



Ocena wybranych czynników psychologicznych u pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego i z chorobą refluksową przełyku

Assessment of selected psychological factors in patients with irritable bowel syndrome or gastroesophageal reflux disease

AGATA ORZECZOWSKA¹, AGNIESZKA HARASIUK², MONIKA TALAROWSKA¹,
KRZYSZTOF ZBORALSKI¹, JAN CHOJNACKI², ANTONI FLORKOWSKI¹

1. Klinika Psychiatrii Dorosłych, II Katedry Chorób Układu Nerwowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

2. Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

STRESZCZENIE

Cel. Ocena poziomu odczuwanego stresu, poziomu lęku jako stanu i jako cechy oraz wyznaczników kontroli emocjonalnej wśród osób leczonych z rozpoznaniem zespołu jelita nadwrażliwego (IBS) i choroby refluksowej przełyku (GERD) w porównaniu z grupą osób zdrowych.

Metoda. W skład badanej grupy weszło 30 osób z rozpoznaniem IBS i 30 osób z rozpoznaniem GERD oraz 30 osób z grupy kontrolnej złożonej z osób zdrowych. Procedura badania miała charakter kwestionariuszowy i obejmowała samodzielne wykonanie przez pacjentów testów psychologicznych, w tym: Skali odczuwanego stresu S. Cohena, Kwestionariusza kontroli emocji J. Brzezińskiego oraz Inwentarza stanu i cechy lęku Spielberga.

Wyniki. Badani z chorobami układu pokarmowego różnili się w sposób znaczący od osób zdrowych pod względem analizowanych zmiennych psychologicznych. W grupie chorych z rozpoznaniem IBS stwierdzono wyższy poziom odczuwanego stresu, lęku jako stałej cechy osobowości i aktualnie odczuwanego stanu oraz niekorzystnych aspektów kontroli emocjonalnej w porównaniu z grupą pacjentów z rozpoznaniem GERD.

Wnioski. Pacjenci z IBS w porównaniu zarówno z pacjentami z GERD, jak i osobami zdrowymi charakteryzują się najwyższym natężeniem badanych zmiennych. Badane kobiety w porównaniu z mężczyznami cechują się mniejszą zdolnością do kontrolowania zewnętrznych objawów przeżywanych emocji.

SUMMARY

Objectives. To assess the levels of experienced stress, state and trait anxiety, as well as emotional control determinants among patients treated either for irritable bowel syndrome (IBS) or gastroesophageal reflux disease (GERD) as compared to healthy controls.

Method. Three groups of 30 persons each were compared: two groups of patients diagnosed with IBS or GERD, and a group of healthy controls. Self-report psychological tests and questionnaires were used, including the Perceived Stress Scale by S. Cohen, the Emotional Control Questionnaire by J. Brzeziński, and the State-Trait Anxiety Inventory by Spielberger.

Results. Both groups of patients with gastrointestinal diseases differed significantly from the healthy controls in terms of the analyzed psychological variables. In the IBS group as compared to the GERD patients significantly higher levels of experienced stress, anxiety both as a current state and a personality trait, as well as detrimental aspects of emotional control were found.

Conclusions. IBS patients as compared both to GERD patients and to healthy controls displayed the highest intensity of the variables under study. Women as compared to men were less able to control external expressions of their experienced emotions.

Słowa kluczowe: zespół jelita nadwrażliwego/choroba refluksowa przełyku/stres/lęk/kontrola emocjonalna

Key words: irritable bowel syndrome/gastroesophageal reflux disease/stress/anxiety/emotional control

Wrażliwość przewodu pokarmowego na zakłócenia emocjonalne i stresory środowiskowe została dotychczas wystarczająco poznana. Niemniej jednak niektóre badania łączące stresory psychospołeczne z powstawaniem chorób gastroenterologicznych obciążone były błędami metodologicznymi. Mimo licznych dowodów potwierdzających znaczenie czynników psychologicznych w zaburzeniach czynnościowych przewodu pokarmowego, rola psychiatry i psychologa ograniczona jest do terapii wspierającej lub do konsultacji, podczas których obserwowane są psychiatryczne powikłania choroby i jej leczenia [1].

Zespół jelita nadwrażliwego (*irritable bowel syndrome* – IBS) jest jedną z najczęstszych dysfunkcji układu pokarmowego. To problem, z jakim stykają się lekarze wielu specjalności – lekarze rodzinni, gastroenterolodzy, chirurdzy i psychiatry. W populacji osób dorosłych częstość występowania tego schorzenia waha się od 10 do 20% i prawie 3-krotnie częściej dotyczy kobiet. Jest najczęstszym powodem wizyt u lekarzy pacjentów cierpiących na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego [2, 3].

Etiologia IBS pozostaje nieznana, a zróżnicowanie poglądów dotyczących etiopatogenezy zespołu jest znaczne.

Na jednym krańcu poglądów panuje przekonanie, że jest to choroba pierwotnie psychiatryczna, na drugim, że jest to organicznie uwarunkowane zaburzenie różnych funkcji przewodu pokarmowego. Jest wysoce prawdopodobne, że schorzenie to jest chorobą polietiologiczną i że wspólna nazwa obejmuje heterogenną grupę przyczyn choroby czynnościowej. Obraz kliniczny zespołu jelita nadwrażliwego najczęściej obejmuje: predyspozycję genetyczną, dysfunkcję czuciowo-motoryczną, nadwrażliwość trzewną i uwarunkowania psychologiczne [4, 5].

Choroba refluksowa (*gastroesophageal reflux disease* – GERD) jest definiowana jako refluks żołądkowo-przełykowy, na którą składają się objawy takie jak: zgaga i/lub zarzucanie treści żołądkowej do przełyku zazwyczaj z powodu niewydolności dolnego zwieracza przełyku, czego następstwem może być uszkodzenie błony śluzowej i zapalenie przełyku. Według aktualnych koncepcji w tej chorobie wyróżnia się także postać bez zmian endoskopowych: gdy występują typowe dla GERD dolegliwości przy braku ubytków błony śluzowej. Oprócz charakterystycznych objawów klinicznych w postaci zgagi i zarzucania treści żołądkowej mogą występować także objawy pozaprzełykowe: chrypka i pochrząkiwanie, ból w klatce piersiowej, zaburzenia połykania i ból podczas połykania, które w sposób istotny upośledzają codzienne funkcjonowanie pacjentów [6, 7]. Częstość występowania tego schorzenia w krajach wysoko uprzemysłowionych sięga 20-40% dorosłej populacji [8].

W chorobie refluksowej przełyku, 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: obniżenie sprawności organizmu, samopoczucia fizycznego i psychicznego, zmianę stylu funkcjonowania, obniżenie życiowej aktywności, zmianę relacji społecznych i znaczne obniżenie jakości związanej ze zdrowiem. Choroba ta, chociaż nie stanowi bezpośrednio zagrożenia życia, budzi u pacjentów lęk przed ewentualnymi powikłaniami oraz niepokój związany z przyszłym funkcjonowaniem społecznym [9, 10].

CEL

Celem pracy była ocena poziomu doświadczanego stresu, poziomu odczuwanego lęku w aspekcie aktualnie odczuwanego stanu i lęku jako stałej cechy osobowości oraz wyznaczników kontroli emocji wśród osób leczonych z rozpoznaniem choroby refluksowej przełyku i zespołu jelita nadwrażliwego. Autorzy badań postanowili również dokonać porównania pod względem sylwetki psychologicznej osób z badanymi chorobami układu pokarmowego z grupą kontrolną złożoną z osób zdrowych.

PACJENCI I METODY

Badaniem objęto 90 osób (51 kobiet i 39 mężczyzn) w wieku od 18-55 roku życia ($M=36,3$; $SD=10,9$) w tym

60 osób leczonych w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz 30 osób z grupy kontrolnej złożonej z osób zdrowych. W skład badanej grupy weszło 30 osób z zespołem jelita nadwrażliwego i 30 osób z choroby refluksowej przełyku. IBS w postaci zaporciowej rozpoznawano zgodnie z Kryteriami Rzymskimi III. Rozpoznanie GERD opierano o dokładnie zebrany wywiad i wyniki badania endoskopowego. U wszystkich stwierdzono zmiany zapalne błony śluzowej przełyku w stopniu I i II wg Klasyfikacji Los Angeles. W grupie chorych z IBS przeważały kobiety (22 osoby) w stosunku do mężczyzn (8 osób). Natomiast w grupie chorych z GERD było więcej mężczyzn (18 osób) niż kobiet (12 osób). W skład grupy kontrolnej weszli pracownicy służby zdrowia Szpitala im. Babińskiego w Łodzi (17 kobiet i 13 mężczyzn).

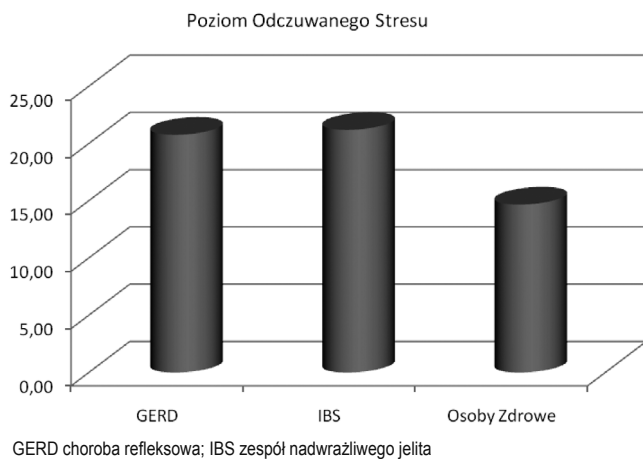
METODA

Badanie miało charakter kwestionariuszowy i obejmowało samodzielne wypełnienie przez pacjentów kilku testów psychologicznych. Do oceny wybranych czynników psychologicznych wykorzystano następujące metody: (1) *Skalę odczuwanego stresu* S. Cohena – pozwala na pomiar stopnia, w jakim doświadczane sytuacje odczuwane są jako stresujące; (2) *Kwestionariusz kontroli emocji* J. Brzezińskiego – służy do pomiaru subiektywnej kontroli emocji w sytuacjach trudnych, na którą składa się 5 wymiarów: kontrola ekspresji, motywacja emocjonalno-racjonalna, odporność emocjonalna, kontrola sytuacji i pobudliwość emocjonalna; (3) *Inwentarz stanu i cechy lęku* Spielberga – służy do badania lęku jako aktualnie doświadczanego przez jednostkę stanu oraz lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości.

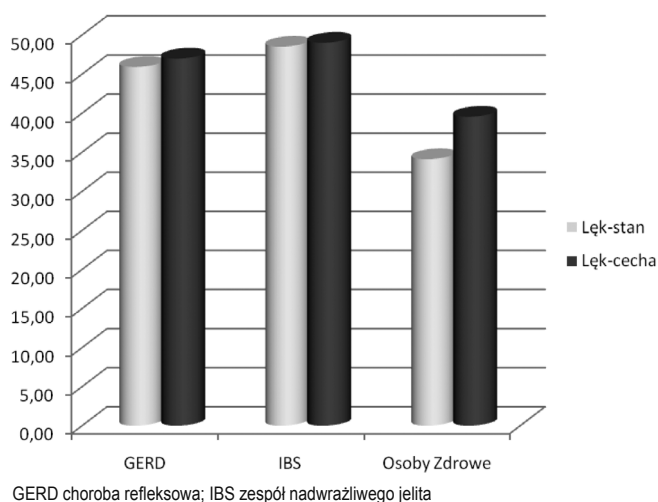
Badanie prowadzone było zgodnie z zasadami Ustawy o ochronie danych osobowych, a jego projekt został zatwierdzony przez Komisję Bioetyki (RNN/117/07/KB). Badani wyrazili na piśmie świadomą zgodę na udział w badaniu.

WYNIKI

U osób z zespołem jelita nadwrażliwego i chorobą refluksową stwierdzono większe natężenie stopnia odczuwanego stresu w porównaniu z grupą osób zdrowych. Analiza wariancji ($F=139,60$), przy przyjętym poziomie istotności 0,05, potwierdziła istotność statystyczną różnic między pacjentami z IBS i GERD a osobami zdrowymi (ryc. 1). Pacjenci z IBS otrzymali najwyższe wyniki w skalach lęku jako stanu i lęku jako cechy w porównaniu z grupą pacjentów z GERD jak i w porównaniu z grupą kontrolną. Różnice między grupą pacjentów (IBS i GERD) a osobami zdrowymi były istotne statystycznie zarówno w odniesieniu do lęku jako aktualnie odczuwanym stanie (ANOVA $F=18,21$), jak i do lęku jako stałej cechy osobowości ($F=181,55$). Pacjenci z IBS różnili się istotnie od pacjentów z GERD tylko pod względem zmiennej lęk jako cecha (ryc. 2).



Rysunek 1. Stopień odczuwanego stresu w badanych grupach
Figure 1. Experienced stress levels in the compared groups



Rysunek 2. Poziom lęku jako aktualnego stanu i jako cechy w badanych grupach
Figure 2. State and trait anxiety levels in the groups under study

Analizując wyniki Kwestionariusza J. Brzezińskiego stwierdzono, że grupa badanych z IBS w porównaniu z grupą badanych z GERD i grupą kontrolną, charakteryzuje się niedostatecznie wykształconą kontrolą ekspresji emocjonalnej, najmniej kontrolowanym i przemyślanym zachowaniem, niższą odpornością emocjonalną, wyższym poziomem kontroli sytuacji w formie lęku i nieco większą pobudliwością emocjonalną. Średnie wyniki w poszczególnych skalach *Kwestionariusza kontroli emocji* przedstawia tabl. 1. Analiza wariancji potwierdziła istotność statystyczną różnic między pacjentami z IBS a GERD w zakresie zmiennych: kontrolowane i przemyślane zachowanie ($F=23,46$), odporność emocjonalna ($F=9,74$), kontrola sytuacji w formie lęku ($F=5,31$), pobudliwość emocjonalna ($F=4,44$). Różnice między pacjentami z chorobami układu pokarmowego a osobami zdrowymi pod względem wymienionych wskaźników kontroli emocjonalnej były mniej wyraźne. Pacjenci z IBS uzyskali istotnie niższe niż osoby zdrowe wyniki w skalach: kontrolowane i przemyślane zachowanie

($F=23,46$) i odporność emocjonalna ($F=9,74$). W porównaniu z grupą osób zdrowych, pacjenci z GERD uzyskali istotnie wyższe wyniki w skalach: kontrola sytuacji formie lęku ($F=5,31$) i pobudliwość emocjonalna ($F=4,44$).

Dokonano również porównania między kobietami a mężczyznami ze wszystkich badanych grup pod względem analizowanych czynników psychologicznych. Okazało się, że płeć różnicuje w sposób istotny statystycznie osoby zaproszone do badań tylko pod względem kontroli ekspresji emocji. W tym przypadku kobiety charakteryzowały się niższą wartością tej zmiennej – czyli mniejszą zdolnością kontrolowania zewnętrznych objawów przeżywanych emocji.

Tablica 1. Wyniki Kwestionariusza Kontroli Emocji J. Brzezińskiego
Table 1. Scores on the Emotional Control Questionnaire by J. Brzeziński

Analizowane wskaźniki	Choroba refluksowa	Zespół jelita nadwrażliwego	Osoby zdrowe
Kontrola ekspresji	15,63	13,50	16,47
Motywacja emocjonalno-racjonalna	17,30	16,50	17,87
Odporność emocjonalna	14,43	12,50	15,43
Kontrola sytuacji	17,27	18,23	14,97
Pobudliwość emocjonalna	14,03	14,80	11,87

OMÓWIENIE

Analizując natężenie zmiennych psychologicznych wykorzystanych do przeprowadzenia badań stwierdzono, że obydwie grupy chorych (IBS i GERD) różniły się między sobą w sposób znamieny statystycznie pod względem nasilenia poziomu doświadczanego stresu, poziomu odczuwanego lęku jako stanu i jako cechy oraz pod względem wyznaczników kontroli emocji. Różnice te były również wyraźne pod względem wybranych zmiennych, w analizach dokonanych między pacjentami oddziału gastroenterologii a osobami zdrowymi. Uzyskane wyniki przede wszystkim podkreślają rolę czynników psychologicznych w przebiegu zespołu jelita nadwrażliwego i choroby refluksowej przełyku, co może mieć odzwierciedlenie w natężeniu dolegliwości związanych z tymi chorobami.

Podczas obserwacji klinicznej pacjentów z chorobami układu pokarmowego badacze zwracają uwagę na związek pomiędzy nasileniem objawów choroby a obciążającymi psychicznie okolicznościami. Stresujące wydarzenia są przyczyną żołądkowo-jelitowych objawów u większości osób. Ta relacja jest jednak wyraźnie zauważalna w grupie pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego i chorobą refluksową [11, 12].

Badania z zakresu problematyki psychiatrycznej w etiopatogenezie chorób gastrologicznych wskazują na to, że stanom emocjonalnym pacjentów, a przede wszystkim lękowi o różnorodnej etiologii, towarzyszą objawy ze strony przewodu pokarmowego (m.in.: zgaga i pieczenie w przełyku, nudności i wymioty, bóle brzucha, wzdęcia, biegunki, zaparcia, nadmierne łaknienie i otyłość, brak apetytu i spadek masy ciała, problemy w przełykaniu). Te z kolei nasilają objawy lękowe (np. niepokój przed poważną chorobą), co powoduje powstanie mechanizmu błędnego koła [13].

Nie ma wątpliwości, że czynniki emocjonalne wpływają na przebieg chorób gastroenterologicznych [4, 14]. Sposób radzenia sobie z emocjami powstającymi pod wpływem stresu, także tego, który jest związany z występowaniem samej choroby, jest obecnie uważany za istotny czynnik w rozwoju tych 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 się w postaci napięcia emocjonalnego. Przeżywanie dużych napięć emocjonalnych i nieumiejętność ich rozładowania może być przyczyną zaburzeń czynności układu pokarmowego [15].

Sulkowska i wsp. [11] porównując grupę pacjentów z GERD i IBS zwróciła uwagę na duże podobieństwo profili psychologicznych obu badanych grup chorych oraz występowanie podobnych mechanizmów obronnych („konwersja-somatyzacja”), co wyraźnie potwierdziło udział czynników emocjonalnych w patogenezie tych schorzeń. W porównaniu profilu osobowości 39 pacjentów z IBS i 40 z GERD oraz identyfikacji mechanizmów psychologicznych, wpływających na samopoczucie chorych w oparciu o Kwestionariusz MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) stwierdzono znaczące przekroczenie wartości oczekiwanych w skalach *Hipochondria*, *Histeria* oraz *Psychastenia*. Ponadto wartości w obrębie skal „triady neurotycznej” wykazały istnienie zjawiska somatyzacji u ponad połowy badanych osób.

Marcinkowska–Bachlińska i Małecka–Panas [6] oceniały częstość występowania Wzoru Zachowania Typu A (WZA) u 50 chorych z GERD oraz jego związku z umiejętnościami radzenia sobie z emocjami w tej grupie chorych. U podstaw WZA leżą mechanizmy motywacyjne związane z wysoką potrzebą osiągnięć, potrzebą dominacji, agresji. Ekspresja zachowania charakteryzuje się dużą siłą, szybkością, napięciem mięśniowym (wybuchowość, żywa mimika, gwałtowna gestykulacja, szybki sposób poruszania się). Autorki porównały wyniki z grupą 40 osób zdrowych. Otrzymany rezultat ujawnił istotnie wyższą częstość występowania WZA i wyższy poziom tłumionych emocji u pacjentów chorujących na chorobę refluksową w porównaniu z grupą kontrolną oraz istotną korelację pomiędzy badanymi zmiennymi.

W innych badaniach wykazano, że rola przeżyć emocjonalnych jest istotna zarówno dla patogenezy, jak i przebiegu oraz powodzenia terapii w GERD. Autorzy zajmujący się badaniami nad GERD są zgodni, że nie można tej roli wykluczyć ani pominąć zarówno w etiopatogenezie, jak i w przebiegu choroby. Zwraca się szczególną uwagę na związek między sposobem reagowania emocjonalnego a efektami terapeutycznymi [16]. Ponadto, w badaniach Baker i wsp. [17] udowodniono wyjątkowo silny wpływ przeżywanego stresu na nadmierną koncentrację pacjentów na przeżywanych dolegliwościach. Ci badacze wiążą pojawienie się objawów choroby i tym samym stopień jej nasilenia ze stresem występującym u pacjentów z GERD, a przede wszystkim ze sposobami radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz sposobami radzenia sobie z bólem towarzyszącym objawom choroby [18].

W badaniach własnych pacjenci z zespołem jelita nadwrażliwego okazali się grupą, która w sposób najbardziej

charakterystyczny wyróżniała się od osób z chorobą refluksową przełyku, jak i od osób z grupy kontrolnej.

Panuje ogólne przekonanie o współistnieniu zaburzeń czynnościowych jelit i dysfunkcji psychologicznych. U ok. 50% chorych zgłaszających się do lekarza stwierdza się nieprawidłowości w sferze emocjonalnej [4, 5]. Należy jednak pamiętać, że chorzy zgłaszający się po poradę stanowią grupę wyselekcjonowaną poprzez cięższe objawy lub gorszy stan psychiczny. Badania psychologiczne osób z objawami IBS, które nie zgłaszają się do lekarza, nie wykazują różnic w sferze psychicznej w stosunku do osób zdrowych [19]. Może to stanowić przesłankę, iż trudności w funkcjonowaniu psychologicznym nie są odpowiedzialne za powstanie choroby, a jedynie decydują o potrzebie kontaktu z lekarzem.

Od 50 do 80% chorych z IBS podkreśla zależność między nasileniem objawów a stresem. Pacjenci z IBS są szczególnie podatni na rozwinięcie dolegliwości i właśnie oni informują o większym wpływie wydarzeń stresujących i sytuacji konfliktowych na ich życie w porównaniu do zdrowych osób [14]. Do najczęstszych stresorów mających znaczenie dla pojawienia się objawów tej grupie pacjentów należą: śmierć bliskiej osoby, rozwód lub separacja rodziców, troska o rodzinę, obawa o karierę zawodową, stresy z okresu wczesnego dzieciństwa [20].

Stopień zaburzeń czynności układu pokarmowego, obszar i intensywność objawów może mieć znaczny wpływ na jakość życia tych pacjentów. Podczas klinicznej praktyki gastroenterologów zwracają uwagę na relację między intensywnością dolegliwości a występowaniem okoliczności, które stanowią psychologiczne obciążenie dla pacjentów opisujących swoje problemy podczas wywiadu medycznego [21, 22].

WNIOSKI

1. Pacjenci z IBS i z GERD, wykazują istotnie wyższy poziom stresu, lęku i kontrolę emocji w porównaniu z grupą kontrolną.
2. Osoby z IBS w porównaniu zarówno z pacjentami z GERD jak i osobami zdrowymi charakteryzowały się najwyższym poziomem stresu, najwyższym natężeniem lęku jako stałej cechy osobowości i aktualnie odczuwanego stresu oraz niedostatecznie wykształconą kontrolą ekspresji emocjonalnej, najmniej kontrolowanym i przemyślanym zachowaniem, niższą odpornością emocjonalną, wyższym poziomem kontroli sytuacji w formie lęku i większą pobudliwością emocjonalną.
3. Płeć badanych osób miała istotne znaczenie tylko w jednej zmiennej psychologicznej.
4. Badane kobiety w porównaniu z mężczyznami uzyskały wynik wskazujący na mniejszą zdolność kontrolowania zewnętrznych objawów przeżywanego emocji.

PIŚMIENICTWO

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry/VI, volume 2. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.

2. Krzyżowski J. Zespół jelita drażliwego. Warszawa: Medyk; 2004.
3. Radziwiłłowicz P, Gil K. Zespół jelita drażliwego (zjd) okiem psychiatry. *Psychiatr Pol.* 2006; 41 (1): 87-97.
4. Tomecki R. Zespół jelita nadwrażliwego. *Standardy Medyczne.* 2004; 6 (1): 648-657.
5. Woodman CL, Breen K, Noyes R, Moss C, Fagerholm R, Yagla SJ, Summers R. The Relationship Between Irritable Bowel Syndrome and Psychiatric Illness. A Family Study *Psychosomatics.* 1998; 39, 45-53.
6. Marcinkowska-Bachlińska M, Małecka-Panas E. Rola Wzoru zachowania Typu A w patogenezie choroby refluksowej. *Przegląd Gastroenterologiczny.* 2006; 1 (2): 98-104.
7. Pace F, Porro GB. Gastroesophageal reflux disease: a typical spectrum disease (a new conceptual framework is not needed). *Am J Gastroenterol.* 2004; 99: 946-949.
8. Kalinowska E, Tarnowski W, Banasiewicz J. Metody pomiaru jakości życia u chorych z chorobą refluksową przełyku. *Gastroenterol Pol.* 2005; 12 (6): 531-536.
9. Madisch A, Kulich KR, Malferheiner P, Ziegler K, Bayerdörffer E, Miehlke S, Labenz J, Carlsson J, Wiklund IK. Impact of reflux disease on general and disease – related quality of life – evidence from a recent comparative methodological study in Germany. *Gastroenterol.* 2003; 41: 1137-1143.
10. Milkes D, Gerson LB, Triadailopoulos 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: 991-996.
11. Sulkowska A, Swinarska-Naumiuik M, Jasiński A, Janiak M, Burkiewicz A, Sulkowski B, Adrych K, Guzek M, Majkowicz M, Borys B, Smoczyński M. Description and comparison of emotional factors in patients with irritable bowel syndrome and gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol Pol.* 2008; 15 (4): 219-224.
12. Nowak A, Marek T, Rydzewska G, Paradowski L, Chojnicki J, Wallner G, Poniewierka E, Wróblewki T. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego: choroba refluksowa przełyku. *Gastroenterol Pol.* 2005; 12: 313-319.
13. Rymaszewska J, Dudek D. Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych. Praktyczne wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. Gdańsk: Via Medica; 2009.
14. Drossman DA. Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. *Am J Gastroenterol.* 2004; 99: 350-357.
15. Everly GS, Rosenfeld R. Stres, przyczyny, terapia i autoterapia. Warszawa: PWN; 1992.
16. Kamolz T, Pointner R. Gastroesophageal reflux disease. Heartburn from a psychological view. *Minerva Gastroenterol Dietol.* 2004; 50: 261-268.
17. Baker LH, Lieberman D, Oehlke M. Psychological distress in patients with gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol.* 1995; 90: 1797-1803.
18. Kaplun A. Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych. Odkrywanie nowej jakości zdrowia. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 1997.
19. Enck P, Wienbeck M. Epidemiology and psychological factors of irritable bowel syndrome. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1993; 12: 979.
20. Kovács Z, Kovács F. Depressive and anxiety symptoms, dysfunctional attitudes and social aspects in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *In J Psychiatry Med.* 2007; 37 (3): 245-255.
21. Adsett A. Psychosomatic medicine. *Canadian Journal of Psychiatry.* 2006; 51 (8): 547-549.
22. Bragee B, Bullington J. Psychotherapy and Psychosomatics. Basel. 2003; 72 (4): 228-229.

Wpłynęło: 22.12.2009. Zrecenzowano: 09.02.2010. Przyjęto: 24.02.2010.

Adres: mgr Agata Orzechowska, Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Oddział XIB, Szpital im. J. Babińskiego ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź, tel. (042) 652-12-89, fax. (042) 640-50-52, e-mail: agrafka1005@wp.pl