

ROLUL STRESULUI ÎN CADRUL SINDROMULUI DE COLON IRITABIL – IMPLICAȚII PSIHO-COMPORTAMENTALE ȘI TERAPEUTICE

The role of stress in irritable bowel syndrome – psychobehavioral and therapeutic implications

Asist. Univ. Dr. Ioana Cioca

Disciplina Psihologie Medicală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

REZUMAT

Sindromul colonului iritabil (SCI) reprezintă unul dintre cele mai comune în cadrul dereglărilor funcționale gastrointestinale. Etiologia sindromului colonului iritabil este neclară. Există însă dovezi ale unor triggeri biologici, genetici, dar și psihosociali. Datele din literatură atestă o legătură între stresul din viața pacienților și începutul sau agravarea simptomelor lor gastrointestinale. De asemenea, se pare că pacienții suferinzi de SCI sunt mai sensibili la evenimentele stresante ale vieții de zi cu zi. Cu toate acestea, legătura dintre stres și simptomele SCI-ului nu este încă înțeleasă pe deplin. De altfel, unii autori susțin că stresul doar agravează sindromul colonului iritabil, nefiind factorul cauzant. Este cert că pacienții cu SCI prezintă un răspuns exagerat la stres, în special un răspuns crescut la stresul asociat cu evenimentele viscerale relatate. Stresul cotidian poate stimula spasme ale colonului, rezultând un disconfort abdominal în momente stresante. Rolul pe care îl joacă distresul psihic în contextul sindromului de colon iritabil accentuează necesitatea abordării psihosomatice a acestei tulburări. De asemenea, rolul stresului în SCI augmentează eficacitatea abordării psihoterapeutice a suferinzilor de SCI.

Cuvinte cheie: sindromul colonului iritabil (SCI), stres psihic, abordare psihosomatică, terapie cognitiv-comportamentală, hipnoterapie

ABSTRACT

Irritable bowel syndrome represents one of the most common functional gastrointestinal disorders. The etiology of this syndrome is still unclear. There are some evidence of certain biological, genetic and psychosocial triggers. Literature data demonstrate a real interconnection between daily stress and onset and aggravation of gastrointestinal symptoms. Also, it seems that patients with IBS are more sensitive to the daily stressors. The relation between stress and IBS symptoms is not fully understood yet. Some authors insist that stress only aggravates IBS but is not an etiological factor. There is certain that patients with IBS have an exaggerated response to stress, in special, a highly response to the stress associated with visceral events. The daily stress can also, stimulate the colon spasms resulting in an abdominal disconfort during the stress. The role of stress in IBS underline the need of a psychosomatic approach of this disease. Also, the role of stress in IBS emphasize the efficacy of psychotherapeutically approach of the IBS patients.

Key words: irritable bowel syndrome (IBS), psychic stress, psychosomatic approach, cognitive-behavioral psychotherapy, hypnotherapy

Conceptul de dereglări funcționale gastrointestinale descrie un grup de sindroame legate de tractul gastrointestinal, dar pentru care nu a fost identificată o cauză structurală (Talley, 1991). Sindromul colonului iritabil (SCI), având ca simptom major durerea abdominală, este unul dintre cele mai comune în

cadru dereglărilor funcționale gastrointestinale. S-a estimat o prevalență de 8-22% în populația generală (Jones și Lydeard, Talley, 1992; Saita, 2000).

Etiologia sindromului colonului iritabil este neclară. A fost propus un număr de triggeri ai SCI, incluzând gastroenterita bacterială (Neal et al,

Adresa de corespondență:

Asist. Univ. Dr. Ioana Cioca, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, B-dul Eroilor Sanitari nr. 8, București

1997) și modificări ale microflorei intestinale (Malinen et al, 2005, Si J.M. et al, 2004). Se crede însă că și factorii psihosociali joacă un rol important și pot fi considerați repere ale apariției SCI, în special acelea asociate cu procesul de somatizare, definit ca o manifestare a simptomelor psihologice, cum ar fi dereglări în funcționalitatea corpului (Kleinman et al, 1985).

Un număr de studii au investigat relația dintre factorii psihosociali și SCI, două dintre cele mai recente arătând că subiecții cu simptome SCI prezentau niveluri mai înalte de depresie, anxietate și nevroză, comparate cu subiecții care nu prezentau SCI (Koloski et al, 2002, Locke et al, 2004). O asociere între problemele psihologice și consultarea unui doctor în legătură cu simptome SCI a fost demonstrată, de asemenea (Whitehead et al, 1988; Smith et al, 1990).

Sindromul colonului iritabil este o condiție cronică, caracterizată prin dureri abdominale, disfuncții ale colonului și balonare abdominală în absența unor anomalități structurale. Unele anomalități pato-fiziologice pot fi uneori identificate. Sindromul colonului iritabil este acum înțeles ca fiind o condiție multifactorială, cu o multitudine de factori contribuind la expresia bolii, nefiind datorată doar fiziopatologiei. Aceștia includ motilitatea, senzațiile viscerale, procesarea centrală, factorii genetici, dieta, inflamațiile și neurotransmițătorii.

Așadar, cel mai corect, SCI este privit ca un complex de simptome fără o cauză unică. S-au sugerat drept factori cauzali motilitatea intestinală defectuoasă, hipersensibilitatea viscerală, inflamația intestinală, precum și factori genetici și de mediu (Jones et al, 2000; Talley et al, 2006). În unele cazuri, pare să existe un punct de plecare al simptomelor sindromului, foarte bine definit, precum o infecție gastro-intestinală (Parry et al, 2005). Deși este posibil să existe opinii divergente, punctul de vedere cel mai plauzibil este acela că simptomele SCI sunt un răspuns integrat la o varietate de interacțiuni complexe ce combină factori biologici și psihosociali (Herschbach et al, 1999). Aceasta înseamnă că în multe cazuri, la apariția simptomelor pacientului contribuie inclusiv factorii psihologici, cât și cei sociali. Profilurile psihologice ale pacienților ce se prezintă la medic cu SCI sunt bine caracterizate, circa jumătate din pacienți fiind identificați cu o tulburare psihică demonstrabilă la evaluarea pe bază de criterii de cercetare (Herschbach et al, 1999). Există dezbateri (Creed et al, 1994) dacă aceste tulburări sunt cauză sau efect, dar oricare ar fi relevanța acestora, ar putea fi inadecvat pentru

clinician să conchidă că factorii psihologici percepuți la pacienți reprezintă cauza exclusivă a simptomelor lor. La interpretarea rezultatelor a numeroase studii este nevoie, de asemenea, să luăm în considerare că frecvența tulburărilor psihice citate este limitată la acei pacienți cu SCI care s-au prezentat efectiv la medic, mulți pacienți cu SCI neconsultând niciodată un medic. Aceasta arată că psihopatologia asociată cu SCI poate fi de două tipuri: cea care este caracteristică bolii însăși și cea care determină pacientul să caute expertiza medicală (Creed et al, 1994).

Oricare ar fi implicațiile clinice ale acestor observații, evident este mai probabil ca pacienții cu SCI să prezinte depresii și pattern-uri comportamentale «anormale», incluzând anxietate, sensibilitate și somatizare. Mai specific, unii pacienți dezvoltă un comportament maladiv în ceea ce privește alimentația și defecația, ceea ce sporește magnitudinea simptomelor și impactul lor asupra calității vieții (Jones et al, 2006; Bergeron et al, 1985). În plus, tulburările psihiatrice concurente sunt asociate cu rezultate modeste în tratarea SCI (Hayee, Forgacs 2007). Considerarea celor de mai sus trebuie să-l conducă pe clinician la identificarea pacienților pentru tratament «psihologic», întrucât rezultatul unui astfel de tratament este favorabil, atunci când este început la un stadiu timpuriu al prezentării la medic.

Distresul și sindromul colonului iritabil

Sindromul colonului iritabil reprezintă unul dintre cele mai importante tulburări funcționale gastro-intestinale. Este foarte răspândit și este considerat a fi o boală tipic psihosomatică. Pacienții cu SCI nu prezintă alte tulburări funcționale sau organice, cum ar fi inflamații sau tumori, și totuși prezintă simptome cronice care persistă, incluzând disconfortul abdominal: dureri, balonări, modificarea funcționării intestinului gros. SCI are un prognostic vital bun și nu este o boală mortală. Totuși, pacienții cu SCI sunt supuși la repetate episoade de remisie a bolii, precum și la agravarea simptomelor pentru o perioadă lungă de timp. Unele simptome pot să intervină în stilul de viață al pacienților.

A devenit unanim acceptat faptul că sistemul nervos enteric (uneori denumit „secund” sau „micul creier”) este în mod particular monitorizat și modulat de SNC chiar dacă majoritatea proceselor nu sunt conștiente. Schimbarea responsivității circuitelor centrale la stres, atât exteroceptive, cât și interoceptive, devine un model psihopatologic plauzibil pentru SCI. Factorii externi ce acționează

asupra sistemului motor emoțional pot explica simptomele principale ale SCI: alterarea balanței autonome rezultată în urma proastelor obiceiuri alimentare, hiperplazia de stres indusă, rezultând durere abdominală și disconfort, dar și creșterea activității sistemului activator ascendent. De exemplu, există o atenție sporită față de supraevaluarea simptomelor organice, condiționate de teama redată de simptomele gastrointestinale care pot menține simptomele chiar și în absența unui agent stresor. Sistemul central și cel periferic se află într-o constantă interconectare, astfel încât acțiunile afective și cognitive au consecințe periferice incluzând: modificări ale motilității, precum și ale imunității periferice, care la rândul lor ajută la formarea unei activități mentale în desfășurare. În general, pacienții cu SCI afișează o percepție greșită asupra evenimentelor viscerale, care se caracterizează prin hipervigilență și hipersensibilitate. În timp ce factorii gastrointestinali periferici pot juca un rol în subconștientul pacienților cu SCI, în paralel studiile clinice și neurobiologice sugerează faptul că mărirea responsivității centrale la stres, implicând anxietatea, pot condiționa un mecanism specific pentru creșterea sensibilității viscerale, găsită în aceste dereglări. Răspunsul la simptomele gastrointestinale prin anxietate poate reprezenta o variabilă extrem de importantă, care conduce către creșterea sensibilității pentru durere, prin hipervigilență. Stresul psihologic crește perceperea viscerală în cazul pacienților cu SCI, iar simptomele SCI sunt accentuate în urma evenimentelor stresante ale vieții. De asemenea, anxietatea viscerală specifică apare ca o particularitate importantă în SCI și poate fi elementul primar în medierea impactului între schimbările calității vieții în cazul celor care suferă de SCI. Recentele descoperiri imagistice ale creierului arată, de exemplu, că pacienții care prezintă SCI au prezentat în timpul stimulării viscerale o activare crescută în cortexul anterior, o regiune a creierului implicată în vigilență și disconfortul din timpul situațiilor psihologice și sociale. (Mertz, 2000).

Așadar, pacienții cu SCI prezintă un răspuns exagerat la stres, în special un răspuns crescut la stresul asociat cu evenimentele viscerale relatate. Stresul cotidian poate stimula spasme ale colonului, rezultând un disconfort abdominal în momente stresante. Pe câtă vreme persoanele pot „experimenta” senzația de „fluturi în stomac” sau crampe atunci când sunt nervoși sau supărați, o persoană cu SCI va experimenta un nivel mai înalt de stres, atunci când colonul poate răspunde în mod excesiv chiar și la cele mai mici niveluri de conflict sau stres. Ca adăugare la stresul cotidian pentru cei cu

SCI, senzațiile viscerale și contextul în care aceste senzații apar pot determina o stare de anxietate care creează un cerc vicios. De exemplu, pentru pacienții cu urgențe și diaree, anticiparea faptului că nu pot ajunge la baie la timp poate fi de nesuportat. Modul în care simptomele individuale sunt percepute, evaluate și adăugate poate determina comportamentul bolii. Cele mai mici dureri abdominale pot duce la catastrofizarea experienței și pot rezulta în creșterea anxietății și posibile alte simptome. Anxietatea poate fi o parte dintr-un cerc vicios ce implică un trigger (simptomul fizic de genul durerii abdominale), o reacție (anxietatea) și o credință („o să am diaree și nu o să ajung la întâlnire”). Unele simptome pot cauza o anxietate mai mare decât altele – exemplu, cina la un restaurant și experimentarea unor dureri abdominale severe cauzate de balonare și gaze intestinale ar putea induce persoanei o stare de anxietate atât de puternică încât aceasta se va ridica și va pleca de la cină. Mecanisme similare se pot întâmpla, de asemenea, cu senzațiile asociate cu constipația sau balonarea.

Alte studii (Lackner, 2004) au demonstrat la pacienții cu SCI răspunsuri sărace sau neadecvate ale coping-ului în cazul evenimentelor gastrointestinale. Pacienții cu SCI pot dezvolta hipersensibilități în senzațiile viscerale în aceeași măsură în care evită numeroase activități plăcute de teama unor simptome deranjante. Răspunsurile coping-ului evaziv conduc către credințe catastrofice și un sentiment redus de control al simptomelor, fapt care joacă un rol critic în medierea apariției unor reacții, precum depresia, determinate de severitatea simptomelor și limitările în viața de zi cu zi, cauzate de SCI. De aceea, schimbarea directă sau indirectă a stilului de coping și a credințelor consecutive reprezintă un punct important de plecare în intervențiile comportamentale menite să diminueze simptomele pacienților cu SCI.

Problemele psihologice sunt asociate frecvent cu SCI, dar interdependența celor două este complexă, iar contribuția distresului psihic la inducerea și menținerea simptomelor SCI rămâne o controversă.

O mare parte din pacienții cu SCI acceptă o dimensiune psihologică a simptomelor lor. Ei deja acceptă conceptul de interacțiune minte-corp și vor să aibă discuții despre modul în care factorii psihologici se pot lega de simptomele lor. Mulți medici generaliști discută cu pacienții cu SCI în cunoștință de cauză despre contextul psihosocial al simptomelor acestora. Totuși medicii au nevoie să nu fie împovărați de ideea de a explora toți acești factori psihosociali. Dar cunoașterea legăturii psihologice și

o relație medic-pacient pozitivă poate să ajute la îmbunătățirea satisfacției pacientului, acceptarea terapiei și reducerea cotei consultațiilor legate de simptomele din cadrul SCI. Cu toate acestea, prevalența diferitelor tipuri de atribuire a cauzelor între pacienții cu SCI și efectele acestora asupra consultației și evoluției bolii rămân controversate.

Un studiu interesant (Bray et al, 2006), având ca scop determinarea tipurilor de atribuire a cauzelor simptomelor la pacienții clinicilor de gastroenterologie, cu sau fără diagnostic de SCI este relevant în privința implicării stresului psihic în apariția și evoluția bolii. Ipoteza studiului este aceea că relațiile dintre tipul de atribuire, calitatea vieții și scorul de severitate al simptomelor la pacienții cu SCI ar putea fi stabilite și că scorul de severitate al SCI este corelat cu tipul de atribuire somatic. Rezultatele au demonstrat că stilurile de atribuire ale simptomelor au fost similare la pacienții cu SCI din spitale și cei neinternati. În toate grupurile stilul normalist a predominat, fără nici un exces al unui stil somatic în grupul cu SCI. Stilurile psihologice au fost corelate cu domeniul de sănătate mintală și, de aceea, acest stil poate fi un atribut al comorbidității psihologice. Pacienții care au fost internați în clinici au fost mult mai probabil să exprime atribute psihologice și normaliste ale simptomelor somatice, poate fiindcă din cauză că pacienții care se duc la spital au o simptomatologie severă și o anxietate mai severă. Studiul anterior (Drossman, 1999) a confirmat că factorii psihologici afectează atât severitatea simptomelor, cât și comportamentul pacienților. La pacienții cu SCI, tendința de a găsi o explicație psihologică pentru simptomele somatice a fost corelată semnificativ cu severitatea durerilor abdominale.

De obicei, există o legătură între stresul din viața pacienților și începutul sau agravarea simptomelor lor gastrointestinale. De asemenea, se pare că pacienții suferinzi de SCI sunt mai sensibili la evenimentele stresante ale vieții de zi cu zi. Cu toate acestea, legătura dintre stres și simptomele SCI-ului nu este înțeleasă pe deplin. De altfel, unii autori susțin că stresul doar agravează sindromul colonului iritabil, nefiind factorul cauzant. Dacă stresul este sever și cronic – de exemplu, stresul cauzat de certurile domestice – boala poate evolua într-o formă care nu poate fi tratată.

Factori de stres diferiți induc schimbări caracteristice în funcțiile motorii ale sistemului gastro-intestinal (Welgan, 1988). În plus, s-a descoperit că manipularea atenției și schimbările produse de stres, distragerea și relaxarea, denaturează percepția viscerală. (Accarino, 1997). Cu toate acestea, studiile

anterioare legate de stres și percepția viscerală au arătat rezultate contradictorii. Mai mult, încă nu se știe dacă efectele stresului asupra sensibilității viscerale diferă de la persoanele sănătoase la cele bolnave de SCI.

Reacția sistemului nervos central la stres modulează reacția autonomă a sistemului nervos și activează axul hipotalamo-hipofizar (Mayer, 2000). Disfuncția acestor sisteme a fost propusă ca fiind un mecanism etiologic în SCI (Munakata, 1998). Dar au fost găsite diferențe între subiecții sănătoși și pacienții suferinzi de SCI privind cantitatea de hormoni implicată în reacția la stres. De asemenea, factorul de eliberare a corticotropinei (CRF), despre care se crede că ar avea un rol important în răspunsul la stres, produce niveluri mai mari de hormon adrenocorticotropic (ACTH) și mărește motilitatea colonului la pacienții suferinzi de SCI în comparație cu subiecții sănătoși (Fukudo, 1998). De asemenea, s-a descoperit că CRF mărește sensibilitatea rectală (Lembo et al, 1996). Astfel, denaturarea răspunsului neuroendocrin la stres ar putea fi importantă în psihopatologia SCI-ului (Mayer, 2001).

Pentru a examina în continuare legătura dintre stresul mental și psihopatologia SCI-ului, menționăm un studiu recent (Posserud, 2004) care și-a propus să investigheze denaturarea percepției viscerale și a răspunsului neuroendocrin în cazul pacienților cu colon iritabil în timpul stresului mental și a demonstrat că stresul afectează percepția rectală și la subiecții sănătoși și la pacienții suferinzi de SCI. La subiecții sănătoși, pragurile senzoriale pentru dilatățile rectale au fost mai mari în timpul stresului decât la pacienții cu SCI. Cu toate acestea, la pacienți, pragurile nu s-au schimbat în timpul stresului, dar au scăzut după ce acesta a încetat. Astfel, pacienții au prezentat o percepție viscerală denaturată ca reacție la stres mental acut, ceea ce nu s-a întâmplat și la subiecții sănătoși. La pacienții cu SCI, sensibilitatea rectală a fost nealterată pe durata stresului (în concluzie, aceștia nu își puteau reprima sau opri semnalele din intestin pe durata provocării mentale). Luând acest lucru în considerare, se presupune că pacienții suferinzi de SCI au atenție selectivă sau că sunt hipervigilenți în ceea ce privește senzațiile gastrointestinale. De asemenea, pot exista diferențe în procesarea cognitivă a impulsurilor ajunse la nivelul creierului, așa cum indică percepția alterată a stresului a pacienților în comparație cu subiecții sănătoși, în timpul sarcinii stresante. De asemenea, variate căi aferente sau descendente pot modula percepția senzorială, iar unele date sugerează că pacienții bolnavi de SCI au

funcții inadecvate în sistemul analgezic descendent. (Lembo et al, 2000).

Alte studii asupra legăturii dintre stres și percepția viscerală au arătat rezultate contradictorii. Erckenbrecht (1989) a demonstrat că stresul mental induce hipersensibilitate viscerală voluntarilor sănătoși; cu stresul fizic s-a observat contradictoriul, acesta inducând hiposensibilitate viscerală. Cu toate acestea, într-un studiu precedent asupra voluntarilor sănătoși, s-a arătat că sensibilitatea rectală scade, ca reacție la stres psihologic și fiziologic. Ford și colab. (1995) au descoperit într-un studiu desfășurat asupra voluntarilor sănătoși că stresul creștea, iar relaxarea scădea intensitatea senzațiilor percepute la nivelul colonului. S-a descoperit că stresul poate crește sau descrește sensibilitatea rectală, atunci când e manifestat asupra pacienților, dar a părut a nu avea niciun efect asupra subiecților sănătoși.

Se cunoaște că eliberarea centrală a CRF-ului și a moleculelor asociate cu ele joacă un rol important în reacția la stres. Lembo și colab (2000) au descoperit creșterea sensibilității rectale la administrarea intravenoasă a CRF-ului la subiecți sănătoși; s-a descoperit că CRF-ul, introdus periferial sau central, induce analgezia somatică. Foarte interesant este faptul că, în acest studiu, nivelurile fundamentale ale CRF-ului au fost mai scăzute la pacienți decât la subiecții sănătoși; se presupune că pacienții suferinzi de SCI au niveluri mai ridicate de CRF, așa cum ne arată dereglarea post-traumatică a stresului. Nivelurile crescute de CRF periferial ar putea fi o caracteristică a pacienților expuși la condiții de stres severe și/sau probleme de dispoziție și anxietate.

În concluzie, s-a demonstrat că stresul mental acut modifică percepția viscerală și la pacienți, dar și la subiecții sănătoși. Acest lucru a fost posibil și datorită efectului direct al stresului, dar și a distragerii apărute în timpul sarcinii mentale. Cu toate acestea, pacienții, când au fost supuși stresului mental, au manifestat și o percepție viscerală alterată, dar și un răspuns neuroendocrin exagerat, ceea ce nu se poate spune despre subiecții sănătoși. Acestea ar putea explica unele simptome legate de stres, atât de des observate în SCI.

Factorii psihologici sunt implicați în etiologia sindromului colonului iritabil, caracterizat prin motilitate intestinală modificată și hipersensibilitate viscerală. Tulburări similare au fost identificate la șobolani în condiții de stres. Un studiu (Bradesi, 2002) și-a propus să investigheze influența stresului acut de imobilizare asupra activării receptorului NK1 la nivelul colonului șobolanilor femele, cu

scopul de a stabili, la nivel colonic, la femelele șobolani: (i) dacă activarea receptorului NK1 este implicată în răspunsul celulelor mastocite la stimularea in vitro cu SP, în condiții normale versus condiții acute de stres; (ii) dacă activarea receptorului NK1 este mediată neuronal; (iii) dacă steroizii corticosuprarenali sau ovarieni sunt implicați în medierea de către receptorii NK1 a efectelor produse de SP asupra degranulării celulelor mastocite. Acest studiu aduce prima dovadă conform căreia la șobolani femele stresul afectează implicarea receptorilor colonici NK1 în eliberarea de histamină indusă de stresul psihic. Aceste rezultate sugerează faptul că stresul poate avea un rol de reglare în exprimarea și funcționarea receptorilor NK1 la nivelul colonului.

Totuși nu se știe dacă problemele psihologice și alți factori psihologici acționează ca inițiatori de risc pentru apariția SCI sau sunt legați de prezența simptomelor SCI. Pentru a elucidă această relație temporală este necesar să existe studii prospective. Scopul unui astfel de studiu ar fi acela de a testa ipoteza conform căreia în cadrul unui grup de subiecți care nu prezintă SCI, triggerii psihosociali, în special cei asociați cu procesul de somatizare, ar putea să prezică apariția SCI la o consultație ulterioară. Un astfel de studiu este acela a lui Nicholl et al (2008), primul de acest fel care a luat în considerare în mod special reperele de risc psihosocial privind apariția SCI. Acest studiu a demonstrat că indivizii din grupul de vârstă mai înaintată au fost cu mult mai puțin probabil să aibă SCI la reevaluare. După ce s-a făcut ajustarea legată de vârstă, s-a demonstrat că prezența simptomelor somatice, problemele de somn, anxietatea, depresia, pericolul psihologic și îngrijorarea legată de sănătate, au prezis apariția SCI. La cei care au raportat toate aceste repere în faza inițială, apariția SCI a fost de șase ori mai mare decât la cei care nu au fost expuși la acestea. De asemenea, s-a demonstrat că la subiecții care nu aveau SCI în faza inițială, factorii psihosociali sunt importante repere care prezic apariția SCI 15 luni mai târziu.

Rolul pe care îl joacă distresul psihic în contextul sindromului de colon iritabil accentuează necesitatea abordării psihosomatice a acestei tulburări.

Abordarea psihosomatică a sindromului colonului iritabil presupune înțelegerea relației biuni-voce psihic-soma, astfel încât factorii psihosociali trebuie luați în considerare nu numai ca triggeri ai bolii, dar și drept consecințe ale acesteia. Astfel, reculul somato-psihic în cadrul SCI include: auto-aprecierea scăzută, depresia, precum și retragerea socială. SCI poate acționa asupra prietenilor, mariajelor,

angajărilor și asupra vieții sexuale a persoanei. Persoanele cu SCI pot deveni preocupate de temeri referitoare la „murdărirea“ lor în public și, ca urmare, vor avea tendința să se izoleze și vor îndrăzni să se afișeze numai atunci când este necesar. Rușinea și vinovăția, precum și furia sunt emoții comune descrise de cei cu SCI, ei fiind obligați să mențină secretă această dereglare pentru a nu se simți jenați. Atâta timp cât izolarea este prezentă, mulți pacienți cu SCI dezvoltă depresie și anxietate, care servesc la complicațiile ulterioare ale SCI, constituindu-se astfel un veritabil cerc vicios. Pe de o parte, hipersensibilitatea la stres manifestată prin creșterea reactivității sistemului limbic poate fi direct asociată cu creșterea preocupării și răspunsurilor la senzațiile viscerale; pe de altă parte, activitatea cognitivă joacă un rol important în modularea activării limbice prin interacțiunile cortico-limbice și, astfel, comportamentele precum evitarea pot perpetua răspunsurile maladadaptative.

De asemenea, rolul stresului în SCI augmentează eficacitatea abordării psihoterapeutice a suferințelor de SCI. Deși conștienți că în tratarea SCI se folosesc antidepressivul, mulți medici par reticenți în a prescrie astfel de produse, cu atât mai mult cu cât sugerarea unei astfel de opțiuni ca valabilă pacienților care nu au în mod evident depresie, poate fi dificilă. În plus, există și alte tratamente ce pot fi clasificate ca „psihologice“, în diferite grade. Pacienții cu SCI trebuie informați cu privire la existența acestor tratamente pentru a fi în măsură să ia decizii în cunoștință de cauză. În particular, ei trebuie conștientizați că un tratament psihologic nu presupune că boala este „în întregime în minte“.

Tratamentele psihologice includ antidepressivul și psihoterapia. Administrarea antidepressivelor în SCI este susținută de dovezi consistente, dar mecanismul de acțiune al acestor medicamente în cadrul afecțiunii rămâne neclar. Efectul benefic al acestor antidepressive este independent de starea de dispoziție sau de efectele anticolinergice asupra intestinului (Creed et al, 2006), ceea ce poate avea importanță în încurajarea pacienților pentru a accepta utilizarea lor. În mod cert, deși acțiunea lor antidepressivă este posibil să fie importantă la pacienții cu o tulburare depresivă coexistentă, o acțiune cheie, separată, poate influența canalele psihologice, conducând spre somatizare redusă și o tendință diminuată de a privi senzațiile intestinale ca reprezentând o boală (Olden et al, 2005).

Tratamentul psihologic în cadrul sindromului colonului iritabil (SCI) este extrem de eficient. Terapiile care au fost folosite în cadrul acestui

tratament includ o varietate de exerciții de relaxare, proceduri incluzând relaxări musculare progresive, exerciții ale respirației, relaxare indusă și forme simple de meditație. Acestea sunt combinate cu exerciții cognitive din cadrul terapiei cognitive comportamentale pentru a schimba convingerile iraționale și/sau prost interpretate cu privire la boală („starea mea nu se va schimba niciodată“), autoeficacitatea negativă („nu mai pot funcționa încă o zi în felul acesta“) și agenții stresori interpersonalii („toată lumea crede că sunt ciudat“).

Tratamentul include, de asemenea, o prezentare întărită a unui model biopsihologic pentru a oferi pacienților o nouă cale de a-și înțelege simptomele relaționate cu stresul și pentru a căuta căi mai bune de a-și gestiona simptomele mult mai eficient. Pacienții sunt învățați să se schimbe, trecând de la comportamentul evitant determinat de boală la un comportament sănătos, activ și afirmativ, incluzând sporirea exercițiilor fizice, explorarea situațiilor interpersonale evitate anterior, precum și îndepărtarea rolului de bolnav. De exemplu, unii pot accentua controlul stresului cotidian, în timp ce alții pot pune accentul pe schimbarea răspunsurilor la senzațiile interoceptive sau simptomelor specifice anxietății.

Această terapie conștientizează pacienții asupra interconectărilor dintre evenimente, gândire, emoții, acțiuni și răspunsurile fiziologice; percepția senzațiilor și mentalul pacienților sunt de o importanță deosebită. Este o „intervenție pe termen scurt orientată mai degrabă spre schimbare, decât spre înțelegere, și în particular este orientată către dezvoltarea de noi strategii și abilități de a face față problemelor.“ (Hutton et al, 2005)

Majoritatea strategiilor bazate pe terapia cognitiv-comportamentală împărtășesc atât trăsăturile explorării, cât și pe cele ale încercării de a modifica impactul pattern-urilor cognitive și comportamentale asupra simptomelor SCI și distresului psihosocial.

Terapia cognitiv-comportamentală este cea mai adecvată în cazul pacienților care prezintă – din cauza simptomelor lor – un mare grad de stres, deschiși ideii că factorii psihologici joacă un anumit rol în suferința lor și doritori să participe la această abordare terapeutică. Combinarea terapiei cognitive-comportamentale cu tratamentul antidepressiv medicamentos poate da cel mai bun răspuns (Heymann, 2000). Atacarea factorilor psihosociale este tot mai recunoscută ca parte însemnată a tratării SCI (Wihlemson, 2000). Deși necesită resurse și investiții în timp considerabile, terapia cognitiv-comportamentală este eficientă în unități medicale de primă intervenție, meritând a fi mai larg disponibilă.

Cercetătorii au investigat relațiile dintre factorii cognitivi și tratamentul SCI. S-a observat că tratamentul cognitiv-comportamental are trei obiective majore:

1. Ajutarea pacienților să reconceptualizeze experiența lor în SCI de la faza în care erau fără speranță la cea în care ajung să sper și să fie optimiști.

2. Ajutarea pacienților să identifice gândurile, sentimentele, comportamentul, mediul și simptomele SCI.

3. Ajutarea pacienților să formeze și să implementeze căi efective pentru tratarea și ținerea sub control a SCI, în vederea sporirii calității vieții.

Utilizarea tratamentelor nemedicamentoase pentru SCI este populară printre pacienții dezamăgiți de lipsa de răspuns la tratamentul standard cu medicamente sau printre cei îngrijorați de potențialele sale efecte secundare. În baza unor trialuri restrânse, s-a raportat că hipnoterapia direcționată pe intestin este o intervenție eficientă pentru SCI (Whorwell, 2005). Această abordare implică inducerea unei stări hipnotice prin utilizarea unei varietăți de tehnici, incluzând relaxarea progresivă, pentru crearea de imagini corelate cu controlul simptomelor și normalizarea funcționării intestinului (Whorwell, 2007).

Un articol sistematic recent (Wilson et al, 2006) a realizat sumarul a 18 trialuri de hipnoterapie pentru SCI și a concluzionat că, deși 10 din experimente au arătat un efect benefic, nu există probe suficiente pentru a recomanda utilizarea extinsă a hipnoterapiei. Hipnoterapia direcționată pe intestin s-a dovedit eficientă în tratamentul SCI în câteva trialuri restrânse. Cel mai bine este utilizată probabil în centre specializate, în cadrul unor programe de tratament multidisciplinare. Această tehnică este bine plasată în cadrul actualului model al mecanismului de feedback creier-intestin care susține SCI, cu accent pe dezvoltarea unui „locus intern de control”. Inițial, după cum impune fiecare caz în parte, pot fi utilizate sugestii bazate pe îmbunătățirea încrederii și a stării generale de bine. În continuare, ședințele ulterioare se concentrează pe vizualizarea de imagini și tehnici având ca scop

normalizarea funcționării intestinului. De exemplu, pacienții își așază mâinile pe abdomen, inducându-și o stare de căldură și confort; imaginile sunt utilizate pentru a simboliza intestinul, fiind modificate corespunzător funcționării normale (o imagine folosită obișnuit pentru pacienții având diaree ca simptom predominant, este una a intestinului ca un râu care curge rapid, imaginat apoi curgând încet și liniștit).

În concluzie, selectarea tratamentului depinde de aspectul afecțiunii ce urmează să fie abordat în principal: cel fizic/fiziologic sau cel psihologic. De exemplu, explorarea posibilităților intoleranțe alimentare sau prescrierea medicamentelor nu au sens dacă există dovezi clare ce indică factorii psihologici în susținerea simptomelor pacientului (Hutton, 2005).

Alegerea tratamentului psihologic va depinde de fiecare pacient în parte. Își pot exprima, de exemplu, preferința pentru hipnoterapie sau terapie cognitiv-comportamentală, rezultatele acestora depinzând desigur, de motivația și implicarea pacientului. Selectarea medicamentului cel mai adecvat poate depinde de gama de simptome (de exemplu, antidepresive triciclice pentru simptom predominant – diaree sau inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei în cazul simptomului predominant – constipația), dar complianța depinde de modul în care îi este prezentat pacientului tratamentul. Practica medicală poate împărți simptomele în sfera fizică și cea psihologică, dar această împărțire poate fi inutilă pacientului, care se vede pe sine ca un întreg. Din acest motiv, pacienții cu SCI pot fi cel mai adecvat tratați în unitățile medicale de primă intervenție, specialistul fiind implicat doar când există incertitudinea diagnosticului. Totuși, nu se poate contesta că SCI este foarte comun și că există mulți pacienți care nu sunt ajutați, neavând acces la terapii cu abilități psihologice adecvate. Asigurarea tot mai mare de servicii medicale de primă intervenție pentru pacienții cu SCI reprezintă o cale de tratament psihologic eficient și timpuriu pentru o suferință în cazul căreia se poate realiza o ameliorare reală.

BIBLIOGRAFIE

1. Accarino A.M., Azpiroz F., Malagelada J.R. Attention and distraction: effects on gut perception. *Gastroenterology* 1997; 113:415-22
2. Bradesi S., Eutamene H., Fioramonti J., Bueno L. Acute restraint stress activates functional NK1 receptor in the colon of female rats: involvement of steroids *Gut* 2002; 50:349-354
3. Bray B.D., Nicol F., Penman I.D., Ford M.J. Symptom interpretation and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *British Journal of General Practice* 2006; 56: 122-126
4. Creed F. How do SSRIs help patients with irritable bowel syndrome? *Gut* 2006; 55:1065-7

5. **Drossman D.A.** Do psychological factors define symptom severity and patient status in irritable bowel syndrome? *Am J Med* 1999; 107(5 Suppl 1): 41-50.
6. **Erckenbrecht J.F.** Noise and intestinal motor alterations. In: Bueno L., Collins S.M., Junien J.L., eds. Stress and digestive motility. London: John Libbey Eurotext, 1989:93-6.
7. **Fukudo S., Nomura T., Hongo M.** Impact of corticotropin-releasing hormone on gastrointestinal motility and adrenocorticotrophic hormone in normal controls and patients with irritable bowel syndrome. *Gut* 1998; 42:845-9
8. **Hutton J.** Cognitive behaviour therapy for irritable bowel syndrome. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005; 17:11-4
9. **Heymann-Mönnikes I., Arnold R., Florin I., Herda C.S., Mönnikes H.** The combination of medical treatment plus multicomponent behavioral therapy is superior to medical treatment alone in the therapy of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:981-94
10. **Jones J., Boorman J., Cann P., Forbes A., Gomborone J., Heaton K., et al.** British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome (2000). www.bsg.org.uk
11. **Kleinman, A.; Kleinman, J.** Somatisation: the interconnectedness in Chinese society among culture, depressive experiences and meaning of pain. In: Kleinman, A., editor. Culture and depression. Studies in the anthropology of cross culture psychiatry of affect and disorder. University of California Press; London: 1985. p. 429-490
12. **Koloski N.A., Talley N.J., Boyce P.M.** Epidemiology and health care seeking in the functional GI disorders: a population-based study. *Am J Gastroenterol* 2002; 97:2290-2299
13. **Lackner J.M., Quigley B.M., Blanchard E.B.** Depression and abdominal pain in IBS patients: the mediating role of catastrophizing. *Psychosom Med* 2004; 66:435-41
14. **Locke G.R., Weaver A.L., Melton L.J., Talley N.J.** Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:350-357
15. **Lembo T., Naliboff B.D., Matin K., et al.** Irritable bowel syndrome patients show altered sensitivity to exogenous opioids. *Pain* 2000;87:137-47.
16. **Lembo T., Plourde V., Shui Z., et al.** Effects of the corticotropin-releasing factor (CRF) on rectal afferent nerves in humans. *Neurogastroenterol Motil* 1996; 8:9-18
17. **Longstreth G.F., Bolus R., Naliboff B., Chang L., Kulich K.R., Carlsson J., Mayer E.A., Naesdal J., Wiklund I.K.** Impact of irritable bowel syndrome on patients' lives: development and psychometric documentation of a disease-specific measure for use in clinical trials. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005, 17:411-420.
18. **Malinen E., Rinttilä T., Kajander K., Matto J., Kassinen A., Krogius L.** Analysis of the fecal microbiota of irritable bowel syndrome patients and healthy controls with real-time PCR. *Am J Gastroenterol* 2005; 100:373-382
19. **Mayer E.A.** The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut* 2000; 47:861-9
20. **Mayer E.A., Naliboff B.D., Chang L., et al.** Stress and irritable bowel syndrome. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2001; 280:G519-24
21. **Mertz, H., Morgan, V., Tanner, G., Pickens, D., Price, R., Shyr, Y. & Kessler, R.** (2000). Regional cerebral activation in irritable bowel syndrome and control subjects with painful and nonpainful rectal distention. *Gastroenterology*, 118, 842-848
22. **Munakata J., Mayer E.A., Chang L., et al.** Autonomic and neuroendocrine responses to recto-sigmoid stimulation. *Gastroenterology* 1998; 114:A808
23. **Neal K.R., Hebden J., Spiller R.** Prevalence of gastrointestinal symptoms six months after bacterial gastroenteritis and risk factors for development of the irritable bowel syndrome: postal survey of patients. *BMJ* 1997; 314:779-782
24. **Nicholl B.J., Halder S.L., Macfarlane G.J., Thompson D.G., O'Brien S., Musleh M., McBeth J.** Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome – results of a large prospective population-based study *Pain*. 2008 June 30; 137(1): 147-155
25. **Olden K.W.** The use of antidepressants in functional gastrointestinal disorders: new uses for old drugs. *CNS Spectr* 2005; 10:891-6
26. **Posserud I., Agerforz P., Ekman R., Björnsson E.S., Abrahamsson H, Simren M.** Altered visceral perceptual and neuroendocrine response in patients with irritable bowel syndrome during mental stress *Gut* 2004; 53:1102-1108. doi: 10.1136/gut.2003.017962
27. **Saito Y.A., Locke G.R., Talley N.J., Zinsmeister A.R., Fett S.L., Melton L.J.** A comparison of the Rome and Manning criteria for case identification in epidemiological investigations of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000;95:2816–2824.
28. **Si J.M., Yu Y.C., Fan Y.J., Chen S.J.** Intestinal microecology and quality of life in irritable bowel syndrome patients. *World J Gastroenterol* 2004; 10:1802-1805
29. **Smith R.C., Greenbaum D.S., Vancouver J.B., Henry R.C., Reinhart M.A., Greenbaum R.B.** Psychosocial factors are associated with health care seeking rather than diagnosis in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1990;98:293–301.
30. **Talley N.J., Zinsmeister A.R., van Dyke C.** Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 101:927
31. **Talley N.J., Holtmann G., Agreus L., Jones M.** Gastrointestinal symptoms and subjects cluster into distinct upper and lower groupings in the community: a four nations study. *Am J Gastroenterol* 2000, 95:1439-1447
32. **Wilhelmson I.** The role of psychosocial factors in gastrointestinal disorders. *Gut* 2000; 47(suppl IV):iv73-5
33. **Whorwell P.J.** Review article: the history of hypnotherapy and its role in the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22:1061-7
34. **Whorwell P.J.** Effectivemanagement of irritable bowel syndrome – the Manchester model. *Int J Clin Exp Hypn* 2007; 54:21-6
35. **Wilson S., Maddison T., Roberts L., Greenfield S., Singh S.; Birmingham IBS Research Group.** Systematic review: the effectiveness of hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24:769-80