

A GYOMOR- ÉS NYOMBÉLFEKÉLY EGYES PSZICHOSZOCIÁLIS VONATKOZÁSAINAK PSZICHOLÓGIAI VIZSGÁLATA

SZŐCS KATALIN^{1*} – VARGHA JENŐ LÁSZLÓ²

¹ Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, Általános Belgyógyászat szak,
Marosvásárhely

² Babes-Bolyai Tudományegyetem, Pszichológia és Neveléstudományok kar,
Pszichológia szak, Kolozsvár

(Beérkezett: 2009. július 28.; elfogadva: 2009. november 6.)

Napjainkban a peptikus fekélybetegség etiológiai tényezőinek a *Helicobacter pylori* fertőzést, illetve a nem szteroid gyulladáscsökkentő gyógyszerek szedését tekintik. Ezek viszont nem magyarázzák teljes mértékben a fekélybetegség kialakulását, szakirodalmi adatok szerint pszichoszociális tényezők mint etiológiai faktorok szerepe hangsúlyozott. Jelen vizsgálatunk célja feltérképezni azokat a pszichoszociális változókat, amelyek szerepet játszanak a gyomor- és nyombélfekély kialakulásában és fennmaradásában, és pedig függőség, állandó vágy a szeretetre és gondoskodásra, negatív életesemények, depresszióra való hajlam, bizonytalan kötődési stílus, stressz és kedvezőtlen anyagi helyzet. Kérdőíves felmérést végeztünk fekélybetegek és nem fekélyes személyek körében. Eredményeink bizonyították, hogy jelen vizsgálati csoportjainkra vonatkoztatva a *Helicobacter pylori* fertőzés nem tekinthető az egyetlen fekélybetegség kiváltó oknak, hasonlóan az NSAID szedés sem. Pszichológiai változók szerepet játszhatnak a betegség kialakulásában és fennmaradásában, főként a HP negatív betegek esetében. A fekélybetegek hajlamosak depresszióra, szeretettség-igényük nagymértékű, a negatív életeseményeket érzelmileg megterhelőbbnek érzékelik, anyagi helyzetüket kedvezőtlenebbnek ítélik meg és kevésbé jellemző körükben a feladatközpontú megküzdési mód.

Kulcsszavak: fekélybetegség, pszichoszociális változók, depresszióra való hajlam

* Levelező szerző: Szócs Katalin, str. 22 Decembrie 1989, nr. 15. Ap. 26, Targu Mures, 540113, jud. Mures, Romania, E-mail: szocskati@yahoo.com

“In diseases for which the pathogenesis involves multiple factors, it is impossible and meaningless to identify individual etiologic factors. The system as a whole, as well as interactions and relationships among individual risk factors, is important.”
Engel (1977)

BEVEZETÉS: GASZTROENTEROLÓGIAI BETEGSÉGEK PSZICHOLÓGIAI VONATKOZÁSAI

A modern genetikai kutatások egyre inkább teret hódítanak a tudományos életben, mivel eredményeik számos betegség eredetére adnak megfelelő választ. Ennek ellenére gyakran mégsem magyarázzák meg egyértelműen a legtöbb kórkép kialakulását. Napjaink felfogása szerint a környezeti tényezők is fontos szerepet játszanak a különböző kórállapotok létrejöttében. A fertőzések, korai élettapasztalatok, család és barátok, sikerek és kudarcok, vallás és politika – ezek a tényezők egyaránt jelentős befolyással lehetnek az emberek életére. Így a betegségek biopszichoszociális megközelítése egyre inkább elterjedt ezek eredetének magyarázatában (Feldman 2006; Drossmann 2002; Rakel 2007). A gasztroenterológiai betegségek nagyon gyakoriak és számos pszichoszociális vonatkozásuk van. Irodalmi adatok szerint ezek pszichoszomatikus megközelítésében legáltalánosabban elfogadott nézet, hogy kialakulásukban legnagyobb jelentősége a sajátos emócióknak van, létrejöttük középpontjában a biztonság és elfogadottság kívánsága áll. Az emésztőrendszer egyike azon szervrendszereknek, amelyek nagymértékben alkalmasak arra, hogy szomatikusan kifejezzék a biztonság és elfogadottság iránti problematikát (Luban-Plozza 1994).

A peptikus fekély krónikus lefolyású betegség, melynek klinikumában a fájdalom képezi a vezető tünetet. Jellemzősége, hogy szimptomatikus és aszimptomatikus aktivitási periódusok váltakoznak remissziós periódusokkal. Természetes kórlefordulásához tartozik a spontán gyógyulás vagy súlyos, időnként életet veszélyeztető szövődmények megjelenése. Kórsvetettani szempontból a betegség jól körülírt szövethiányt jelent a gyomor vagy a duodenum falának szintjén (Oproiu 2001; Andreoli és Carpenter 1999). Kóréletteni szempontból kialakulásában alap-mechanizmusnak a gyomornyálkahártyát érő agresszív, illetve a nyálkahártya protektív faktorai közötti egyensúly megbomlása tekinthető (Gáti és mtsai 1993). A számos, szakirodalomban leírt agresszív tényező közül legfontosabbnak a *Helicobacter pylori* fertőzést, illetve a nem szteroid gyulladáscsökkentő szereket tartják (Gáti és mtsai 1993; Szollár 1993).

A XX. század elején a fekélybetegség etiopatológiáját tekintve nagy hang-

súlyt kapott a különböző pszichoszociális tényezők jelenléte. Tudományos közlemények függő-, illetve erőszakos személyiség-típusokkal hozták összefüggésbe a betegséget, illetve a negatív életesemények szerepét hangsúlyozták. Egyiket sem sikerült egyértelműen bizonyítani, így az ilyen irányultságú kutatások lassan háttérbe szorultak (Jones 2006). A *Helicobacter pylori* (HP) azonosítása után (1980) a baktériumot a fekélybetegség legfontosabb kórokozójaként tartják számon, ezáltal fertőzések eredetűnek tekintik a kórképet. A baktériummal való fertőzöttség és a fekélybetegség szoros kapcsolata nagyon szilárdan alátámasztott (Podein 2007). A fertőzéses eredet mellett különböző kutatások a nem szteroid gyulladáscsökkentő gyógyszerek (NSAID) szerepét bizonyítják. Viszont a klinikai gyakorlatban e két etiológiai tényező (HP és NSAID) nem magyarázza teljes mértékben a betegség kialakulását. A HP fertőzés önmagában nem elegendő és nem is feltétlenül szükséges a betegség kialakulásához, mivel a fertőzött egyéneknek csupán 20%-ánál fog fekélybetegség kialakulni életük során, valamint a gyomorfekélyes betegek csupán 70%-ánál, a nyombélfekélyes betegek 70–90%-ánál mutatható ki HP fertőzés (Jones 2006; Levenstein 2000; Sugiyama és mtsai 2001; Konturek és mtsai 2003). Az NSAID gyógyszerek szedése sem teljes mértékű magyarázat, mivel csupán az NSAID gyógyszereket szedő egyének 20%-a jelez fekélyes fájdalmat, és a legtöbb esetben nem alakul ki a betegség (Peura 2004). Nagyon sok kórházi beutalásra kerülő esetet idiopáthiásnak könyvelnek el (Freston 2001; McColl és mtsai 1993), emiatt napjainkban kezd egyre inkább a figyelem újra a pszichoszociális tényezők kutatása felé fordulni, tekintve, hogy számos bizonyíték létezik a peptikus fekély multifaktoriális természetét illetően. Ezek közül jelentősek a stressz, alacsony szociális státus, dohányzás, alvászavarok, alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozási szokások és fokozott gyomorsav elválasztás (Levenstein 1999; Parente és mtsai 1996; Hippisley-Cox és mtsai 2002). Epidemiológiai vizsgálatok szerint az egészséges táplálkozás és a rendszeres testmozgás csökkenti a fekélybetegség kialakulását (Beyer 2004; Cheng és mtsai 2000; Rosenstock és mtsai 2003).

Az első megfigyelést az érzelmi élet és a tápcsatorna működésének kapcsolatára vonatkozóan Beaumont tette az 1800-as években, aki egy gyomor fisztulát tanulmányozva megállapította, hogy az akut mentális stressz befolyásolja a tápcsatorna motilitását (Holtmann és mtsai 1989). Ezt követően számos kutatás írta le azt a kapcsolatot, mely a gyomor működése, a szabályozó idegi folyamatok, a központi idegrendszer és az affektív állapot között áll fenn. Számos olyan emóciót írtak le, amelyek összefüggnek a gyomorműködéssel: depresszív gondolatok, bizonytalanság érzése, bátortalanság, idült szorongás és krónikus pszichológiai konfliktusok. Ha ezek

az állapotok hosszú időn át fennállnak, akkor egy idő után krónikus gyuladós elváltozások jelenhetnek meg, amelyek sérülékennyé teszik a nyálkahártyát. Így az agresszív tényezők, valamint a védőmechanizmusok egyensúlyának már nagyon kismértékű megbomlása során eróziók, majd gyomorfekély jöhet létre (Luban-Plozza 1994).

Feldman és munkatársai (1992) pozitív korrelációt találtak a bazális gyomornedv-elválasztás és az MMPI teszt impulzivitás és szociális izoláció tételei között. Fordtran elmélete a pszichés konfliktusok és a stresszesemények betegségkiváltó szerepét hangsúlyozza (Feldman 2006). Alexander azt a megfigyelést tette, hogy fekélybetegei gondoskodásra és szeretetre vágytak, és mivel e vágyukat nem voltak képesek nyíltan kifejezni, állandó emocionális feszültségben éltek, ami képes a gyomorfunkciókat ingeregni és aktiválni – a krónikus gyomoringerlés pedig egy idő után hozzájárulhat a betegség kialakulásához (Császár 1980). Weiner és mtsai (1957), valamint Mirsky (1958) alátámasztották Alexander modelljét, a fekélybetegséget a függőség és gondoskodás utáni kívánságok frusztrálásával hozták összefüggésbe. Feldman és mtsai a betegséget hipochonder, peszsimista, és függőségre hajlamos személyek körében írták le (Feldman és mtsai 1986). Számos tanulmány hangsúlyozta a szociális státus összefüggését a fekélybetegség kialakulásával – viszont a szegény országokban nagyobb a HP baktériummal való fertőzöttség aránya is (Rosenstock és mtsai 2004). Más tanulmányok a dohányzás szerepét emelték ki (Kurata és mtsai 1986).

Levenstein és mtsai (1997) szerint a fekélybetegség kialakulásának rizikója magasabb azoknál, akik depresszióra és függőségre hajlamosak, illetve akikre jellemző a személyes bizonytalanság, ellenségeskedés, szociális szorongás, elidegenedés és nem megfelelő megküzdés. Megfigyeléseik szerint gyakran nagyfokú pszichológiai stressz előzi meg a tünetek felléptét (Levenstein és mtsai 1997). Ugyancsak ezek a szerzők bizonyították, hogy fordított korreláció van a pszichológiai rizikótényezők (életesemények, szorongás, depresszió, rendellenes MMPI) és biológiai rizikótényezők (NSAID, dohányzás, alkoholfogyasztás, kávé, férfi nem, életkor, családi anamnézis) között. Ezáltal azt állapították meg, hogy a pszichológiai tényezőknek önálló, független szerepük van a fekélybetegség kialakulásában (Levenstein és mtsai 1995). Más szerzők negatív életeseményekkel, szorongással és neuroticizmussal hozták összefüggésbe a betegséget (Goodwin és Stein 2002, 2003). Raiha és mtsai (1998) a genetikai faktorok szerepét hangsúlyozzák, és ettől kisebb, de jelentős arányban az egyéni környezeti hatásokat, például a dohányzást és a fájdalomcsillapítók krónikus alkalmazását említik. Medalie és mtsai (1992) a fekélybetegség kialakulásának bejósolására a következő paramétereket állapították meg: do-

hányzás, életkor >60 év, alacsony fizetés és alacsony vérnyomás (<140 Hgmm), családi problémák és szeretettség-igény.

Jóllehet az eddigi kutatások egyértelműen bizonyítják a fekélybetegség pszichoszociális vonatkozásait, eredményeik gyakran mégis megkérdőjelezhetőek módszertani hiányosságok és az ismeretlen HP fertőzés miatt. Mivel a baktérium patogén hatása bizonyított, a pszichoszociális vonatkozások kutatásánál ezt a tényezőt feltétlenül figyelembe kell venni.

SAJÁT VIZSGÁLATUNK MÓDSZERTANA

Célkitűzés

Abból kiindulva, hogy a HP fertőzés és NSAID szedés nem magyarázza teljes mértékben a fekélybetegség kialakulását, a szakirodalmi adatok pedig a pszichoszociális tényezők mint etiológiai faktorok szerepét is hangsúlyozzák, célul tűztük ki feltérképezni azokat a pszichoszociális változókat, amelyek szerepet játszanak a gyomor- és nyombélfekély kialakulásában és fennmaradásában.

Hipotézis

Feltételezzük, hogy az alábbi pszichoszociális változók játszanak szerepet a gyomor- és nyombélfekély kialakulásában és fennmaradásában:

- függőség, állandó vágy a szeretetre és gondoskodásra, külső elismerés és külső kontroll igénye;
- negatív életesemények, illetve ezek érzelmileg nagymértékben megterhelő mivolta;
- depresszív gondolati folyamatok, depresszióra való hajlam;
- bizonytalan, elkerülő vagy ambivalens kötődési stílus;
- magas stressz-szint;
- alacsony szociális státus, kedvezőtlen anyagi helyzet.

Résztevők

Kutatásunkban a résztvevők száma összesen 32 volt, ezek közül 16 peptikus fekélybetegséggel (gyomor- és/vagy nyombélfekély) diagnosztizált beteg, illetve 16 olyan személy, akiknél nem volt kimutatva fekélybetegség, és akik nem panaszkodtak gyomor- és bélrendszeri tünetekre. Ezek alapján a kutatásban résztvevőket két csoportba osztottuk:

1. Peptikus gyomor- és/vagy nyombélfekéllyel diagnosztizált betegek csoportja (n = 16). Kizárólag olyan eseteket tekintettünk fekélybetegnek, akiknél ez orvosi szempontból bizonyított volt, vagyis pozitív felső tápcsatornai endoszkópos lelettel rendelkeztek.

2. Nem fekélybeteg vizsgálati személyek csoportja (n = 16), akiknél nem jelentkeztek gyomor- vagy bélrendszeri panaszok és nem volt leírva peptikus fekélybetegség jelenléte endoszkópia vagy radiológiai vizsgálat segítségével.

Mindkét csoport tagjait előzetesen tájékoztattuk a felmérésről és felkértük egyes kérdőívek kitöltésére. A résztvevők minden esetben beleegyeztek a kutatásban való részvételbe. A betegek öt marosvásárhelyi családorvosi rendelő peptikus fekélybetegséggel nyilvántartott páciensei voltak.

Vizsgálati eszközök

Vizsgáltuk a csoportok életkorok és nemek szerinti megoszlását, a dohányzás és alkoholfogyasztás gyakoriságát, fájdalom jelenlétét az utóbbi 12 hónapban, a *Helicobacter pylori* (HP) fertőzés és nem szteroid gyulladáscsökkentő gyógyszerek (NSAID) szedésének gyakoriságát. Rákérdeztünk arra, hogy a résztvevők hogyan ítélik meg szubjektíven országos viszonylatban anyagi helyzetüket, melyet egy 1–10 skálán kellett értékelniük, majd a következő kérdőívek kerültek kitöltésre: Életesemény kérdőív, Diszfunkcionális attitűd skála, CISS-21 (Coping Inventory for Stressfull Situations), RSQ (Relationship Scales Questionnaire) és Stressz skála.

A *Paykel-féle életesemény kérdőív* rövidített és módosított változatát alkalmaztuk. A kitöltőnek feladata volt, hogy megjelölje azokat az életeseményeket, amelyek előfordultak életében, illetve amelyek egy évvel a betegség kezdete előtt történtek meg. Ezt követően azt is meg kellett jelölniük egy 0-tól 5-ig terjedő skálán, hogy az adott események érzelmileg mennyire voltak megterhelőek számukra. A válaszadóknak ugyanakkor lehetőségük volt arra, hogy felsorolják azokat az életeseményeket, amelyek megtörténtek velük, érzelmileg megterhelőek voltak, de nem szerepeltek a felsorolásban (Paykel 1991).

A *diszfunkcionális attitűd skála* a depresszogén sémák azonosítását hivatott vizsgálni, 35 tételt tartalmaz, amelyek pontozása során a depresszogén sémák hét csoportja azonosítható. Minden csoportban 10 és -10 között váltokozhatnak az értékek. Minél nagyobb az egyes csoportokban elért pontszám, annál inkább arra utal, hogy az adott attitűd jellemző a személyre. A skála lényege, hogy a több csoportban elért magas pozitív érték de-

presszióra hajlamosító tényezőre utalhat. A skála a következő hét depresszogen-sémát azonosítja: jóváhagyás és külső elismerés igénye; szeretettség igénye; siker- és teljesítményigény; tökéletességre törekvés; igényesség és jogos elvárások; mindenhatóság; omnipotencia; valamint külső kontroll; szemben az autonómia és a belső kontroll igényével (Vargha 2008a).

A CISS-21 (*Coping Inventory for Stressfull Situations*) a klinikumban jól használható kérdőív, a megküzdési módok három típusát írja le: feladatirányú, emócióirányú és elkerülésre irányuló megküzdés. A kérdőív kitöltése során a válaszadónak azt kell megítélnie, hogy az egyes tételek során felsorolt viselkedésmódokat mennyire tartja jellemzőnek saját magára vonatkoztatva, ha problémahelyzetbe kerül. Az értékelés során a három faktor szerint adjuk össze a válaszok pontszámait: feladatközpontú megküzdés, emócióközpontú megküzdés, elkerülésre irányuló megküzdés (Lyne és Roger 2000; Perczel-Forintos és Annus 2005).

Az RSQ (*Relationship Scales Questionnaire*) felnőtt kötődési mintákat hivatott vizsgálni (Griffin és Bartholomew 1994); 30 tételt tartalmaz, amelyek kitöltésekor a válaszadó egy 1–5 skálán értékeli, hogy az adott állítás mennyire jellemző rá. Értékelése Hazan és Shaver (1987) modellje alapján történt, amely biztonságos, elkerülő és ambivalens kötődési stílusokat határoz meg (Kurdek 2002).

A Ross és Altmaier által kidolgozott *Stressz skála* 29 itemet tartalmaz, a skála értékelése során alacsony, enyhe, mérsékelt vagy magas stressz szintet írhatunk le. A felsorolt állításokra a választ a kitöltő egy 1–4 pontozású skálán értékeli (Vargha 2008b). Az eredmények értékelése során alacsony (29 pont), enyhe (30–58 pont), mérsékelt (59–87 pont) vagy magas (88–116 pont) stressz szintet állapíthatunk meg.

Tanulmányunk során a fekélybeteg és nem fekélybeteg vizsgálati csoportjainkat a következőképpen hasonlítottuk össze a kérdőívek pontszámai alapján: fekélybeteg és nem fekélybeteg vizsgálati csoport, HP fertőzött betegek és HP negatív fekélybetegek, HP negatív betegek és nem fekélyes vizsgálati csoport, valamint az utóbbi 12 hónapban fájdalmat jelző és fájdalomra nem panaszkodó fekélybetegek.

Az adatok statisztikai feldolgozása a GraphPad InStat3 program segítségével történt. A különböző vizsgálati csoportok összehasonlítására a kétmintás páratlan t-próbát használtuk (szignifikáns a különbség, ha $p < 0,05$), eltérő szórás értékek esetén Welch korrrekciót alkalmaztuk.

EREDMÉNYEK

Vizsgálatunkban összesen 32 személy vett részt ($n = 32$), ezek közül 16 fekélybeteg (FB: fekélybeteg vizsgálati csoport) és 16 gyomor-, bélrendszeri panaszokkal és fekélybetegséggel nem küszködő személy (NFB: nem fekélybeteg vizsgálati csoport).

A FB és NFB vizsgálati csoportok összehasonlításának eredményei

Az átlagéletkor a FB csoportban 58,37 év volt, míg a NFB csoportban 48,12 év. Jóllehet az NFB átlagéletkora alacsonyabb volt, mint a nem fekélybeteg életkora, a két csoport között nem volt szignifikáns különbség. Nemek szerinti eloszlás alapján a FB csoport megegyezett a NFB csoporttal, mindkettőben 6 férfi (37,5%) és 10 nő (62,5%) vett részt. A dohányzás és alkoholfogyasztás gyakorisága a FB és NFB vizsgálati csoportokban hasonló volt. A *Helicobacter pylori* fertőzés a fekélybetegek körében 9 főnél (56,25%-ban) volt jelen. A nem szteroid gyulladásgátlók használatának gyakorisága rendszeresen vagy időszakosan nagyobb dózisban azonos volt a két csoportban (37,5%). A fekélybetegeknek csupán fele (50%) jelezte, hogy az utóbbi 12 hónapban fájdalma volt. Aszerint, hogy szubjektíven hogyan ítélték meg anyagi helyzetüket országos viszonylatban, a két csoport között szignifikáns különbséget kaptunk ($p < 0,001$), vagyis az egészséges csoportba tartozó személyek szignifikánsan jobbnak ítélték meg anyagi helyzetüket a fekélybetegek csoportjához hasonlítva.

A Paykel-féle életeseemény kérdőív válaszait statisztikailag feldolgozva nem találtunk szignifikáns különbséget a két vizsgálati csoport között, sem az életeseemények gyakoriságát, sem pedig ezek érzelmi megterhelésének súlyosságát illetően, bár ez utóbbi változó mentén a különbség a szignifikancia határán helyezkedett el.

A diszfunkcionális attitűd skála (DAS) keretén belül elemeztük a depresszógén sémák hét csoportját, és ezek mentén összehasonlítottuk vizsgálati csoportjainkat. Szignifikáns különbség mutatkozott a két vizsgálati csoport között négy alskála esetében: jóváhagyás, külső elismerés igénye, szeretettség igénye, külső kontroll szemben a belső kontroll és autonómia igényével, valamint a különbség a szignifikancia határán helyezkedett el az igényesség és jogos elvárások tételek esetében.

A csoportok megküzdési módjait a CISS-21 által vizsgálat három faktor alapján hasonlítottuk össze; sem az emócióorientált, sem pedig az elkerülésre irányuló dimenziók szintjén nem találtunk szignifikáns különbséget

1. táblázat. A fekélybeteg és nem fekélybeteg vizsgálati csoport összehasonlítása
(Rövidítések: FB: fekélybeteg csoport, NFB: nem fekélybeteg csoport, HP: Helicobacter pylori, NSAID: nem szteroid gyulladáscsökkentő gyógyszerek)

		NFB N = 16	FB N = 16
Életkor		Átlag: 48,12 év	Átlag: 58,37 év
Nemek szerinti megoszlás		Férfi: 37,5% Nő: 62,5%	Férfi: 37,5% Nő: 62,5%
NSAID fogyasztás		37,5%	37,5%
HP fertőzés		-	56,25%
Dohányzás	Nem dohányzik	56,3%	50,0%
	Abbahagyta	25,0%	25,0%
	Jelenleg dohányzik	18,7%	25,0%
Alkoholfogyasztás	Nem fogyaszt	25,0%	56,3%
	Rendszeresen fogyaszt	6,3%	0,0%
	Időnként fogyaszt	68,2%	43,7%

2. táblázat. Pszichológiai változók mérése során kapott eredmények a fekélybeteg és nem fekélybeteg vizsgálati csoportokban (Rövidítések: FB: fekélybeteg csoport, NFB: nem fekélybeteg csoport, n.s.: nem szignifikáns)

Változók	NFB N = 16		FB N = 16		p	
	Átlag	SD	Átlag	SD		
Anyagi helyzet szubjektív megítélése	5,937	1,769	3,5	1,633	<0,001	
Életesemények gyakorisága	3,875	3,575	3,437	3,483	n.s.	
Életesemények érzelmi megterhelése	3,126	1,888	4,166	1,442	n.s.	
DAS	Jóváhagyás, külső elismerés igénye	0	3,916	2,562	3,098	<0,05
	Szeretettség igénye	1,750	4,865	6,750	2,543	<0,001
	Siker- és teljesítmény-igény	1,937	5,882	3,812	5,357	n.s.
	Tökéletességre törekvés	2,500	5,138	4,750	4,374	n.s.
	Igényesség és jogos elvárások	5,187	3,146	7,187	3,016	n.s.
	Mindenhatóság	3,062	4,123	5,125	2,964	n.s.
	Külső kontroll	0,875	4,530	3,687	3,092	<0,05
CISS-21 megküzdési módok	Feladatközpontú	32,0	3,141	27,75	6,445	<0,05
	Emócióközpontú	25,250	5,196	26,187	4,847	n.s.
	Elkerülésre irányuló	19,625	4,787	16,687	5,618	n.s.
Kötődési minták	Biztonságos	2,901	0,850	2,487	0,882	n.s.
	Elkerülő	3,140	0,903	2,765	0,901	n.s.
	Ambivalens	2,103	0,971	2,397	0,832	n.s.
Stressz skála	57,25	12,423	59,60	6,501	n.s.	

a két csoport között. Statisztikailag szignifikánsnak értelmezhető különbség a feladatarányú megküzdési mód vizsgálata során jelentkezett, a fekélybetegekre kevésbé volt jellemző ez a fajta megküzdési mód ($p < 0,05$).

A kötődési minták elemzése során úgy a biztonságos, mint az elkerülő, illetve az ambivalens kötődési stílus egyaránt jellemző volt a két vizsgálati csoportra. Egyetlen kötődési stílus sem volt szignifikánsan eltérően jellemző bármelyik vizsgálati csoportra. A stressz skálán vizsgált értékek között nem találtunk szignifikáns különbséget a két a csoport által meghatározott értékek között (1. és 2. táblázat).

A *Helicobacter pylori* baktériummal fertőzött, illetve a nem fertőzött fekélybetegek összehasonlításának eredményei

A fekélybeteg vizsgálati csoportunkat két részre osztottuk, és az előbb felsorolt pszichológiai változók mentén összehasonlítottuk a HP fertőzött betegek és a HP nem fertőzött betegek kérdőíveken elért pontszámait. A két csoport között szignifikáns különbség a DAS tökéletességre törekvés tételei esetében, illetve a CISS-21 elkerülésre irányuló megküzdés esetében volt megfigyelhető (3. táblázat).

A *Helicobacter pylori* negatív vizsgálati csoport és a nem fekélybeteg vizsgálati csoport összehasonlításának eredményei

Az előbbihez hasonló módon (tekintve, hogy a pszichológiai változók szerepét a fekélybetegség kialakulásában főként azokban az esetekben feltételezzük, amelyekben a betegek nem fertőződtek a HP baktériummal) a résztvevőket újabb két vizsgálati csoportba osztottuk és összehasonlítottuk a HP-val nem fertőzött (HP-) fekélybetegek pontszámait, pszichológiai változóit a nem fekélybeteg (NFB) vizsgálati csoportunkkal. E két csoport között szignifikáns különbséget több változó esetében is tapasztaltunk, éspedig: DAS: szeretettség-igény és tökéletességre törekvés tételei, illetve az anyagi helyzet szubjektív megítélése. Három változó mentén a különbség statisztikailag a szignifikancia határán volt: DAS: igényesség és jogos elvárások, mindenhatóság és külső kontroll, szemben az autonómia és belső kontroll igényével. A DAS szeretettség igénye tételeinél a fekélyes, de HP nem fertőzött betegek jóval magasabb pontszámot értek el, mint az egészséges, fekélyrel nem diagnosztizált személyek ($p < 0,001$), illetve hasonló összefüggés volt a DAS tökéletességre törekvés tételei esetében is ($p < 0,01$) (4. táblázat).

3. táblázat. A HP pozitív és HP negatív fekélybeteg vizsgálati csoportok pszichológiai változóinak összehasonlítása (Rövidítések: SD: szórás, HP: Helicobacter pylori, n.s.: nem szignifikáns)

Változók		HP+ N = 9		HP- N = 7		p
		Átlag	SD	Átlag	SD	
Anyagi helyzet szubjektív megítélése		3,111	1,364	4	1,915	n.s.
Életesemények száma		4,333	4,416	2,285	1,254	n.s.
Életesemények érzelmi megterhelése		4,628	0,565	3,571	2,009	n.s.
DAS	Jóváhagyás, külső elismerés igénye	2,333	2,739	2,857	3,716	n.s.
	Szeretetttség igénye	6,111	3,018	7,571	1,618	n.s.
	Siker- és teljesítményigény	2,555	5,897	5,428	4,467	n.s.
	Tökéletességre törekvés	2,777	4,994	7,285	1,113	<0,05
	Igényesség és jogos elvárások	6,444	2,789	8,142	3,237	n.s.
	Mindenhatóság	4,777	3,563	5,571	2,149	n.s.
	Külső kontroll	3,666	3,742	3,714	2,289	n.s.
CISS-21 megküzdési módok	Feladatközpontú	25,333	7,450	30,857	3,132	n.s.
	Emócióközpontú	24,888	5,061	27,857	4,337	n.s.
	Elkerülésre irányuló	14,11	4,540	20	5,354	<0,05
Kötődési minták	Biztonságos	2,377	0,603	2,628	1,191	n.s.
	Elkerülő	2,666	0,750	2,892	1,117	n.s.
	Ambivalens	2,151	0,885	2,714	0,691	n.s.
Stressz skála		56	4,967	62	6,633	n.s.

4. táblázat. A HP negatív fekélybeteg csoport és NFB csoport pszichológiai változóinak összehasonlítása (Rövidítések: HP- nem fertőzött betegek, NFB: nem fekélybeteg csoport, SD: szórás, n.s.: nem szignifikáns, * tendencia)

Változók	HP- fekély- betegek N = 7		NFB N = 16		p
	Átlag	SD	Átlag	SD	
Anyagi helyzet szubjektív megítélése	4	1,915	5,937	1,769	<0,05
Életesemények száma	2,285	1,254	3,875	3,575	n.s.
Életesemények érzelmi megterhelése	3,571	2,009	3,126	1,888	n.s.

Változók		HP- fekély- betegek N = 7		NFB N = 16		p
DAS	Jóváhagyás, külső elismerés igénye	2,857	3,716	0	3,916	n.s.
	Szeretettségre igénye	7,571	1,618	1,75	4,865	<0,001
	Siker- és teljesítményigény	5,428	4,467	1,937	5,882	n.s.
	Tökéletességre törekvés	7,285	1,113	2,5	5,138	<0,005
	Igényesség és jogos elvárások	8,142	3,237	5,187	3,146	<0,05
	Mindenhatóság	5,571	2,149	3,062	4,123	0,070 ⁺
	Külső kontroll	3,714	2,289	0,875	4,530	0,060 ⁺
CISS-21 megküzdési módok	Feladatközpontú	30,85	3,132	32	3,141	n.s.
	Emócióközpontú	27,85	4,337	25,25	5,196	n.s.
	Elkerülésre irányuló	20	5,354	19,62	4,787	n.s.
Kötődési minták	Biztonságos	2,628	1,191	2,901	0,850	n.s.
	Elkerülő	2,892	1,117	3,140	0,903	n.s.
	Ambivalens	2,714	0,691	2,103	0,971	n.s.
Stressz skála		53,142	24,204	57,714	13,275	n.s.

Az utóbbi 12 hónapban fájdalomra panaszkodó, illetve fájdalommentes betegek összehasonlításának eredményei

Hasonló módon összehasonlítottuk azokat a fekélybetegeket akik az utóbbi 12 hónapban fájdalmat jeleztek azokkal, akiknél az utóbbi 12 hónapban nem jelentkezett fájdalom. A két csoport között nem találtunk szignifikáns különbséget (5. táblázat).

MEGBESZÉLÉS

A fekélybeteg vizsgálati csoportunkban, a DAS alapján mind a hét depresszogen sémát mérő alszála esetén, az átlagértékek pozitív tartományban voltak. Ugyanakkor az általunk felmért fekélybeteg vizsgálati csoport (FB) és nem fekélybeteg csoport (NFB) eredményeinek összehasonlítása során a DAS számos tételei mentén különbséget találtunk a FB és NFB csoportok között.

A fekélybetegek körében elsősorban a *szeretettségre igénye* tételeken mért pontszámok mutattak szignifikáns különbséget a NFB személyekkel szemben ($p < 0,005$). Mindez arra enged következtetni, hogy a fekélybetegek

5. táblázat. Pszichológiai változók összehasonlítása az utóbbi 12 hónapban fájdalomra panaszkodó, illetve a fájdalommentes fekélybeteg vizsgálati csoportban (SD: szórás, n.s.: nem szignifikáns)

Változók		Jelentkezett fájdalom N = 8		Nem volt fájdalom N = 8		p
		Átlag	SD	Átlag	SD	
Anyagi helyzet		3,375	0,916	3,625	2,200	n.s.
Életesemények száma		3,625	4,719	3,250	1,909	n.s.
Életesemények érzelmi megterhelése		4,395	0,550	3,937	2,008	n.s.
DAS	Jóváhagyás, külső elismerés igénye	2	2,726	3,125	3,523	n.s.
	Szeretettségre igénye	6	2,77	7,5	2,204	n.s.
	Siker- és teljesítményigény	3,125	4,704	4,5	6,188	n.s.
	Tökéletességre törekvés	3,25	4,234	6,25	4,234	n.s.
	Igényesség és jogos elvárások	6,625	3,068	7,75	3,059	n.s.
	Mindenhatóság	5,5	2,507	5,25	3,536	n.s.
	Külső kontroll	3,125	3,720	4,250	2,435	n.s.
CISS-21 megküzdési módok	Feladatközpontú	26	7,502	29,5	5,071	n.s.
	Emócióközpontú	25	5,707	27,375	3,815	n.s.
	Elkerülésre irányuló	16,125	6,010	17,250	5,548	n.s.
Kötődési minták	Biztonságos	2,3	0,676	2,675	1,063	n.s.
	Elkerülő	2,406	0,611	3,125	1,035	n.s.
	Ambivalens	2,33	0,804	2,463	0,910	n.s.
Stressz skála		43,5	27,677	35,428	33,206	n.s.

körében valószínű, hogy jelen vannak depresszióra hajlamosító tényezők. Mivel azonban ezzel még nem adtunk választ a HP fertőzés és pszichológiai változók összefüggéseire, az erre irányuló választ keresvén a fekélybetegeket két csoportba soroltuk: HP fertőzött és HP nem fertőzött betegek. A HP negatív fekélybeteg csoportot a NFB csoporttal összehasonlítva azt találtuk, hogy a HP negatív betegek szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a DAS szeretettségre igénye tételeken, mint az egészséges személyek ($p < 0,001$). A HP- betegeket a HP+ betegekkel összehasonlítva, bár statisztikailag nem szignifikáns, de magasabb értékeket találtunk a HP negatív csoport körében a DAS számos alszkáláján. Ezek alapján azt a következtetést vonhatjuk le, hogy főként a HP negatív fekélybetegekre jellemző a magasabb szeretettségre-igény NFB személyekkel és HP fertőzött betegekkel összehasonlítva. Tehát, ha a szeretettségre-igénye nagyobb a fekélybetegek körében, főként a HP negatív betegek körében, ahol a betegség kialakulása nem magyarázható a baktériummal való fertőzöttséggel, akkor elmondható, hogy igazolódott kezdeti hipotézisünk, mely szerint a fekélybetegek-

re jellemző a nagyfokú szeretet és gondoskodás utáni vágy. Amikor azt vizsgáltuk meg, hogy mennyire van eltérés azokban a betegcsoportokban, ahol jelentkezett az utóbbi 12 hónapban fájdalom vagy nem, akkor nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport tagjai között. Elképzelhető, hogy a szeretettség igénye főként a betegség létrejöttében játszik szerepet és nem annak fenntartásában, krónikussá válásában, kedvező vagy kedvezőtlen prognózisában.

A további séma-csoportokat tekintve a *jóváhagyás és külső elismerés igénye*, valamint a *külső kontroll* alszkálakon találtunk szignifikáns különbséget a FB és NFB csoportok között ($p < 0,05$). Mindez utalhat a betegek függőségi vágyára, a külső kontroll igényére szemben az autonómia vagy belső kontroll igényével. A HP negatív betegek összehasonlítva a NFB személyekkel a *tökéletességre törekvés* alszkálán mutattak szignifikánsan magasabb értékeket a NFB-el szemben ($p < 0,005$), valamint három alszkálán a csoportok közötti különbség a szignifikancia határán helyezkedett el, szintén magasabb értékekkel a HP negatív fekélybetegek körében. Ezek a következő alszkálák voltak: *igényesség és jogos elvárások, mindenhatóság és omnipotencia*, valamint *külső kontroll*.

Összegezve, eredményeink szerint, a DAS majdnem mindegyik alszkáláján, úgy a FB és a NFB összehasonlításakor, mint a HP negatív és HP fertőzött fekélyesek összehasonlítása, valamint a HP fertőzött fekélybetegek és NFB összehasonlítása során, a FB betegcsoport, ezen belül pedig főként a HP negatív betegcsoport magasabb értékeket ért el, ha nem is volt statisztikailag mindig megbízható a különbség. Mindezek alapján elmondhatjuk, hogy a fekélybetegeknél (főként a baktériummal nem fertőzött betegek körében) jelen vannak depresszióra hajlamosító tényezők, melyeknek szerepük lehet a betegség kialakulásában és fennmaradásában. További kutatások lennének szükségesek a nem HP okozta fekélyek esetében a pszichológiai változók szerepének felderítésére.

Az *életesemények kérdőív* értékelése alapján az életesemények gyakorisága hasonló volt a FB és NFB csoportban, vagyis a fekélybetegség kialakulása előtti egy évben ezeknél a személyeknél nem fordult elő nagyobb gyakorisággal valamilyen negatív életesemény. (Az a mérték, ahogyan ezek a személyek az életesemények érzelmi megterhelését értékelték, magasabb volt ugyan a FB csoportban, mint a NFB csoportban, de közöttük a különbség statisztikailag nem volt szignifikáns.)

Érdekesnek tűnik a résztvevők *anyagi helyzetével* kapcsolatos megfigyelés. A FB-ek anyagi helyzetüket szignifikánsan alacsonyabb szintűnek ítélték meg, mint a NFB csoport tagjai. A *stressz szint* felmérése során nem találtunk különbséget a csoportok között, a stressz skálán elért átlagértékek hasonlóak voltak a FB és NFB csoportokban. A *megküzdési módok* vizsgálá-

lata során azt találtuk, hogy a fekélybetegekre szignifikánsan kevésbé volt jellemző a feladatközpontú megküzdési mód ($p < 0,05$), ha a NFB csoport-hoz hasonlítottuk. A HP negatív betegek és a HP fertőzött betegek összehasonlításánál különbséget találtunk az elkerülésre irányuló megküzdési módban, mely főként a HP negatív betegekre volt jellemző ($p < 0,05$). Viszont a HP negatív betegek és a NFB csoport összehasonlítása során, annak ellenére, hogy a HP negatív betegek magasabb pontszámot értek el az elkerülésre irányuló megküzdés tételeken a különbség nem volt szignifikáns. Emiatt releváns következtetést erre vonatkozólag nem állapíthatunk meg.

A kötődési minták vizsgálata során nem találtunk szignifikáns különbséget a biztonságos és bizonytalan kötődési stílusokban a csoportok között.

KÖVETKEZTETÉSEK

Következtetéseinket, a tanulmányunkban részt vevő kis esetszám miatt vizsgálati csoportjainkra vonatkoztathatjuk, és nem általánosíthatjuk őket. Vizsgálatunk során viszont igazolódtott kezdeti hipotézisünk, eredményeink alapján a következő következtetéseket állapíthatjuk meg:

1. A *Helicobacter pylori* fertőzés nem tekinthető az egyetlen fekélybetegség kiváltó oknak, mert fekélybeteg csoportunk 43,75%-ban nem volt kimutatott fertőzés, a betegség mégis jelen volt.

2. Az NSAID szedés sem kizárólagos kiváltó tényező, mert ennek gyakorisága egyenlő mértékben volt jelen úgy a fekélybeteg, mint a nem fekélybeteg vizsgálati csoportunkban.

3. A fekélybetegek körében számos, általunk vizsgálat pszichológiai változó eltért a nem fekélyes vizsgálati csoporttól, ugyanakkor a fekélybeteg csoporton belül a pszichológiai változók eltérést mutattak a *Helicobacter pylori*-val fertőzött, illetve nem fertőzött betegek között. Mindezek alapján elmondhatjuk, hogy pszichológiai tényezők szerepet játszhatnak a betegség kialakulásában és fennmaradásában, főként a HP negatív betegek esetében.

4. A fekélybetegek hajlamosak depresszióra, a DAS alapján számos diszfunkcionális attitűddel rendelkeznek: nagyfokú szeretettség-igény, jóváhagyás és külső elismerés igénye, valamint külső kontroll igénye a belső kontrollal szemben.

5. A negatív életeseményeket a fekélybetegek érzelmileg megterhelőbbnek érzékelik, mint az egészségesek.

6. A fekélybetegek anyagi helyzetüket kedvezőtlenebbnek ítélik meg, mint a nem fekélyesek.

7. A fekélybetegekre kevésbé jellemző a feladatközpontú megküzdési mód.

8. Jellemző kötődési stílust nem sikerült leírunk.

9. A stressz szint nem magasabb a fekélybetegek körében.

10. A dohányzás és alkoholfogyasztás egyaránt gyakori a fekélybetegek és nem fekélyesek körében, a két csoport között eltérést nem találtunk.

11. A gyomor- és nyombélfekély pszichoszociális vonatkozásainak felderítésére további kutatásokra lenne szükség, illetve a betegség pszichológiai szempontjainak ismerete hatékony segítséget nyújtana, úgy a betegség-megelőzésben, mint a fekély terápiájában.

A KUTATÁS KORLÁTAI

Kutatásunk korlátai közé elsősorban az alacsony esetszám tartozik mindkét vizsgálati csoportban, mely korlátozza a statisztikai következtetések általános megfogalmazását. A biológiai tényezők (HP fertőzöttség, illetve NSAID fogyasztás) és pszichológiai változók közötti kapcsolatvizsgálathoz szükség lenne olyan objektív adatokra, melyek kvantifikáltan fejezik ki a biológiai változókat is (pl. HP antitest titer, az NSAID szedés mennyisége, esetleg a gyomor sósav elválasztásának mennyiségi meghatározása, vagy a gyomorfekély endoszkóppal történő nagyságának leírása). Jelen kutatás elvégzésekor ezen adatok nem álltak rendelkezésünkre. Kutatásunkban nem volt egészséges kontrollcsoport, mely a következtetések megbízhatóságát növelné. További kutatások lennének szükségesek a téma megfelelő kifejtésére.

Irodalom

- Andreoli, T. E., Carpenter, C. J. (1999): A gyomor és nyombél peptikus fekélybetegsége. In Cecil, R.L., Goldman, L., Benett, J.C. (eds): *A belgyógyászat lényege*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Beyer, P. L. (2004): Medical nutrition therapy for upper gastrointestinal tract disorders. In Mahan, K.L., Escott-Stump, S. (eds): *Krause's Food, Nutrition, and Diet Therapy*. Saunders, Philadelphia.
- Cheng, Y., Macera, C. A., Davis, D. R., Blair, S. (2000): Physical activity and peptic ulcers: Does physical activity reduce the risk of developing peptic ulcers? *British Journal of Sports Medicine*, 34: 116–121.
- Császár Gy. (1980): Specifikus pszichodinamikus konfliktus. In Császár, Gy. (szerk.): *Pszichoszomatikus orvoslás*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Drossman, D. A. (2002): A biopsychosocial understanding of gastrointestinal illness and disease. In Feldman, M., Friedman, L. S., Sleisenger, M. H. (ed): *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. WB Saunders, Philadelphia.

- Engel, G.L. (1977): The need for new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129–136.
- Feldman, M. (2006): Psychosocial factors. In Feldman, M., Friedman, L. S., Sleisenger, M. H. (eds): *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. WB Saunders, Philadelphia.
- Feldman, M., Walker, P., Green, J. L., Weingarden, K. (1986): Life events, stress and psychosocial factors in men with peptic ulcer disease. A multidimensional case-controlled study. *Gastroenterology*, 91 (6): 1370–1379.
- Feldman, M., Walker, P., Goldschmiedt, M., Cannon, D. (1992): Role of affect and personality in gastric acid secretion and serum gastric concentration. Comparative studies in normal men and in male duodenal ulcer patients. *Gastroenterology*, 102 (1): 175–180.
- Freston, J. W. (2001): Review article: role of proton pump inhibitors in non-H.pylori-related ulcers. *Alimentary Pharmacological Therapy*, 15 (Suppl 2): 2–5.
- Gáti T., Zeller T., Szombath D. (1993): A tápcsatorna. In Szollár L. (szerk.): *Kórélettan*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Goodwin, R. D., Stein, M. B. (2002): Generalized anxiety disorder and peptic ulcer disease among adults in the United States. *Psychosom. Med.*, 64 (6): 862–866.
- Goodwin, R. D., Stein, M. B. (2003): Peptic ulcer disease and neuroticism in the United States adult population. *Psychother. Psychosom.*, 72 (1):10–15.
- Griffin, D., Bartholomew, K. (1994): Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430–445.
- Hazan, C., Shaver, P. R. (1987): Conceptualizing romantic love as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 511–524.
- Hippisley-Cox, J., Coupland, C., Pringle, M., Crown, M., Hammersley W. (2002): Married couples' risk of same disease: Cross-sectional study. *British Medical Journal*, 325: 636.
- Holtmann, G., Singer, M. V., Kriebel, R., Stacker, H., Goebell, H. (1989): Differential effects of acute mental stress on interdigestive secretion of gastric acid, pancreatic enzymes, and gastroduodenal motility. *Dig. Dis. Sci.*, 34 (11): 1701–1707.
- Jones, M. P. (2006): The role of psychosocial factors in peptic ulcer disease. Beyond Helicobacter pylori and NSAIDs. *Journal of Psychosomatic Research*, 60: 407–412.
- Konturek, S. J., Bielanski, W., Plonka, M., Pawlik, T., Pepera, J. (2003): Helicobacter pylori, nonsteroidal anti-inflammatory drugs and smoking in risk pattern of gastroduodenal ulcers. *Scand. J. Gastroenterol.*, 38 (9): 923–930.
- Kurata, J. H., Elashoff, J. D., Nogawa, A. N., Haile, B. M. (1986): Sex and smoking differences in duodenal ulcer mortality. *Am. J. Public Health*, 76 (6): 700–702.
- Kurdek, A. (2002): On being insecure about the assessment of the attachment styles. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19 (6): 811–834.
- Levenstein, S. (1999): Peptic ulcer at the end of the 20th century: Biological and psychological risk factors. *Can. J. Gastroenterol.*, 13: 753–759.
- Levenstein, S. (2000): The very model of a modern etiology: A biopsychosocial view of peptic ulcer disease. *Psychosom. Med.*, 62: 176–185.
- Levenstein, S., Kaplan, G. A., Smith, M. W. (1997): Psychological predictors of peptic ulcer incidence in the Alameda County Study. *J. Clin. Gastroenterol.*, 24 (3): 140–146.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berte, E., Spinella, S., Lanari, G. (1995): Patterns of biologic and psychologic risk factors in duodenal ulcer patients. *J. Clin. Gastroenterol.*, 21 (2): 110–117.

- Luban-Plozza, B. W. (1994): *Pszichoszomatikus betegek az orvosi gyakorlatban*. Animula Kiadó, Budapest.
- Lyne, K., Roger, D. (2000): A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 29: 321–335.
- McCull, K. E., el-Nujumi, A. M., Chittajallu, R. S., Dahill, S. W., Dorrian, C. A. (1993): A study of the pathogenesis of *Helicobacter pylori* negative chronic duodenal ulceration. *Gut*, 34 (6): 762–768.
- Medalie, J. H., Stange, K. C., Zyzanski, S. J., Goldbourt, U. (1992): The importance of biopsychosocial factors in the development of duodenal ulcer in a cohort of middle-aged men. *Am. J. Epidemiol.*, 136 (10): 1280–1287.
- Mirsky, A. (1958): Physiologic, psychologic, and social determinants in the etiology of duodenal ulcer. *American Journal of Digestive Diseases*, 3, 285–313.
- Oproiu, A. (2001): Ulcerul gastric și duodenal. In Gherasim (ed.): *Medicina interna*, 3, Editura Medicala, București.
- Parente, F., Maconi, G., Sangaletti, O., Minguzzi, M., Vago, L., Rossi, E., Bionchi Porro, G. (1996): Prevalence of *Helicobacter pylori* infection and related gastroduodenal lesions in spouses of *Helicobacter pylori* – positive patients with duodenal ulcer. *Gut*, 39: 629–633.
- Paykel, E. S. (1991): Stress and life events. In Davidson, L. (ed.): *Risk Factors for Youth Suicide*. Hemisphere, New York.
- Perczel-Forintos D., Annus R. (2005): *A Coping Inventory magyar adaptációja*, Kézirat, Budapest.
- Peura, D. A. (2004): Prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated gastrointestinal symptoms and ulcer complications. *Am. J. Med.*, 117 (Suppl 5A): 63S–71S.
- Podein, R. (2007): Peptic ulcer disease. In Rakel, R. (ed.): *Integrative Medicine*. Saunders, Philadelphia.
- Raiha, I., Kempainen, H., Kaprio, J., Koskenvuo, M., Sourander, L. (1998): Lifestyle, stress, and genes in peptic ulcer disease: a nationwide twin cohort study. *Arch. Intern. Med.*, 158 (7): 698–704.
- Rakel, R. (2007): *Textbook of Family Medicine*. Saunders, Philadelphia.
- Rosenstock, S., Jorgensen, T., Bonnevie, O., Andersen, L. (2003): Risk factors for peptic ulcer disease: A population-based prospective cohort study comprising 2416 Danish adults. *Gut*, 52: 186–193.
- Rosenstock, S. J., Jorgensen, T., Bonnevie, O., Andersen, L. P. (2004): Does *Helicobacter pylori* infection explain all socio-economic differences in peptic ulcer incidence? Genetic and psychosocial markers for incident peptic ulcer disease in a large cohort of Danish adults. *Scand. J. Gastroenterol.*, 39 (9): 823–829.
- Sugiyama, T., Nishikawa, K., Komatsu, J., Ishizuka, J. (2001): Attributable risk of *H. pylori* in peptic ulcer disease: does declining prevalence of infection in general population explain increasing frequency of non-*H. pylori* ulcers? *Dig. Dis. Sci.*, 46 (2): 307–310.
- Szollár L. (1993): *Kóreléttan*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Vargha J. L. (2008a): *Egészségpszichológia. Pszichológia szak, IV. félév, egyetemi jegyzet*. Kolozsvár.
- Vargha J. L. (2008b): *Kognitív és viselkedésmódosítások. Pszichológia szak, VI. félév, egyetemi jegyzet*. Kolozsvár.
- Weiner, H., Thaler, M., Reiser, M. F., Mirsky, I. A. (1957): Etiology of duodenal ulcer. *Psychosom. Med.*, 19, 1–10.

SZŐCS, KATALIN¹ - VARGHA, JENŐ LÁSZLÓ²

PSYCHOLOGICAL STUDY OF THE PSYCHOSOCIAL ASPECTS IN GASTRIC AND DUODENAL ULCER DISEASE

In our century in the pathogenesis of peptic ulcer disease infection with *Helicobacter pylori* (HP) and the use of non-steroid anti-inflammatory drugs (NSAID) are considered to be the main etiological factors. But, these two does not explain fully the development of peptic ulcer disease and on the basis of scientific literature psychosocial factors as etiological considerations are emphasized. The aim of our study was to search those psychosocial variables that may play a role in the development and subsistence of peptic ulcer disease: dependence, constant desire of being loved, negative life events, predisposition to depression, uncertain attachment style, stress and adverse financial situation. We used a questionnaire measurement among patients with peptic ulcer disease and persons without peptic ulcer disease or other gastrointestinal symptomatology. Our results prove that in our study-group the infection with *Helicobacter pylori* or the uses of NSAID's are not the only etiological factors of peptic ulcer. Psychological variables may play a role in the development and subsistence of the disease, mainly in *Helicobacter pylori* negative patients. Patients with peptic ulcer are predisposed to depression, have strong wish of being loved, they are affected emotionally more by negative life events than the healthy ones and estimate their financial situation more adverse.

Keywords: ulcer disease, psychosocial variables, predisposition to depression