

ETIOPATOGENIA ULCERULUI GASTRIC ȘI DUODENAL

Veronica CALANCEA

Catedra Psihologie

A peptic ulcer disease is an ulcer of an area of the gastrointestinal tract that is usually acidic and thus extremely painful. Tobacco smoking, blood group, spices and other factors that were suspected to cause ulcers until late in the 20th century, are actually of relatively minor importance in the development of peptic ulcers. There is debate as to whether *Stress* in the psychological sense can influence the development of peptic ulcers. Burns and head trauma, however, can lead to "stress ulcers", and it is reported in many patients. A family history is often present in duodenal ulcers, especially when blood group O (I) is also present. Despite the finding that a bacterial infection is the cause of ulcers in 80% of cases, bacterial infection does not appear to explain all ulcers and researchers continue to look at stress as a possible cause, or at least a complication in the development of ulcers. Ulcers are not purely an infectious disease and the psychological factors do play a significant role. There is solid evidence that psychological stress triggers many ulcers and impairs response to treatment, while *Helicobacter pylori* is inadequate as a mono-causal explanation as most infected people do not develop ulcers. Psychological stress functions as a cofactor with *Helicobacter pylori*. A study of peptic ulcer patients showed that chronic stress was strongly associated with an increased risk of peptic ulcer, and a combination of chronic stress and irregular mealtimes was a significant risk factor.

La momentul actual, ulcerul gastroduodenal este o boală destul de frecventă în urma căreia suferă până la 15% din populație. Caracterizat prin afectarea mucoasei, submucoasei și stratului muscular ale tubului digestiv supuse acțiunii peptice a sucului gastric, are ca localizare, în primul rând, duodenul, apoi stomacul. Boala are caracter ereditar; evoluția decurge o perioadă îndelungată, până la 40 de ani sau mai mult, manifestându-se în puseuri sezoniere dureroase ritmate de mese, zilnice, însoțite uneori de vomă. Durerea apare sub formă de foame dureroasă ce dispare la ingestia alimentelor, sub formă de durere nocturnă ce se atenuază la ingestia bicarbonatului de sodiu sau laptelui. Reapariția durerii are loc la 30 de minute după mese la ulcerul gastric și la 2-3 ore la cel duodenal. Durerea este epigastrică, cu iradieri în hipocondrul drept și stâng, uneori fiind însoțită de fenomene dispeptice necaracteristice, cu modificări de apetit, senzație de arsuri retrosternale, eructații, grețuri, constipație.

Sindromul dureros apare des după un efort fizic: sărituri, mers pe bicicletă, în urma unui emoțional, acesta fiind unicul semn al bolii ulceroase. Orice stres prelungit poate cauza modificări fiziologice care se manifestă printr-o tulburare somatică. Fiecare persoană are un organ de „șoc” vulnerabil la stres: unii pacienți sunt reactori cardiaci, alții – reactori gastrici sau reactori tegumentari. Persoanele anxioase sau depresive sunt mai vulnerabile la boli psihosomatice.

Aceste manifestări apar întotdeauna „la distanță”, după o anumită perioadă (de „prelucrare” sau de „elaborare”) de la evenimentul psihotraumatizant. Zona maximă de incidență este situată între 45-59 de ani [6, p.15].

Conform datelor Centrului Științifico-Practic Sănătate Publică și Management Sanitar al Republicii Moldova, rata prevalenței și incidenței prin ulcer gastroduodenal a populației Republicii Moldova (la 10 mii locuitori de vârstă respectivă) este următoarea (Tab.1):

În literatura de specialitate [16] sunt evidențiate 5 variante de bază ale dezvoltării și evoluției bolii ulceroase:

1) biologică (somatogenă) – drept bază a evoluției bolii servește sistemul funcțional vertical organizat, care include centrele ciclice ale hipotalamusului, hipofizei, glandelor endocrine, sistemul nervos vegetativ și aparatul neurohormonal al zonei piloroatrate. Este varianta de bază, căci componentele ei sunt prezente și în alte variante patogenetice;

2) neurogenă – este prezent mai evident la persoanele care au suferit traume craniocerebrale cu lezarea structurilor subcorticale;

3) endogen-psihopatologică, care include cazuri de combinare psihosomatică a bolii ulceroase și depresie;

4) debut distresoric al bolii ulceroase;

5) personal – drept mecanisme ale dezvoltării și evoluției bolii ulceroase servește sindromul dezadaptării social-psiho-logice.

Tabelul 1

Prevalența și incidența ulcerului

	Prevalența				Incidența			
	În total		inclusiv copii 0-14 ani		În total		inclusiv copii 0-14 ani	
	abs	la 10 mii loc	abs	la 10 mii loc	abs	la 10 mii loc	abs	la 10 mii loc
1995	58927	135,7	842	7,2	5313	12,2	232	2
1996	57120	132	793	7	4947	11,4	283	2,5
1997	56681	131,4	818	7,4	5270	12,2	204	1,9
1998	60214	138	859	8,1	6194	13,8	223	2,1
1999	56650	132,1	758	7,4	4224	9,9	150	2
2000	55042	128,8	707	7,2	4960	11,6	149	2
2001	47963	132,1	626	7,8	5149	14,2	185	2,3
2002	46672	128,8	456	6,1	4996	13,8	166	2,2
2003*	45984	127,3	994	10,9	4680	13	380	4,2
2004*	43718	121	1036	11,3	5108	14,1	410	4,5
2005*	44788	124,6	937	11,1	5491	15,3	345	4,1
2006*	43728	122	882	10,8	4596	12,8	275	3,4

* Copii 0-17 ani 11 luni 29 zile

Notă. 1. Din 1998 cu alte ministere și departamente

2. Din 2001 fără raioanele de est ale RM

3. Din 2003 copii 0-17 ani 11 luni 29 zile

Boala ulcerosă este în esență o maladie multifactorială cu tipul poligenic de moștenire – boală cu predispoziție ereditară. Ca markeri genetici ai dezvoltării bolii ulceroase a stomacului și duodenului sunt grupa de sânge. Persoanele cu această grupă de sânge sunt energice, comunicabile, cu o sănătate puternică [14]. Au voință de fier. Sunt stabili la neuroze, nu obosesc atât de ușor. În același timp, sunt foarte geloși, agitați și ambițioși. Acestea însă nu-i împiedică să fie prieteni foarte buni. Ei sunt cel mai mult predispuși spre ulcer. Mai rar se întâlnește boala ulcerosă la grupa de sânge B (III). Astfel de grupă sangvină posedă persoanele emoționale, liniștite, dar care au cerințe foarte mari față de sine și față de cei din jur. De regulă, ei sunt individualiști care acționează așa cum le place, se adaptează la mediu și la persoanele noi, la diferite situații, sunt flexibili. Sunt persoane creative și autoritare. Însă dorința de independență uneori se poate transforma în punctul lor slab.

Există mai multe teorii (Tab. 2) privind apariția ulcerului gastric și duodenal [12].

Tabelul 2

Teorii ale apariției ulcerului

FIZIOLOGICE	CLINICE
Pavlov I.P., Bîkov K.M., Kurzin I.T.	Botkin S.P., Bergmann G., K.Bernar, Ashof
PSIHOLOGICE	PSIHOFOZIOLOGICE
Luria R.A. Miasischev V.N.	Wolf H., Deutsch F., Selye, Alexander F.
PSIHOANALITICE	EGO-PSIHOLOGICE
Freud S.	Schur H. Sifneos P.
CARACTEROLOGICE	RELAȚII DE OBIECT
Dunbar F. Friedmen M. Rosenman R.	Kohut H.

I. Teoria mecanică (Ashof, Germania): alimentele dure, mișcându-se prin stomac, pot traumatiza pereții lui. Suprafața traumatizată este supusă acțiunii componentelor sucului gastric, se inflamează și pier și în locul lor apare ulcerul. Pacienții cu ulcer trebuie tratați cu o dietă specială și produse care micșorează aciditatea sucului gastric [12].

II. Teoria acidopeptică (Klod Bernar): dacă dintr-un motiv oarecare în stomac se formează o cantitate mai mare de acid clorhidric și fermentul pepsin, atunci ele încep să descompună pereții gastrici și se formează ulcerul. Bolnavii sunt tratați cu medicamente și dietă care micșorează aciditatea [2].

III. Teoria neurogenă (G. Bergmann, 1913): diferite defecte ale nervilor ce influențează asupra stomacului sau duodenului, care duc la spasme musculare ai pereților lor. Rolul principal îl are dereglarea funcțională a sistemului nervos vegetativ cu dominarea tonusului nervului vag (pneumogastric). Hipervagotonia provoacă spasmul musculaturii și al vaselor sangvine în urma căruia apar ischemia, împotrivire joasă a țesuturilor, apoi digerarea unei porțiuni a membranei mucoase cu suc gastric. Ca rezultat vasele sangvine și suprafețele gastrice lăsate fără alimentare pier, formând ulcere. Adepții acestei teorii tratează pacienții de ulcer cu medicamente care îmbunătățesc activitatea nervilor și a vaselor. Încă la mijlocul secolului trecut psihiatrul german *Glatteli* a evidențiat dependența activității sistemului digestiv de emoții. El a demonstrat științific că agresivitatea și furia forțează trecerea alimentelor prin stomac, iar frica și gândurile depresive încetinesc masticția datorită spasmelor [1].

La astfel de pacienți durerile au caracter desfășurat (bolnavul strigă, este iritat, spune “că-l doare tot”). Accesul este urmat de dereglări vegetative: neliniște, transpirație, accese de frică.

S-a dovedit că stomacul este cel mai “stresodependent” organ după inimă. Se știe că 60% din bolnavi au căpătat ulcer pe fond nervos. Dacă situația durează, iar tensiunea psihică nu scade, stomacul începe să se “digere” singur pe el” [4].

Cel mai mult la boli gastrice pe fond nervos sunt supuși melancolicii, cu predispunere spre autodistrugere, care au depresii chiar și din cauza unor probleme neînsemnate, și colericii, sănătatea cărora este traumatizată de furie și ură.

IV. Teoria vasculară (Virhov, Germania): ulcerul se formează la dereglarea alimentării vaselor gastrice, de exemplu, la staza arterelor gastrice. Acești pacienți sunt tratați cu medicamente care îmbunătățesc circulația sangvină.

V. Teoria corticoviscerală (K.M. Bîkov-I.T. Kurtzin, 1949): ulcerul apare în urma dereglării sistemului nervos, de exemplu, stresuri, care influențează intermediar asupra nervilor gastrici. Adepții acestei teorii tratează pacienții cu medicamente pentru calmarea sistemului nervos, devierile în activitatea nervoasă superioară, care apar ca rezultat al emoțiilor negative, a surmenajului mintal ș.a. În astfel de cazuri se observă slăbirea procesului de inhibiție în scoarța cerebrală și iritarea subscoarței în care apare un focar de iritare stabil ce este însoțit de mărirea tonusului nervilor simpatic și vag. Disfuncția sistemului nervos vegetativ duce la mărirea secreției gastrice, a motoricii, contracției spastice a vaselor și schimbărilor trofice ale membranei mucoase a zonei gastroduodenale, și în final, la formarea ulcerului gastric sau duodenal.

VI. Teoria psihanalitică (S. Freud): dezvoltarea libidoului: manifestările emoționale legate de procesele biologice de consum, păstrare și folosire, sunt ușor recunoscute drept componente emoționale ale funcției tractului gastrointestinal. Factorii psihologici în diferite dereglări gastrointestinale se descriu ca un conflict între acești trei vectori.

VII. Teoria psihofiziologică a conflictului emoțional specific sau vectorială (F. Alexander): raportul dintre conflictele emoționale specifice și sistemele organice specifice, unde se observă corelații psihofiziologice evidente. Pacientul cu ulcer gastroduodenal simte necesitatea de a mânca în permanență, de aceea apar dereglări în țesuturile regiunii superioare ale tractului gastrointestinal. Prezența acestor doi factori – constituțional sau dobândit, sensibilitatea organului și imaginii caracteristice emoțional-conflictuale – explică într-o măsură oarecare apariția simptomelor ulcerului. Premisele organice și psihice apar cu mult înainte de a se dezvolta maladia ca atare. F. Alexander [10] a descoperit că în afară de configurația psihică și „X-factor” mai există o a treia condiție, un mecanism de pornire care este determinat ca o situație activizatorie, ce influențează asupra pacientului. Persoana cu sensibilitate specifică a organelor și cu un model caracteristic conflictual se îmbolnăvește de ulcer doar când evenimentele din viață mobilizează conflictul său central, ducând la deteriorarea apărării psihice a organismului. La o intersecție reușită a evenimentelor, dacă o astfel de situație nu apare, indiferent de sensibilitatea organului și starea psihică, persoana poate să nu se îmbolnăvească niciodată, deși este predispus psihologic și organic. Colaboratorii Institutului de Psihanaliză din Chikago au determinat și au descris modelele conflictuale caracteristice pentru anumite maladii, care se evidențiază la diverse tipuri de personalitate. Rezultatele au fost formulate ca teoria vectorială, bazată pe direcțiile comune ale impulsurilor conflictuale care se află la baza maladiilor.

F.Alexander a elaborat o schemă a specificității în etiologia ulcerului gastric (Fig.1).

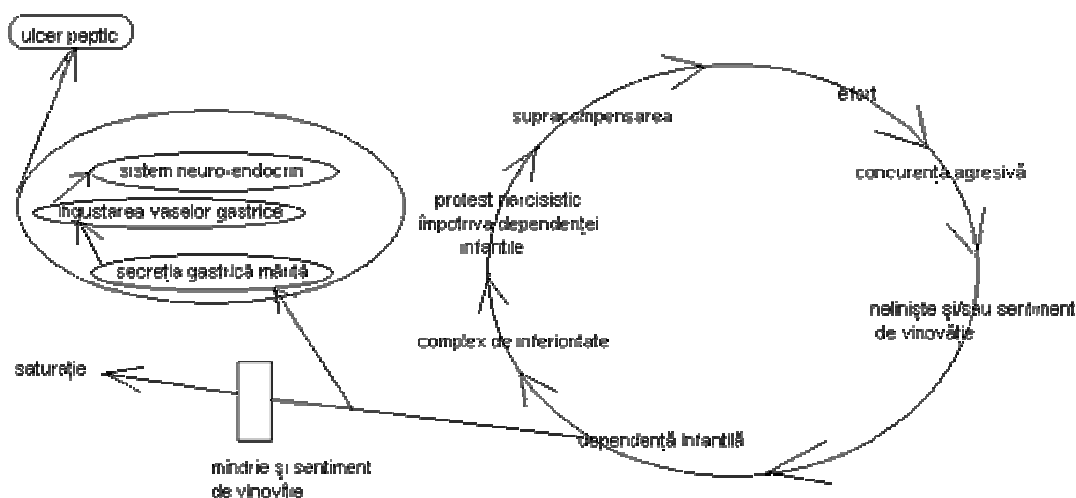


Fig.1. Reprezentarea schematică a specificității în etiologia ulcerului peptic [10, p.121]

VIII. Teoria "profilului de personalitate specific" (F.H.Dunbar, 1974) constă în încercarea de a găsi corelația dintre particularitățile caracteristice ale personalității și dezvoltarea unor sau altor maladii. Bolnavul de ulcer este descris ca o persoană anxioasă, dependentă în reacțiile sale de atitudinea altor persoane, predispusă la retrairi de lungă durată, intensificarea emoțiilor negative și cronicizarea stărilor emoționale negative. V.A.Ananiev (1988) datorită acestei teorii a evidențiat tipul „discret” de personalitate, caracteristic pacienților cu predispunere spre psihosomatizare [10].

Acest complex multifactorial include în mod necesar trăsături de personalitate formate pe o matrice constituțională și dobândite în cursul vieții individului, manifeste în planul inserției și interacțiunilor sale cu "rețeaua socială" ca și al situațiilor concrete (evenimente cu rol stresor). Având o exprimare în comportament cu inevitabile ajustări conjuncturale impuse de acestea, se consideră că în cazul unei hipertrofieri a trăsăturilor componente ("personalități accentuate" descrise de Leonhard) diferitele tipuri de personalitate pot să conflueze într-un tip general, caracterizat printr-o "vulnerabilitate față de stres", termen utilizat de Kourilsky [3, p.88].

S-a constatat că pacienții cu ulcer gastroduodenal au trăsături de personalitate variabile, dar prezintă anxietate, insecuritate, resentimente, sentimente de vină, frustrare, eforturi compensatorii pentru a-și îmbunătăți stima de sine ca fiind independenți, autosuficienți și perfecționiști. În antecedentele pacienților cu ulcer gastroduodenal s-au identificat hiperprotecția familială, neglijența în copilărie și proveniența din familii destrămate, constatându-se că mai ales femeile cu ulcer gastroduodenal prezintă tulburări de personalitate.

În general, acești pacienți sunt perfecționiști și se devalorizează pe sine. Se consideră că prin îndepărtarea complexelor nevrotice se întrerupe relația corticohipotalamoviscerală. Corectarea imaginii interne legate de boală și cultivarea intențiilor sanogene mărește considerabil eficacitatea terapiei în afecțiunile psihosomatice, cu reducerea morbidității.

După unii specialiști (Gastard, Gosselin, Bretagne, 1986), acești pacienți au tendința de a reacționa la conflicte conform unui pattern particular: dependență – independență, pasivitate – hiperreactivitate, iar alții se referă la accentuarea unor trăsături de personalitate. La ora actuală nu există o explicație satisfăcătoare a mecanismelor care guvernează relația dintre tulburările psihologice și leziunile gastroduodenale anatomice, astfel că rolul psihoterapiei în tratamentul ulcerului gastroduodenal este puțin înțeles. Evenimentele din viață pot avea un rol important în etiopatogenia ulcerului la unii subiecți, dar nu sunt nici necesare, nici suficiente. Factorii psihosociale care influențează geneza bolii sunt vârsta, cultura și sexul, iar dintre simptomele psihopatologice principale sunt cele astenodepresive [2].

E cert faptul că de la sistemul nervos enteric sunt transmise informații spre creier prin intermediul a 30 de tipuri de neurotransmițători și că în multe afecțiuni cerebrale este afectat și intestinul [5]. Majoritatea funcțiilor tractului gastrointestinal se află sub controlul sistemului nervos central și răspund la factorii de mediu.

Referințe și bibliografie:

1. Dafinoiu I. Personalitatea. Metode calitative de abordare. Observația și interviul. - Iași: Polirom, 2002. - 248 p.
2. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders. Diagnosis, pathophysiology and treatment // A Multinational consensus. Little, Brown and Company. - 1994. - 370 p.
3. Enăchescu C. Tratat de psihanaliză și psihoterapie. - Iași: Polirom, 2003. - 392 p.
4. Hayes Nicky, Orrell Sue. Introducere în psihologie. - București: ALL, 2005. - 544 p.
5. Iamandescu I.B. Manual de psihologie medicală. - București: Info Medica, 1995. - 280 p.
6. Ioneci Gh. Profilaxia și terapia stresului. Măsuri și tehnici de prevenire și combatere a poluării fizice și mentale. - București: Hera, 2002. - 192 p.
7. Luban-Plozza B., Iamandescu I.-B. Dimensiunea psihosocială a practicii medicale. - București: Infomedica, 2003. - 408 p.
8. Sapolsky Robert. Stres and Your Shrinking Brain // Discover, March. - 1999. - 122 p.
9. Tsimmerman I.S., Belusov F.V., Tregulov Z. Mental status of patients with ulcer disease / Pub Med, 2004.
10. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Институт общегуманитарных исследований. - Москва. - 2004. - 336 с.
11. Ивашкин В.Т., Лапин Т.Л. Лечение язвенной болезни: новый век - новые достижения - новые вопросы / БОП-РМЖ. - Том 4. - 2002. - №1. - с.20-25.
12. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. - Москва: МЕДпресс, 1999. - 592 с.
13. Мягков И.Ф., Боков С.Н. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии / Уч. для вузов. - Москва: Медицина, 1999. - 232 с.
14. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. - СПб.: Питер, 2002. - 464 с.
15. Немов Р.С. Психологическое консультирование // Учебник для студентов гуманитар. вузов. - Москва: Центр ВЛАДОС, 2001. - 528 с.
16. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Сборник научных трудов. Том 127 / Под общей редакцией М.М.Кабанова. - Ленинград: Изд. Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева. - 1990. - 172 с.

Prezentat la 17.10.2007