

Rola Wzoru zachowania Typu A w patogenezie choroby refluksowej

The role of the Type A behaviour in the pathogenesis of gastroesophageal reflux disease

Monika Marcinkowska-Bachlińska¹, Ewa Matecka-Panas²

¹Kolegium Języków Obcych, Uniwersytet Łódzki

²Klinika Chorób Przewodu Pokarmowego, Uniwersytet Medyczny, Łódź

Przegląd Gastroenterologiczny 2006; 1 (2): 98–104

Słowa kluczowe: choroba refluksowa, Wzór zachowania A, czynniki psychologiczne, jakość życia związana ze zdrowiem.

Key words: GERD, Type A behaviour, psychologic factors, HRQL

Adres do korespondencji: mgr Monika Marcinkowska-Bachlińska, ul. Falista 41, 94-115 Łódź, e-mail: marbach@uni.lodz.pl

Streszczenie

Wstęp: Choroba refluksowa (GERD) jest związana z zarzucaniem treści żołądkowej do przełyku, ale zwrócono uwagę, że stres, emocje i inne czynniki psychologiczne mogą odgrywać istotną rolę w jej patogenezie.

Cel: Ocena częstości występowania Wzoru zachowania Typu A (WZA) u chorych na chorobę refluksową oraz jego związku z umiejętnością radzenia sobie z emocjami w tej grupie chorych.

Materiał i metody: W badaniach wzięło udział 50 pacjentów z chorobą refluksową i 40 osób zdrowych stanowiących grupę porównawczą. Badania przeprowadzono za pomocą skali Typu A – Framingham i CECS (*Courtland Emotional Control Scale*).

Wyniki: Otrzymane dane ujawniły istotnie wyższą częstość występowania WZA i wyższy poziom tłumionych emocji u chorych na chorobę refluksową w porównaniu z grupą kontrolną oraz istotną korelację pomiędzy badanymi komponentami.

Wnioski: Otrzymane wyniki pozwalają stwierdzić, że zachowania Typu A i znacznie podwyższony poziom emocji stanowią ważny problem pacjentów z GERD oraz są istotnym czynnikiem psychologicznym, powodującym obniżenie jakości życia związanej ze zdrowiem. Wydaje się, że wprowadzenie psychoterapii jako czynnika wspomagającego leczenie farmakologiczne byłoby pomocne przy leczeniu pacjentów z chorobą refluksową.

Abstract

Background: Stress, emotions and other relevant psychological factors can play an important role in GERD pathogenesis.

Aim: Assessment of the prevalence of Type A behaviour, as well as its correlation with the manifestation of emotions in patients with GERD.

Material and methods: We studied 50 patients with gastroesophageal reflux disease and 40 healthy subjects. Behaviour type and control of emotions was assessed using Framingham Type A Behaviour Pattern Measure and Courtland Emotional Control Scale (CECS).

Results: The results revealed significant differences in Type A behaviour and anxiety and depression between patients with GERD disease and the control group. Patients had also problems with emotions coping. The significant positive correlation between anxiety and depression levels and Type A behaviour has been found.

Conclusions: Those data show that Type A behaviour and emotional problems are important psychological factors HRQL patients with GERD. Psychotherapy should be recommended in the treatment of those patients.

Wstęp

Choroba refluksowa przełyku (ang. *gastro-esophageal reflux disease* – GERD) należy obecnie do najczęstszych chorób przewodu pokarmowego. Szacuje się, że cierpi na nią ponad połowa dorosłej populacji krajów wysoko rozwiniętych. Występuje we wszystkich grupach wiekowych, z największą częstotliwością pomiędzy 50. a 70. rokiem życia. Według aktualnych koncepcji na chorobę refluksową przełyku składają się zapalenie przełyku, postać

bez zmian endoskopowych (*non-erosive reflux disease* – NERD) i przełyk Barretta [1]. Wspólnymi elementami wiążącymi te postacie są główne objawy kliniczne – zgaga i/lub zarzucanie treści żołądkowej do przełyku. Choroba charakteryzuje się szerokim zakresem objawów klinicznych, wydatnie obniżających jakość życia chorego. Oprócz zgagi i zarzucania znaczenie mają także objawy pozaprzetykowe: chrypka, pochrząkiwanie i ból w klatce piersiowej. Okazuje się, że objawy GERD bardziej upośle-

dzają jakość życia i zdolność do wykonywania pracy niż cukrzyca, nadciśnienie tętnicze czy uporczywy ból głowy lub kręgosłupa [2, 3]. Leczenie tych objawów często poprawia jakość życia, m.in. dzięki wyeliminowaniu lęku przed niezdiagnozowaną chorobą serca [4].

W chorobie refluksowej, podobnie jak w wielu chorobach przewlekłych dolegliwości zdrowotne utrzymują się lub nawracają pomimo wdrożenia prawidłowego leczenia. Powoduje to negatywne skutki niemal w każdej dziedzinie życia, m.in. obniża się sprawność organizmu, samopoczucie fizyczne, psychiczne, zmienia się styl życia, maleje życiowa aktywność i zmieniają się relacje społeczne [5], występuje znaczne obniżenie jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQL).

Choroba refluksowa, chociaż nie stanowi bezpośredniego zagrożenia życia, budzi u pacjentów lęk przed ewentualnymi powikłaniami oraz niepokój o przyszłe funkcjonowanie społeczne. Podstawowym powodem tego lęku jest często odczuwany ból w klatce piersiowej, powodujący podejrzenia pacjentów o nierozpoznaną chorobę serca lub obawy przed zawałem mięśnia sercowego. Madisch i wsp. stwierdzili, że 25% pacjentów ze zgagą odczuwało lęk, a 8% wykazywało objawy depresji, pomimo że zgaga miała co najwyżej umiarkowane nasilenie [6]. W poszukiwaniu przyczyn zauważono, że chorzy na GERD wykazują pewną specyfikę osobowościową i tutaj poszukiwano współprzyczyny występowania choroby [7, 8].

W wynikach badań psychologicznych zwraca uwagę częstsze występowanie objawów depresji, lęku, niepokoju, hipochondrii, hysterii, wrogiego nastawienia do otoczenia, przy jednocześnie silnej potrzebie kontroli. Udowodniono także wyjątkowo silny wpływ przeżywanego stresu na wzmożony odbiór dolegliwości odczuwanych przez pacjentów [9]. Można stwierdzić, że badania nad chorobą refluksową wskazują, że wpływ na nią czynników psychologicznych, chociaż jest bezdyskusyjny, niestety, ciągle jeszcze nie jest wyjaśniony do końca [10].

Istnieją przypuszczenia, że pewną rolę może odgrywać występowanie u tych chorych cech charakterystycznych dla Wzoru zachowania A [11]. W ostatnich latach zwrócono uwagę, że niektóre składowe Wzoru zachowania A (WZA), np. tłumiona wrogość, mogą być bardziej niekorzystne dla zdrowia niż inne oraz że WZA może zwiększać zagrożenie wystąpienia różnych chorób, a nie jedynie – jak dotychczas uważano – choroby niedokrwiennej serca [12, 13]. Ponadto istotne okazało się nie tylko samo wystąpienie WZA, lecz jego powiązanie ze sposobem radzenia sobie z emocjami [14].

Osoby o Wzorze zachowania A prezentują styl życia charakteryzujący się skrajną rywalizacją, walką o osiągnięcia, agresywnością, pobudliwością, poczuciem presji czasu i nadmiernej odpowiedzialności. Na WZA składają się zarówno cechy osobowościowe, jak i elementy beha-

wioralne związane z określonymi sytuacjami. Całość wyraża ogólny styl życia człowieka charakteryzujący się stałą walką o osiągnięcie jak największej liczby celów w jak najkrótszym czasie. Przeciwnieństwem WZA jest Wzór zachowania B, charakteryzujący osoby niespieszące się, potrafiące się odprężyć, bardziej poddające się prądowi życia niż podejmujące ciągłą walkę [12].

Późniejsze badania ujawniły, że nie tyle ogólny Wzór zachowania A sprzyja zachorowaniu, lecz jego 2 podstawowe elementy, tj. gniew i wrogość [15]. Stwierdzono również, że predyspozycje psychologiczne i cechy zachowania charakterystyczne dla Typu A kształtują się już w dzieciństwie.

Sposób radzenia sobie z emocjami powstającymi pod wpływem stresu, także takiego, jakim jest choroba, a zwłaszcza wyrażanie gniewu, jest obecnie uważany za istotny czynnik w rozwoju wielu chorób. Obserwacje kliniczne oraz wyniki badań dowodzą, że tłumienie wyrażania emocji na ogół prowadzi do ich nasilenia lub też przyczynia się do ich długotrwałego utrzymywania w postaci napięcia emocjonalnego [16]. Przeżywanie dużych napięć emocjonalnych i nieumiejętność ich rozładowania może być przyczyną zaburzeń czynności układu pokarmowego [17]. W literaturze podkreśla się występowanie związku pomiędzy zachowaniem Typu A a wyrażaniem gniewu u dorosłych [18, 19].

Głównym celem prezentowanych poniżej badań jest ocena częstości występowania WZA u chorych na chorobę refluksową oraz jego związku z umiejętnością radzenia sobie z emocjami w tej grupie chorych.

Materiał i metody

Badaniem objęto 50 osób – 38 kobiet i 12 mężczyzn w wieku 30–61 lat. Średnia wieku dla całej grupy badanej wynosi $50,2 \pm 10,46$. Do udziału zakwalifikowano pacjentów, u których choroba refluksowa była wcześniej rozpoznana na podstawie badania podmiotowego (kryteria rzymskie), badań laboratoryjnych i endoskopowych. Z grupy badanych wyłączono chorych na inne choroby przewlekłe i chorych leczonych psychiatrycznie. Wszyscy badani byli w okresie objawowym choroby i byli leczeni nie krócej niż rok. Grupę porównawczą stanowiło 40 przypadkowo wybranych zdrowych osób – 28 kobiet i 12 mężczyzn (średnia wieku $46,62 \pm 14,04$).

Badanie przeprowadzono przy użyciu testów opracowanych i adaptowanych do polskich warunków przez prof. Juczyńskiego, określonych jako: *Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia*, wydanych w 2001 r. przez Pracownię Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Ocena zachowania jednostki uwzględnia więc zarówno elementy poznawcze, jak i emocjonalne i motywacyjne.

W związku z powyższymi założeniami zastosowano następujący pomiar testowy:

1. Skala Typu A – Framingham (autorzy: grupa badawcza w ramach *Framingham Heart Study*; adaptacja: Z. Juczyński). Skala Typu A zawiera 10 stwierdzeń dotyczących cech i właściwości typowych dla jednostki odczuć pod koniec przeciętnego dnia, presji czasu. Skala obejmuje 2 czynniki charakteryzujące Typ A – pośpiech i rywalizację.
2. CECS – skala kontroli emocji (*Courtauld Emotional Control Scale*) – autorzy: M. Watson i S. Greer, adaptacja: Z. Juczyński. CECS składa się z trzech podskal, z których każda zawiera 7 stwierdzeń dotyczących sposobu ujawniania trzech podstawowych emocji: gniewu, depresji i lęku. Istotą badania stanowi określenie, w jakim stopniu jednostka jest subiektywnie przekonana o umiejętności kontrolowania swoich reakcji w sytuacji doświadczania określonych emocji negatywnych.

Opis analizy statystycznej: charakter rozkładu zmiennych badano testem Shapiro-Wilk. Do porównań statystycznej istotności różnic pomiędzy badanymi grupami zastosowano testy nieparametryczne: dla porównań pomiędzy dwoma grupami test U Manna-Whitneya. Analizę wyników uzyskanych przez chorych w poszczególnych grupach przeprowadzono testem ANOVA.

Wyniki

Analizując globalnie otrzymane wyniki skali Typu A – Framingham otrzymane w badaniu pacjentów z chorobą refluksową i porównując je z wynikami grupy kontrolnej, można stwierdzić, że w grupie chorych wyniki są podwyższone w stosunku do grupy porównawczej, zaś czynnik *rywalizacja* jest różnicujący dla tego badania. Różnica ta jest statystycznie istotna dla całego testu $p < 0,05$, a dla czynnika *rywalizacja* $p < 0,03$. Oznacza to, że w grupie chorych na GERD zachowanie Typu A występuje istotnie częściej niż w grupie porównawczej i może mieć wpływ na występowanie objawów choroby refluksowej (tab. I).

Rozpatrując jednak poziom otrzymanych wartości ze względu na płeć badanych, należy zwrócić uwagę na dużą dysproporcję pomiędzy wartościami uzyskiwanymi przez mężczyzn i kobiety. Mężczyźni uzyskiwali wyższe od kobiet wyniki zwłaszcza w skali rywalizacji, która jest skalą różnicującą dla zachowania Typu A i chociaż różnica ta nie jest znamienna, zaznacza się wyraźna tendencja $p = 0,06$. Tendencja ta jest widoczna także w całym teście i wynosi $p = 0,07$. W grupie porównawczej otrzymane wartości są niższe, a zależność wyników od płci nie wystąpiła (tab. II).

Tabela I. Wyniki skali Typu A – Framingham – różnice w zakresie zachowania Typu A i jego komponentów pomiędzy osobami chorymi na GERD i osobami zdrowymi

Table I. Mean scores in Scale Type A – Framingham – differences between Type A behaviour and its components in patients with GERD and control group

	Średnia \pm SD	Średnia \pm SD	Mediana 25–75%	Mediana 25–75%	p<
	1	2	1	2	
zachowanie typu A	0,64 \pm 0,24	0,6 \pm 0,15	0,66 0,47–0,83	0,6 0,46–0,73	0,05*
czynnik <i>pośpiech</i>	0,63 \pm 0,21	0,6 \pm 0,22	0,6 0,46–0,8	0,2 0,4–0,8	NS
czynnik <i>rywalizacja</i>	0,68 \pm 0,25	0,59 \pm 0,16	0,73 0,53–0,8	0,63 0,5–0,7	0,03*

1 – osoby chore na GERD; 2 – osoby zdrowe

1 – patients with GERD; 2 – control group

Różnica pomiędzy grupą chorych i zdrowych jest istotna, gdy * $p < 0,05$
test U-Manna Whitneya

Tabela II. Analiza istotności różnic w skali Typu A – Framingham pomiędzy kobietami i mężczyznami

Table II. Analysis of differences significance in Scale Type A – Framingham between women and men

	Pacjenci z GERD			Grupa kontrolna		
	kobiety M	mężczyźni M	p=	kobiety M	mężczyźni M	p
Zachowanie typu A	0,61	0,75	0,06 (t)	0,59	0,62	NS
czynnik <i>pośpiech</i>	0,6	0,72	NS	0,55	0,62	NS
czynnik <i>rywalizacja</i>	0,65	0,78	0,07 (t)	0,6	0,59	NS

Różnica między kobietami i mężczyznami chorymi na GERD istotna, gdy $p < 0,5$
test U-Manna Whitneya

Następnie porównano wyniki uzyskane przez mężczyzn z grupy chorych na GERD i z grupy porównawczej oraz wyniki uzyskane przez kobiety z grupy chorych na GERD i z grupy porównawczej. Analizę tę przedstawia tab. III.

Analiza istotności różnic pomiędzy mężczyznami chorymi na GERD i zdrowymi wykazała, że grupy te różnią się istotnie poziomem rywalizacji, w stopniu różnicującym dla całej skali.

Dodatkowo zwraca uwagę rozkład otrzymanych wyników. Wartości bardzo wysokie dominują we wszystkich skalach w grupie chorych, lecz w skali rywalizacji

stanowią 42% wszystkich uzyskanych wartości przy znikomej ilości wyników bardzo niskich (8%; n=4). Analiza wyników skrajnych pokazuje, że w grupie chorych na GERD wartości podwyższone uzyskało 32–42% wszystkich badanych. Jest to wynik o 60% wyższy niż w grupie kontrolnej (tab. IV).

Wyniki badania skalą kontroli emocji CECS (*Courtland Emotional Control Scale*)

Analiza wyników kontroli emocji wskazuje na wyraźne różnice w kontrolowaniu emocji pomiędzy grupą pacjentów z chorobą refluksową a grupą kontrolną.

Tabela III. Analiza istotności różnic w skali Typu A – Framingham pomiędzy chorymi i zdrowymi kobietami oraz między chorymi i zdrowymi mężczyznami

Table III. Analysis of differences significance in Scale Type A – Framingham between women with GERD and control group and between men with GERD and control group

	Średnia kobiety chore na GERD	Średnia kobiety zdrowe	p	Średnia mężczyźni chorzy na GERD	Średnia mężczyźni zdrowi	p≤
zachowanie typu A	0,61	0,59	NS	0,75	0,62	NS
czynnik <i>pośpiech</i>	0,6	0,55	NS	0,72	0,62	NS
czynnik rywalizacja	0,65	0,6	NS	0,78	0,59	0,005*

*Różnica między mężczyznami zdrowymi i chorymi jest istotna, gdy *p<0,005 test U-Manna Whitneya*

Tabela IV. Rozkład wyników skrajnych obu badanych grup w skali Typu A – Framingham

Table IV. Extreme scores layout of the both group in Scale Type A – Framingham

Wyniki	Bardzo niskie 1	Bardzo niskie 2	Bardzo wysokie 1	Bardzo wysokie 2
Grupa badana				
zachowanie typu A	12% (n=6)	0	32% (n=16)	15% (n=6)
czynnik <i>pośpiech</i>	10% (n=5)	10% (n=4)	38% (n=19)	25% (n=10)
czynnik rywalizacja	8% (n=4)	5% (n=2)	42% (n=21)	10% (n=4)

*1 – osoby chore na GERD; 2 – osoby zdrowe
1 – patients with GERD; 2 – control group*

Tabela V. Porównanie wyników skali CECS uzyskanych przez obie grupy badanych

Table V. Scale CECS scores' comparison in both studied groups

Komponenty	Chorzy na GERD		Grupa porównawcza		p≤
	średnia ±SD	Mediana 25–75%	średnia ±SD	Mediana 25–75%	
gniew	17,82±5,76	19 13–22	15,8±5,9	16 11–19,5	NS
depresja	19,84±4,93	21 16–24	17,12±4,9	17,1 13–20,5	0,01*
lęk	21,62±5,43	22 18–26	16,95±5,35	16,95 12–21	0,0002**
suma	59,56±12,8	62 53–68	50,7±13,63	50,7 42,5–59	0,001**

*różnica pomiędzy badaną grupą chorych i grupą porównawczą jest istotna, gdy *p<0,01, **p<0,001 test U-Manna Whitneya*

Różnica ta jest statystycznie istotna dla całego testu ($p < 0,001$), jak również dla poszczególnych jego komponentów, oprócz skali gniewu. Badane osoby chore w porównaniu z osobami zdrowymi przejawiają znacznie większą tendencję do tłumienia emocji negatywnych. Najwyższy poziom różnicy zaznacza się w odczuwaniu i tłumieniu lęku ($p < 0,0002$) (tab. V).

Analiza istotności nie wykazała znamienych różnic związanych z płcią badanych. Następnym krokiem było sprawdzenie, czy występują różnice pomiędzy chorymi i zdrowymi kobietami oraz chorymi i zdrowymi mężczyznami. Zestawienie to umieszczono w tab. VI.

Analiza istotności różnic wśród chorych i zdrowych kobiet i mężczyzn wykazała, że grupy te różnią się poziomem tłumienia emocji zarówno w ogólnym wyniku, jak i jego trzech komponentach składowych, tj. w odczuciu gniewu, depresji i lęku. Wykazano istotnie wyższy ($p < 0,0006$) poziom tłumienia lęku u kobiet chorych na GERD w porównaniu z kobietami zdrowymi. W grupach mężczyzn różnica ta zaznacza się na znamienne niższym poziomie istotności. W pozostałych komponentach podobnych różnic w poziomie istotności nie stwierdzono. Powyższe dane pokazują także różnice w poziomie odczuwanych emocji pomiędzy kobietami i mężczyznami w grupie kontrolnej.

Na poziomie istotności $p < 0,02$ zaznacza się różnica w odczuwaniu lęku przez kobiety i mężczyzn z grupy porównawczej. Podobna różnica w grupie chorych nie wystąpiła.

Korelacje

W grupie chorych na chorobę refluksową występuje istotna korelacja pomiędzy skalami testu A Framingham i testu CECS, określającymi poziom tłumienia negatywnych emocji. Im wyższy poziom zachowania Typu A tym silniejsze występowanie tłumienia emocji. Jednocześnie wraz z podwyższeniem wszystkich skal testu rośnie poziom depresji badanych, przy czym najsilniejszy związek wystąpił pomiędzy rywalizacją a depresją. Zachowanie Typu A, a zwłaszcza jego czynnik rywalizacja może prowadzić do odczuwania nieustannego zagrożenia, wywołując u jednostki ciągłą reakcję alarmową, co w istotny sposób wpływa na trudności z radzeniem sobie z emocjami, pogłębia depresję. W grupie porównawczej taka korelacja nie występuje.

Dyskusja

U chorych na GERD uzyskano podwyższone wyniki w skali A – Framingham (w stosunku do wyników grupy kontrolnej), co może świadczyć o wysokiej częstotliwości wy-

Tabela VI. Analiza istotności różnic w skali CECS wyników uzyskanych przez kobiety w grupie chorych na GERD i wyników kobiet z grupy kontrolnej i analogiczne porównanie wyników mężczyzn

Table VI. Analysis of differences significance in Scale CECS between women with GERD and control group and between men with GERD and control group

Komponenty	Kobiety chore na GERD	Kobiety zdrowe	p≤	Mężczyźni chorzy na GERD	Mężczyźni zdrowi	p≤
gniew	17,55	15,64	0,06 (t)	18,6	16,1	0,06 (t)
depresja	19,26	16,85	0,01*	21,7	17,75	0,01#
lęk	21,5	15,8	0,0006**	22,0	17,6	0,001##

*Różnica pomiędzy kobietami zdrowymi i chorymi istotna, gdy * $p < 0,01$, ** $p < 0,001$
Różnica pomiędzy mężczyznami zdrowymi i chorymi istotna, gdy # $p < 0,01$, ## $p < 0,001$
test U-Manna Whitneya*

Tabela VII. Korelacje pomiędzy skalą Typu A – Framingham i skalą kontroli emocji CECS w grupie chorych na GERD

Table VII. Correlation between Scale Type A – Framingham and Scale CECS in patients with GERD

Korelowane skale	R Spearman	poziom p≤
skala Framingham – zachowanie typu A & CECS – gniew	0,30	0,03*
skala Framingham – zachowanie typu A & CECS – depresja	0,29	0,03*
skala Framingham – zachowanie typu A & CECS – suma	0,33	0,01*
skala Framingham – pośpiech & CECS – depresja	0,32	0,02*
skala Framingham – rywalizacja & CECS – gniew	0,34	0,01*
skala Framingham – rywalizacja & CECS – depresja	0,42	0,002**
skala Framingham – rywalizacja & CECS – suma	0,35	0,01*

*różnica istotna * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$*

stępowaniu Wzoru zachowania Typu A. O możliwości wpływu zachowań Typu A na powstawanie różnych chorób, nie tylko choroby niedokrwiennej serca, pisał wielu autorów [20–23]. Interesujące jest nie tyle podwyższenie ogólnych wartości, lecz wyraźna przewaga parametrów w komponencie rywalizacja w stosunku do komponentu *pośpiech*. Podobne wyniki otrzymała Ogińska-Bulik w swoich badaniach, przeprowadzonych tą samą techniką na grupie chorych na chorobę niedokrwiennej serca [24]. Jak wykazały badania Lemańskiej, chorzy na różne schorzenia różnią się między sobą, a także różnią się od osób zdrowych wzorem percepcyjnym sytuacji stresowych [25]. W badanej grupie występuje wysoka tendencja do spostrzegania sytuacji życiowych jako zagrażających, które wywołują lęk i skłaniają do obrony lub wycofania. Ten rodzaj zachowania wyróżniły Keltikangas-Jarvinen i Raikkonen w badaniach nad potencjalnym wpływem stosowanych wzorców zachowania u dzieci na późniejsze występowanie choroby niedokrwiennej serca [26, 27]. Zachowanie takie zostało nazwane patogennym typem zachowania A, który charakteryzuje się dużym natężeniem niecierpliwości i agresji przy niskim poczuciu własnej wartości i braku wiary w możliwość sprawowania kontroli nad własnym życiem.

W badaniu skalą kontroli emocji – CECS uzyskano wyniki wskazujące na istotnie większą tendencję do tłumienia emocji negatywnych przez pacjentów z chorobą refluksową niż w grupie kontrolnej ($p < 0,001$). Pomiar ekspresji emocji nabiera szczególnego znaczenia w kontekście doniesień naukowych, dowodzących występowania zależności między ekspresją emocji a różnymi chorobami [28]. Największa różnica w tłumieniu emocji w porównaniu grupy chorych z GERD i grupy kontrolnej dotyczyła lęku i depresji. Na wysoki poziom lęku i depresji w chorobie refluksowej zwraca uwagę wielu badaczy, m.in. Kamolz, Bradley i Veyrac [7, 29–31]. Uważa się, że tłumione negatywne emocje mogą potęgować doznania bólowe, wpływać negatywnie na poczucie własnej wartości, wzmacniać patogeny Wzór zachowania A. Skłonność do tłumienia emocji przejawiają osoby nadmiernie dostosowujące się do wymogów otoczenia, sztywno przestrzegające norm społecznych. W badaniach przeprowadzonych testem MMPI Veyrac i wsp. zwracają uwagę na wyraźne podwyższenie wyników u chorych na chorobę refluksową w skalach hysterii, hipochondrii, depresji i psychastenii, a także wystąpienie tzw. dolinki konwersyjnej [7]. Świadczy to o istnieniu zjawiska somatyzacji, czyli mechanizmu obronnego, w którym zaburzenia somatyczne są efektem wyparcia ze świadomości przeżyć natury emocjonalnej, zwykle o charakterze konfliktowym. Reakcja somatyczna jest zastępczą ekspresją negatywnych emocji. Bradley i Johnston w swoich pra-

cach zwracają także uwagę na afektywne manifestowanie czynników psychicznych przez pacjentów z GERD oraz na fakt, że w sytuacjach stresowych pacjenci demonstrowają objawy chorobowe [7, 32]. W polskich badaniach kilku grup klinicznych uzyskano dość znaczne różnicowanie wskaźników kontroli emocji. Ogólnie chorzy – w porównaniu z osobami zdrowymi – przejawiają większą tendencję do tłumienia emocji negatywnych. W porównaniu z wynikami otrzymanymi w badaniu chorych na cukrzycę, pacjentów dializowanych, mężczyzn po zawale mięśnia sercowego i kobiet w okresie menopauzy wyniki testu CECS chorych na chorobę refluksową są istotnie wyższe, a ich rozkład jest zbliżony do rozkładu uzyskanego dla grupy mężczyzn po zawale mięśnia sercowego [33]. Najwyżej manifestowana jest u nich wzmożona kontrola lęku i depresji, przy czym w pozostałych grupach chorych badanych przez innych autorów nie występują istotne różnice pomiędzy mężczyznami i kobietami. W badanej przez autorkę niniejszego opracowanie grupie chorych na GERD różnica ta również nie jest istotna statystycznie. Baker w swoich badaniach chorych na chorobę refluksową stwierdził, że chorzy ci mają znacznie podwyższony wskaźnik depresji i występuje u nich somatyzacja oraz nadmierna intensywność doznań w sytuacjach stresowych [9]. Podobnie badania przeprowadzone przez Pustorino i wsp. potwierdzają wysoki poziom lęku i depresji oraz ich istotny wpływ na odbiór dolegliwości związanych z chorobą [34]. W badaniach angielskich, którymi objęto 308 kobiet we wczesnym stadium raka sutki, otrzymano także najwyższe wyniki w zakresie kontroli depresji i lęku [35]. Udowodniono również, że mniejsza ekspresja negatywnych emocji jest związana z niskim poczuciem własnej wartości.

Otrzymane wyniki badań własnych pozwalają stwierdzić, że wpływ czynników psychologicznych na jakość życia zależną od stanu zdrowia pacjentów z chorobą refluksową jest znamienny.

Podsumowując, w grupie chorych na chorobę refluksową występuje wyraźna tendencja do prezentowania Wzoru zachowania A, przy znacznie podwyższonej skali rywalizacji. Obserwuje się u nich silne tłumienie emocji negatywnych przy jednoczesnej nieumiejętności ich wyrażania, co prowadzi do wzrostu depresji. Przy ogólnym braku umiejętności radzenia sobie z silnymi emocjami tłumiony lęk jest emocją dominującą. Mężczyźni prezentują większe niż kobiety trudności z kontrolą emocji, lęku i poziomem depresji, gorzej radzą sobie z jego ujawnianiem. Nieujawnione emocje wpływają negatywnie na HRQL nie tylko w sferze emocjonalnej, lecz także społecznej.

Analiza wyników daje podstawy do przypuszczenia, że w leczeniu choroby refluksowej może być pomocna terapia psychologiczna, polegająca na zmianie sposobu

ujawniania emocji. Zmiana behawioralna prowadząca do złagodzenia zachowania Typu A oraz opanowanie umiejętności radzenia sobie z doznaniem bólowymi mogłyby wydatnie wpłynąć na poprawę samopoczucia chorych, a co za tym idzie, zwiększyć zadowolenie z postępów leczenia.

Piśmiennictwo

1. Pace F, Porro GB. Gastroesophageal reflux disease: a typical spectrum disease (a new conceptual framework is not needed). *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 946-49.
2. Wiklund I. Review of the quality of life and burden of illness in gastroesophageal reflux disease. *Dig Dis* 2004; 22: 108-114.
3. Kulig M, Leodolter A, Vieth M i wsp. Quality of life in relation to symptoms in patients with gastro-oesophageal reflux disease – an analysis based on the ProGERD initiative. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 7657-76.
4. Eslick GD. Noncardiac chest pain: epidemiology, natural history, health care seeking and quality of life. *Gastroenterol. Clin North Am* 2004; 33: 1-23.
5. Milkes D, Gerson LB, Triadafilopoulos G. Complete elimination of reflux symptoms does not guarantee normalization of intraesophageal and intragastric pH in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD). *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 991-96.
6. Madisch A, Kulich KR, Malferheiner P i wsp. Impact of reflux disease on general and disease-related quality of life-evidence from a recent comparative methodological study in Germany. *Z Gastroenterol* 2003; 41: 1137-43.
7. Veyrac M, Hagelsteen M, Borries P i wsp. Gastroesophageal reflux, personality study by the MMPI. *Ann Gastroenterol Hepatol* 1987; 3: 123-27.
8. Yi-Chia Lee, Hsiu-Po Wang, Han-Mo Chiu i wsp. Comparative analysis between psychological and endoscopic profiles in patients with gastroesophageal reflux disease: A prospective study based on screening endoscopy. *J Gastroenterol Hepatol* 2005; 21: 1440-48.
9. Baker LH, Lieberman D, Oehlke M. Psychological distress in patients with gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 1797-803.
10. Kamolz T, Pointner R. Gastroesophageal reflux disease. Heartburn from a psychological view. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2004; 50: 261-8.
11. Wrześniewski K. Badanie Wzoru Zachowania A przy użyciu polskiego kwestionariusza. *Przegl Lek* 1990; 47: 538-42.
12. Wrześniewski K. Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1993.
13. Ragland DR, Brand RJ, Fox BH. Type A/B Behavior and Cancer Mortality: The Confounding/Mediating Effect of Covariates. *Psychooncology* 1992; 1: 25-33.
14. Friedman M, Powel LH. The diagnosis and quantitative assessment of Type A behavior: Introduction and description of the videotaped structured interview. *International Psychiatry* 1984; 2: 121-9.
15. Chesney MA, Hecker MH, Black GW. Coronary-prone components of Type A behavior in the WCGS: A new methodology. W: Houston BK, Snyder CR (red.). *Type A behavior: research, theory and intervention*. New York 1988; 26-35.
16. Kofta M. *Samokontrola a emocje*. PWN, Warszawa 1979.
17. Everly GS, Rosenfeld R. *Stres, przyczyny, terapia i autoterapia*. PWN, Warszawa 1992.
18. Diamond E. The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychol Bull* 1982; 92: 410-33.
19. Müller MM. *Psychophysiologische Risikofaktoren bei Herz-Kreislauferkrankungen: Grundlage und Therapie* 1992; 56-83 Göttingen: Hogrefe.
20. Craig TK, Brown GW. Goal frustration and life events in the aetiology of painful gastrointestinal disorders. *J Psychosom Res* 1984; 28: 411-21.
21. Brosschot JF, Gevin W, Thayer JF. The perseverative cognition hypothesis: a review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *J Psychosom Res* 2006; 60: 113-24.
22. Fava GA, Mangelli L, Rumini Ch. Assessment of psychological distress in the setting of medical disease. *Psychoter Psychosom* 2001; 70: 171-75.
23. Porcelli P, De Carne M, Fava GA. Assessing somatization in functional gastrointestinal disorders: integration of different criteria. *Psychoter Psychosom* 2000; 69: 198-204.
24. Ogińska-Bulik N. *Psychologia. Radzenie sobie ze stresem*. Zeszyty Naukowe WSHE w Łodzi 2002; 2.
25. Lemańska H. Rola wzorów percepcyjnych sytuacji stresowych w powstawaniu niektórych schorzeń somatycznych. Nieopublikowana praca magisterska. Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
26. Keltikangas-Jarvinen L, Raikkonen K. Developmental trends in Type A behavior as predictors for the development of somatic coronary heart disease risk factors. *Psychoter Psychosom* 1989; 51: 210-15.
27. Keltikangas-Jarvinen L, Raikkonen K. Healthy and maladjusted Type A behavior in adolescents. *J Youth Adolesc* 1990; 19: 1-18.
28. Scheridan CL, Radmacher SA. *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998.
29. Kamolz T, Granderath FA, Pointer R. Gastroesophageale Refluxkrankheit – Eine psychologische betrachtungsweise. *J Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen* 2004; 2 (2): 15-20.
30. Kamolz T, Velanovich V. Psychological and emotional aspects of gastroesophageal reflux disease. *Dis Esophagus* 2002; 15: 199-203.
31. Bradley LA, Richter JE, Puliam TJ i wsp. The relationship between stress and symptoms of gastroesophageal reflux: the influence of psychological factors. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 11-9.
32. Johnston BT, Levis SA, Love AH. Psychological factors in gastro-oesophageal reflux disease. *Gut* 1995; 36: 481-82.
33. Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie badań osób dorosłych. W: Łazowski J, Dołęńska-Zygmunt G. (red). *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i w chorobie*. AWF, Wrocław 1989; 285-91.
34. Pustorino S, Guerrisi O, Calipari G i wsp. Psycho-emotional distress and gastroesophageal reflux syndrome. *Minerva Gastroenterol Dietol* 1991; 37: 1-9.
35. Watson M, Greer S, Rowden L i wsp. Relationship between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine* 1991; 21: 51-57.