto obserwuje się mniejszą zdolność do szukania i uzyskania wsparcia społecznego, poczucie wyczerpania oraz stałe napięcie [17, 18].

Dodatkowo u jednostek z osobowością stresową zauważa się większą podatność na stres oraz słabszą aktywność układu immunologicznego [18]. Niedostateczna reakcja odpornościowa może tłumaczyć, dlaczego infekcja *Helicobacter pylori* u jednych przebiega bezobjawowo, a u innych prowadzi do rozwoju choroby wrzodowej.

EMOCJE I ZACHOWANIA

Do rozwoju choroby wrzodowej predysponuje nadmierna skłonność do tłumienia i kontrolowania emocji. Dodatkowo jednostki z tym typem osobowości silnie przeżywają negatywne uczucia takie jak gniew, wrogość, irytacja. Obserwuje się u nich także wysoki poziom lęku [18, 19, 20]. U pacjentów z chorobą wrzodową, u których badania nie wykazały obecności *Helicobacter pylori*, obserwuje się zdecydowanie wyższy poziom lęku i frustracji (komponenty osobowości „D”) oraz większy ich udział w patogenezie zmian [21].

Długotrwała regresja emocji wiąże się z późniejszym wystąpieniem pierwszych objawów. Ponadto sprzyja ona hipochondrii, częstszemu wystąpieniu uzależnienia od alkoholu oraz tendencjom suicydalnym. Wieloletni lęk prowadzi do depresji lękowej. Zniwelowanie urojeń hipochondrycznych, poprzez leczenie psychoterapeutyczne, pozwoli na poprawienie stanu zdrowia pacjenta [22, 23, 24]. Nie do końca jest jednak objaśniona zależność między tendencjami suicydial-

nymi a chorobą wrzodową. Niestety, na podstawie badań przeprowadzonych w Rosji w latach 1965-2005 r. można wykryć dodatnią korelację między występowaniem choroby wrzodowej a częstością samobójstw mężczyzn [25].

Zachowaniami typowymi dla pacjentów z chorobą wrzodową są: przyjmowanie trwałej pozycji obronnej, nadmierne samokontrola, potrzeba dominacji i współzawodnictwa. Funkcjonowanie tych osób ściśle wiąże się z przekonaniem, iż człowiek musi się sprawdzać, a jego samoocena jest ściśle związana z aprobatą otoczenia. Skutkuje to obecnością stałego lęku przed kompromitacją, porażką, poczuciem walki ze sobą i z otoczeniem, chęcią stałego porównywania siebie z innymi i ich osiągnięciami. Dodatkowo towarzyszy im przekonanie, iż brak jest odpowiednich możliwości, aby w pełni wykazać się własnymi wartościami. Skutkiem takiej postawy jest niepokój, napięcie, podejrzliwość i wrogość. Zagadkowy jest fakt, iż jednostki z chorobą wrzodową wykazują większe tendencje do anozognozji (zaprzeczania objawom) w porównaniu z populacją ogólną. Jednak, jeżeli chodzi o radzenie sobie ze stresem, porównanie pacjentów cierpiących na chorobę wrzodową oraz pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna i pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, wskazuje na to, iż jednostki z chorobą wrzodową lepiej radzą sobie ze stresem i wykazują większe zdolności adaptacyjne [26, 27, 28, 29].

LECZENIE

Podstawą terapii choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy jest leczenie farmakologiczne (IPP + dwa antybiotyki: metronidazol, amoksycylina lub klarytromycyna). Jednak osoby cierpiące na chorobę wrzodową mogłyby także dodatkowo podlegać psychoterapii mającej na celu nauczenie radzenia sobie ze stresem.

W chorobie wrzodowej, będącej przykładem zaburzenia o podłożu psychosomatycznym, możliwe jest zastosowanie krótkotrwałej terapii psychodynamicznej (STPP – *short-term psychodynamic psychotherapy*). Analiza, przeprowadzona przez Abbas, Kisel i Kroenke na grupie 23 przypadków (13 osób po STPP i 10 osób w grupie kontrolnej), wykazała znaczące efekty w zakresie obniżenia zgłaszanych objawów psychologicznych (u 91,3% badanych) oraz w kwestii dolegliwości somatycznych (u 91,6%) [30].

Podobnie jak w przypadku leczenia innych zaburzeń przewodu pokarmowego, terapię choroby wrzodowej można wspomagać hipnozą [31].

Platon twierdził, że „Leczenie wielu chorób, nie jest znane lekarzom Hellady, gdyż nie baczą oni na całość, którą także studiować należy, albowiem nie może być zdrowa część, kiedy niedomaga całość”. Należy pamiętać o zwróceniu uwagi na czynniki psychologiczne, co pozwoli ograniczyć, a nawet całkowicie zniwelować ich negatywny wpływ na leczenie. Specjalistyczna pomoc psychologiczna zmniejszy lęk, impulsywność, hipochondrię, a także wahania nastroju modulujące przebieg choroby i wpływające na jej nawroty, zaostrzenie [32].

PODSUMOWANIE

Choroba wrzodowa stanowi problem interdyscyplinarny. Holistyczne podejście do pacjenta, dbałość o zdrowie psychiczne i niwelowanie objawów somatycznych pozwoli na

poprawienie jakości życia pacjentów cierpiących na chorobę wrzodową żołądka oraz dwunastnicy.

Dobrze prowadzona terapia farmakologiczna zmniejszy częstość i nasilenie dolegliwości, przez co podniesie jakość życia pacjentów, za czym idzie spadek ryzyka rozwoju chorób psychicznych, np. depresji. Nieoceniona jest rola relacji lekarz-pacjent przy terapii choroby wrzodowej. Spersonalizowane podejście do pacjenta, zbudowanie zaufania przyczyni się do poprawy stanu zdrowia pacjenta poprzez lepsze wypełnianie zaleceń lekarskich.

pozytywne prognozy na przyszłość dają połączenie leczenia psychoterapeutycznego oraz farmakologicznej terapii choroby wrzodowej. Systematyczne rozładowywanie skutków stresu spełni rolę ochronną przed rozwojem choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Napięcie może zostać zredukowane poprzez rozmowę z psychoterapeutą czy aktywność fizyczną. Niedostrzeżona jest rola mediów, które w spotkach telewizyjnych mogłyby propagować aktywność fizyczną jako czynnik hamujący rozwój chorób psychosomatycznych. Dobrym pomysłem jest także organizowanie bezpłatnych spotkań z psychologiem na temat radzenia sobie ze stresem.

ANALIZA KRYTYCZNA LITERATURY

Liczne doniesienia naukowe poświadczają znaczne oddziaływanie *psyche* na *somę*. Należy jednak zwrócić uwagę, iż w dalszym ciągu występuje niedostatek publikacji dogłębnie analizujących zaburzenia osobowości u pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy. Przytoczone badania mogłyby być przeprowadzone na większej grupie, zarówno kontrolnej, jak i docelowej (być może o liczebności kilkuset a nawet kilku tysięcy jednostek), co w znacznym stopniu zwiększyłoby wiarygodność analizy.

Ze względu na znaczny udział czynników pozaorganicznych, zagadnienie chorób psychosomatycznych może stanowić nowy kierunek zainteresowań zarówno psychiatrów, psychologów, jak i lekarzy internistów.

Rezultaty przeprowadzonej w Rosji w latach 1965-2005 r. analizy dotyczącej częstości samobójstw wśród mężczyzn cierpiących na chorobę wrzodową, można byłoby skonfrontować z wynikami uzyskanymi z badania pacjentów poddanych leczeniu skojarzonemu (psychoterapia oraz farmakoterapia). Nowych danych dostarczałaby analiza wyników badań mężczyzn z innego kraju, co dodatkowo pozwoliłoby wykluczyć czynniki fałszujące.

PIŚMIENICTWO

1. Kamola D. Psychosomatyczne zależności powstawania i rozwoju nadciśnienia tętniczego. Zdr Publ. 2007; 114(4): 490-494.
2. Nasierowski T. Historia zaburzeń organicznych i zaburzeń psychicznych w przebiegu chorób somatycznych. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2007; 7(4): 184-191.
3. Marcinkowska-Bachlińska M, Małeczka-Panas E. Rola czynników psychologicznych w patogenezie chorób czynnościowych przewodu pokarmowego. Przew Lek. 2007; 1(1): 56-75.
4. Choroby psychosomatyczne; http://pl.wikipedia.org/wiki/Choroby_psychosomatyczne (dostęp: 25.09.2012)
5. Leonhardt T. Psychosomatic disease or infection? Peptic ulcer in the light of the history of ideas and of the philosophy of science. Sven Med Tidskr. 1999; 3(1): 133-61.
6. Gross M, Herrmann C. Peptic ulcer disease – nothing but an infection? Z Psychosom Med Psychother. 1999; 45(4): 390-400.



7. Crawford JM, Kumar V. Jama ustna i przewód pokarmowy. W: Kumar V, Cotran RS, Robbins SL. Robbins Patologia. Wyd 7. Wrocław: Urban & Partner; 2008; 637-638.
8. Konturek S. Hormony kory nadnerczy. W: Konturek S. Fizjologia człowieka t.5. Układ trawienny i wydzielanie wewnętrzne. Wyd 6. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000; 226-227.
9. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, i wsp. Stress and exacerbation in ulcerative colitis: a prospective study of patients enrolled in remission. *Am J Gastroenterol.* 2000; 95(5): 1213-20.
10. Piper DW, Tennant C. Stress and personality in patients with chronic peptic ulcer. *J Clin Gastroenterol.* 1993; 16(3): 211-4.
11. Hyphantis TN, Triantafyllidis JK, Pappa S, i wsp. Defense mechanisms in inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol.* 2005; 40(1): 24-30.
12. Levenstein S. The very model of modern etiology: a biopsychosocial view of peptic ulcer. *Psychosom Med.* 2000; 62(2): 176-85.
13. Marilov VV. A transition of a functional disease to an organic psychosomatic disorder. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 2006; 106(1): 21-3.
14. Tylka J. Podejście psychosomatyczne w wyjaśnieniu przyczyn i ustalenia sposobów terapii zaburzeń zdrowia. *Fam Med Prim Car Rev.* 2010; 12(1): 97-103.
15. Fuller-Thomson E, Bottoms J, Brennenstuhl S, Hurd MJ. Is childhood physical abuse associated with peptic ulcer disease? Findings from a population-based study. *J Interpers Violence.* 2011; 26(16): 3225-47.
16. Tsimmerman IaS, Belousov FV, Tregubov LZ. Mental status of patients with ulcer disease. *Klin Med. (Mosk)* 2004; 82(3): 37-42.
17. Ogińska-Bulik N, Juczynski Z. Właściwości osobowości sprzyjające chorobom somatycznym – rola typu D. *Psychoonkologia* 2008; 1: 7-13.
18. Stetkiewicz A, Goch A, Adamiak G, Borkowska A. Cechy temperamentu, depresja oraz funkcje poznawcze u chorych na chorobę niedokrwinną serca. *Pol Merk Lek.* 2008; 25(150): 523-527.
19. Talley NJ, Ellard K, Jones M, Tennant C, Piper DW. Suppression of emotions in essential dyspepsia and chronic duodenal ulcer. A case-control study. *Scand J Gastroenterol.* 1998; 23(3): 337-40.
20. Sjödin I, Svedlung J, Dotevall G, Gilberg R. Symptom profiles in chronic peptic ulcer disease. A detailed study of abdominal and mental symptoms. *Scand J Gastroenterol.* 1985; 20(4): 419-27.
21. Nykula TD, Manzhaliy EH. Treatment of patients with duodenal peptic ulcer not associated with Helicobacter infection. *Lik Sprava.* 2006; 8: 52-6.
22. Biebl W, Platz T, Bergant A, Judmaier G. Ulcer disease. Studies of patients with chronic recurrent duodenal ulcer in an attempt to differentiate subgroups based on age at disease onset, psychopathologic and biographical data. *Z Psychosom Med Psychoanal.* 1986; 32(3): 272-82.
23. Tsimmerman IaS, Tsimmerman IaA. Depressive syndrome in gastroenterology: diagnosis and treatment. *Klin Med. (Mosk)* 2007; 85(5): 15-23.
24. Firsova LD. Clinical variants of hypochondriac state in patients with duodenal ulcer. *Ter Arkh.* 2005; 77(2): 38-41.
25. Razvodovsky YE. Suicide and stomach ulcer mortality rate in Russia, 1965-2005. *Psychiatr Danub.* 2007; 19(1-2): 35-41.
26. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, et al. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Am J Gastroenterol.* 2002; 97: 1994-9.
27. Buglak NP, Alekseichuk AM, Nazarova LS, Levchenko MV. The personality characteristics of patients with duodenal peptic ulcer. *Lik Sprava.* 1997; (2): 79-82.
28. Zboralski K, Florkowski A, Talarowska-Bogusz M, Macander M, Gałęcki P. Quality of life and emotional functioning in selected psychosomatic disease. *Postepy Hig Med Dosw.* 2008; 62: 36-41.
29. Leont'eva VA, Beliaeva GS, Kolesnikova Ilu, Simonowa AA. Characteristics of the psychological status of patients with peptic ulcer. *Klin Med. (Mosk)* 2007; 85(3): 51-3.
30. Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychother Psychosom.* 2009; 78(5): 265-74.
31. Francis CY, Houghton LA. Use of hypnotherapy in gastrointestinal disorders. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1996; 8(6): 525-9.
32. Iazykova TA, Aivazian TA, Zaitsev VP. The efficacy of combined psychogenic correction of the compromised reserve capacities in the patients presenting with chronic somatic diseases. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult.* 2011; (5): 17-21.

Chronic peptic ulcer disease – a psychosomatic disorder

Abstract

Introduction: The concept of 'psychosomatics' was introduced in the first half of the 20th century. According to the American Psychiatric Association (DMS-IV classification), psychosomatic disorders are the effects of psychological factors precisely connected with the beginning or exacerbation of an illness. The main causes of chronic peptic ulcer disease are Helicobacter pylori infection and non-steroid antiinflammatory drugs.

Objective: Analysis of the role of emotional factors, stress and type of personality in the pathogenesis of chronic peptic ulcer disease. The major role of psychological factors should not be ignored. One stressful situation cannot cause a peptic ulcer. Through the years, the human organism has gained many defence mechanisms (gastric prostaglandins, regular blood flow in gastrointestinal vessels) protecting against stress. Nowadays, damage to this barrier is more common and the amount of harm is still increasing. About 30-60% of gastric and duodenal ulcers are said to be the result of stress. Chronic peptic ulcer disease is more common among people with type D personality, characterized by a social dysfunction and tendencies for hiding emotions. This is the reason why psychotherapy should be performed as part of the treatment. Other mental disturbances causing progression of the ulcer are anxiety and depression. Due to the co-existence of a somatic and a mental background to the illness, psychological support should be provided. During meetings with the psychotherapist, the patients can learn how to deal with the stress of everyday life.

Key words

stress, cortisol, peptic ulcer

