

PERSONALITATEA: FACTOR PATOGENETIC IN TULBURARILE FUNCTIONALE GASTROINTESTINALE

Ina Romanciuc, Vlada-Tatiana Dumbrava, Dan L Dumitrașcu

CNMS, Chisinau, USMF „Nicolae Testemiteanu”,

UMF Iuliu Hațieganu Cluj, Clinica Medicală II

Summary

Personality: Pathogenetic Factor in Functional Gastrointestinal Disorders.

Psychological factors can be involved in the onset and development of diseases. Knowledge about the psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders (FGIDs) is important in understanding their pathogenesis and treatment. FGIDs result from interactions of biological, psychological and social factors. This paper reviews current the psychosocial factors involved in FGIDs.

Sumar

Există numeroși factori de personalitate care pot influența debutul și evoluția bolilor. Cunoașterea rolului aspectelor psihosociale în tulburările funcționale gastrointestinale (TFGI) este importantă pentru înțelegerea patogenezei lor și abordărilor de tratament eficiente. TFGI rezultă din interacțiunea factorilor biologici, psihologici și sociali. Acest articol descrie factorii psihosociale implicați în TFGI.

Cunoașterea implicării aspectelor psihosociale în patogeneza tulburărilor funcționale gastrointestinale (TFGI) este fundamentală și critică pentru a înțelege acest grup de maladii, precum și abordările terapeutice eficiente. Deoarece medicii, tradițional, sunt pregătiți de a vedea explicațiile patofiziologice ale fenomenelor observate, ei pot simți o careva nesiguranță când se ciocnesc cu astfel de sindroame precum TFGI, care rezultă din complexul de interacțiuni ai factorilor biologici, psihologici și sociali.

Din aceste considerente, influențele psihologice și sociale pot afecta funcția tractului gastrointestinal, percepția simptomelor, comportamentul malativ, rezultatele tratamentului, calitatea vieții pacienților cu TFGI, absenteismul la serviciu, costurile medicale și sociale.

În producerea bolilor, pe lângă factorii biologici, există și numeroși factori de personalitate care pot influența debutul și evoluția acestora. Situația este perfect exemplificată de patologia digestivă funcțională.

Observații empirice au relevat că se îmbolnăvesc doar o parte din subiecții supuși acțiunii factorilor externi similari. Este, așadar, evident că există factori individuali, independenți de cei genetici, care determină particularități de debut și de evoluție a bolilor. Explicația poate fi găsită dacă evaluăm factorii de personalitate ai pacienților. Personalitatea este un vector care se exprimă prin contribuția în diverse măsuri a mai multor caracteristici. Modelul Goldberg presupune 5 factori determinanți ai personalității: extroversia, orientarea socio-emoțională, conștiinciozitatea, stabilitatea emoțională și deschiderea spre noi experiențe. Fiecare din acești factori poate determina apariția bolii sau modul de control al ei. Vom prezenta în continuare mecanismele și factorii de ordin psihologic și comportamental, cei mai importanți în patogeneza TFGI.

Condiționarea este un concept care decurge din studiile clasice ale lui I.P. Pavlov privitoare la reflexele condiționate. După expunerea repetată unui stimul (expunere necondiționată) se poate ajunge la învățarea (condiționată) a unui reflex (sau a unei reacții), care să determine repetarea acestei reacții. Pe baza acestui mecanism se explică simptomele de greață și vărsătură ale pacienților după cure repetate de citostatice, la aplicarea unei perfuzii fără citostatice. În cazuri dramatice condiționarea poate apărea după doar o singură expunere (victimele violului). Condiționarea poate apărea la factori statici care intervin pe durate scurte, dar poate apărea și în urma expunerii mai îndelungate la un factor: de exemplu condițiile de la birou, tensiunea din timpul unor deplasări, lumina din atelier etc.

Obișnuirea este o trăsătură de personalitate legată de învățare. Numeroase condiții patologice determină invaliditate permanentă. Cu timpul unii subiecți se învață cu invaliditatea și nu mai acuză un disconfort așa de mare, pe când alții nu pot să conviețuiască cu suferința. Obișnuirea sau habituarea caracterizează capacitatea unor pacienți de a putea trăi cu o infirmitate, fără a suferi prea mult. În acest proces de învățare un rol determinant are și gradul de motivație al pacientului: este o personalitate activă, care luptă cu boala, sau este o personalitate care se refugiază în boală.

Senzitivizarea este un proces de învățare invers habituării sau obișnuirii. În acest caz, expunerea repetată la o percepție senzorială conduce la menținerea sau chiar exacerbarea suferinței. Este cazul durerii cronice, unde nu se produce obișnuirea, dar sensibilizarea (dacă pacientul acordă mare importanță bolii și se autoobservă intens sau prelungit).

Învățarea unor modele. Multe moduri de comportament ale pacienților în fața bolii sunt derivate din experiența individuală. Dar pe lângă experiența individuală există modele de învățare prin observarea comportamentului unor membri de familie sau din anturaj. Cel mai bine observat este comportamentul din somatizare observat în copilărie la rude [1]. Comportamentul care se achiziționează astfel se numește „comportament maladiv învățat” (*learning illness behaviour*).

Comportamentul maladiv (*illness behaviour*). Trăirea subiectivă a boli determină dezvoltarea unor procese cognitive și emoționale, care pot să difere mult de la un caz la altul. În medicina psihosomatică este important ca să se identifice factorii favorabili vindecării. Reacțiile individuale depind de experiența precedentă, de conviețuirea cu rude apropiate bolnave etc. Astfel *comportamentul față de boală este influențat de personalitate și de educație*. Acest comportament se numește comportament maladiv, descris de Mechanic în deceniul șase al secolului trecut. Comportamentul maladiv se bazează pe percepția simptomelor, pe evaluarea lor cognitivă și emoțională și pe reacțiile legate de tratament și conduce la o atitudine dezadaptivă. Comportamentul maladiv trebuie diferențiat de rolul de bolnav (*sick role*).

Comportamentul maladiv determină consultații repetate, prezentarea la numeroase servicii medicale, efectuarea a numeroase și repetate investigații, consum de medicamente, deci provoacă mari cheltuieli bugetelor de sănătate. Aceasta se explică prin anxietate, catastrofizare, deznădejde, pesimism. În plus se profilează tendința de pasivitate și neajutorare, cu pierderea încrederii în capacitatea de a lupta cu boala, precum și comportamente de menajare prin retragere în fața responsabilităților familiale, sociale, profesionale. Consecința acestui mecanism de evitare este restrângerea și mai mare a activităților, inclusiv fizice, disproporționat în comparație cu severitatea bolii.

Rolul de bolnav (*sick role*) este o noțiune diferită de cea de comportament maladiv. A fost introdusă de Parsons în anii '60 ai secolului trecut. Ea definește suma de obligații și îndatoriri care decurg din starea de bolnav. În acest concept, mai degrabă social, bolnavul este considerat ca afectat de boală și ia în considerare posibilitatea de a fi diagnosticat și tratat, de aceea este eliberat de o parte din sarcinile sale de pe când era sănătos (de exemplu de a merge la muncă, de a spăla hainele, de a găti etc.).

Somatizarea. Anumiți pacienți prezintă acuze clinice în lipsa vreunei boli organice reale sau care să poată justifica intensitatea simptomelor. În astfel de situații se manifestă așa-numita somatizare. Somatizarea este condiția în care pacientul se simte bolnav (*ill*) și se comportă ca bolnav (*sick*) dar la care medicul nu depistează nici o boală (organică sau biochimică) (*disease*). Somatizarea este un fenomen comun pacienților cu TFGI [2]. Opinia recentă a savanților este că aceasta poate fi determinată în mare parte genetic și deseori interferează cu anxietatea și depresia. Somatizarea determină alterarea vieții sociale și a calității vieții.

Asociat cu somatizarea trebuie prezentate și alte noțiuni apropiate:

Tulburarea somatoformă: simptom persistent neexplicat prin boli organice sau tulburări psihice. Tulburările somatoforme sunt moduri de exprimare ale somatizării. Dacă somatizarea cuprinde semantic fenomenul de transformare a unei tulburări psihologice în simptom organic, termenul de tulburare somatoformă definește doar simptomul respectiv.

Hipocondria: tulburare asemănătoare cu tulburarea somatoformă, caracterizată prin preocupare excesivă față de starea de sănătate, fără suport obiectiv care să o justifice. Cuprinde și refuzul de a accepta verdictul medicului și existența rezultatelor de laborator normale.

Tulburarea de conversie sau disociativă (numită impropriu și isterie): caracterizată prin simptome cu debut dramatic mimând boli organice, fără intenția conștientă de a simula.

Simularea se deosebește de cele de mai sus prin caracterul conștient care vizează obținerea unor avantaje.

Falsificarea (*factitious disorder*) este spre deosebire de simulare, autoprovoacarea suferinței, dar fără a intenționa obținerea de avantaje. Un caz tipic este sindromul Münchhausen.

Neuroticismul (emoționalitatea negativă, sau labilitatea psihoafectivă) este o caracteristică de personalitate asociată cu numeroase procese morbide. Labilitatea psihoafectivă se întâlnește preponderent la pacienți cu intestin iritabil, anorexie nervoasă, atacuri de panică etc.

Tipul psihocomportamental. De multă vreme se consideră că modul de a fi al persoanelor, asociat cu modul de comportament care decurge din acesta, poate provoca îmbolnăviri sau să influențeze capacitatea de vindecare sau recuperare. Au fost validate, nu fără controverse, tipuri de personalitate implicate în patologia cardiovasculară. Este binecunoscutul caz al tipului de personalitate A și B. În prezent se poate considera că și în alte boli decât cele cardiovasculare tipul A poate fi un factor de risc.

Robustețea (*hardiness*) este o trăsătură de personalitate care presupune vitalitate psihologică și capacitate crescută de activitate. Persoanele cu robustețe psihologică devin active, caută soluții, se motivează, inovează, implică și pe alții. Robustețea asigură rezistență la solicitările din mediu și mai ales la agenții stresanți.

Suportul social este o noțiune care descrie în ce măsură un individ este singur sau e înconjurat de o rețea de sprijin, care îl poate ajuta în cazul unor solicitări, precum boala, sau îi permite să prevină debutul ei. Suportul social este asigurat de familie, cercul de prieteni, de colegi, un grup religios, profesional, un club etc. Suportul social se caracterizează prin extindere, intensitate, accesibilitate și centralitate. Există mai multe mecanisme prin care suportul social devine protectiv. Suportul social cuprinde aspecte emoționale (empathia), ajutor instrumental (acordarea unui ajutor fizic, material) sau prin informare. Lipsa suportului social se asociază cu o frecvență mai mare a mai multor boli.

Adaptarea (*coping*). Studiile despre stres au relevat faptul că există grade variate de vulnerabilitate la stres. Una dintre explicații este dată de factorul coerență sau de robustețe. Dar s-a constatat că deseori nu intensitatea sau durata stresului este importantă, ci modul în care individul se adaptează la stres. Această adaptare sau ajustare explică varietatea de răspunsuri la același tip de stimul. Stresul psihologic este evaluat variabil. De exemplu, decesul unei ființe apropiate sau divorțul poate să aibă atribuții diferite de la caz la caz, în funcție de circumstanța socială și de personalitatea subiecților. Copingul reprezintă, deci, un cumul slab conturat de caracteristici care permit unei persoane, supuse unor solicitări externe sau interne, să prelucreze cognitiv și comportamental stimulul, în sensul controlării lui. Rolul medicinei psihosomatice este și acela de a descifra mijloacele individuale de coping și de a le utiliza în procesul de tratament.

Mecanismele de coping pot fi clasificate după modul de reacție: reacții deschise, comportamentale și reacții interiorizate, psihice. După orientarea lor pot fi de evitare sau de confruntare. Din combinarea celor două criterii se poate realiza o clasificare a copingului în patru categorii: *abordare cognitivă* (evaluarea situației, acordarea de semnificație); *abordare comportamentală* (măsuri de influențare a situației, recurgerea la ajutor, inclusiv la servicii medicale); *evitare cognitivă* (respingere); *evitare comportamentală* (fugă, resemnare, acceptare).

Autoeficacitatea (*self-efficacy*) desemnează capacitatea individuală de a putea asigura eficient o influență asupra unei situații. Convingerea despre autoeficiență poate decurge din propria experiență, indirect prin observarea experienței altor persoane, prin convingere și prin perceperea efectelor fizice ale condiției stresante.

Factori salutogenetici. Salutogeneza este un termen mai nou, introdus de Antonovski. Explicația oferită pentru rezistența diferită la boală, în conceptul salutogenetic este dat de

noțiunea de coerență. Coerența înseamnă conștientizarea faptului că etapele vieții sunt structurate, predictibile și explicabile, împreună cu posibilitatea de controlare a problemelor și de a obține satisfacerea necesităților în condiții date, precum și considerarea că există soluții la probleme. Indivizii cu un sentiment ridicat de coeziune au capacitatea de a răspunde mai bine la provocările patologice, prin faptul că le găsesc explicație și semnificație, precum și pentru că își activează mecanismele de control. Coerența corespunde noțiunii de robustețe (*hardiness*).

Factori sociali. Paradigma psihosomatică presupune că factorii sociali pot interveni în patogeneza bolilor. Omul ca ființă socială este vulnerabil la numeroși factori sociali. În principiu se cunoaște că pentru a fi fericit este nevoie și de împlinirea unor aspecte sociale: familie, mediu, serviciu. Cu cât aceștia sunt deficitari sau negativi, riscurile de boală cresc, precum și șansele de însănătoșire.

Evenimentele negative apar frecvent în istoricul pacienților cu anumite suferințe, de exemplu în intestinul iritabil. Este vorba de agresiuni sexuale. Rolul altor factori sociali a fost de asemenea evidențiat. De exemplu, proveniența din familii dezmembrate este un factor de risc. Poziția socială a părinților poate influența starea de sănătate a copiilor, de obicei, copiii din clase sociale inferioare au dezvoltare somatică întârziată și sunt mai vulnerabili la boală. Copiii din familii numeroase și cu venit redus sunt predispuse la somatizare, etc. Influența familiei mai ales în copilărie determină și atitudinea pacientului față de medic și față de modalitățile terapeutice (alopate, alternative).

Prelucrarea informației și memorarea. Oamenii prelucrează și memorează acele percepții, care sunt în acord cu concepțiile lor cognitive. Mecanismele de prelucrare a informației presupun o percepție selectivă a ei și sunt importante în resimțirea bolilor. De exemplu, o pacientă cu anorexie va prelucra preferențial informațiile despre greutatea corporală și despre alimentație, decât cele despre hipertensiunea arterială. Memorarea unor simptome, precum durerea, este importantă pentru că reflectă procesarea unui anumit tip de informații. Memorarea durerii survine în urma expunerii repetate la această senzație, odată cu deficitul mecanismelor neurologice de inhibare a percepției. Durerea este ca urmare memorată și poate fi resimțită chiar în absența unui trigger. S-a constatat prin tehnici de imagistică corticală cum apar procese plastice la nivel cortical, care sunt apoi răspunzătoare de conștientizarea durerii cronice. Memorarea selectivă se bazează pe atenția selectivă acordată factorului provocator. Urmează apoi o evocare selectivă, care determină ca senzația memorată să fie mereu activată. În fine, se produce reorganizarea corticală, iar în acest moment influențarea durerii prin tratament devine dificilă.

Atribuția causală se referă la concepția pacienților asupra etiologiei bolii. În atribuirea etiologică, poate prevala concepția somatică, după care boala are substrat organic, concepția psihică, după care boala se explică prin factori psihici („nervii”), sau concepția psihosomatică, conform căreia boala este rezultanta intervenției comune a factorilor psihici și organici.

Există pacienți care au convingeri diverse privind controlul situației lor, care pot fi clasificate. Conform cu această clasificare, controlul poate fi intern (*locus de control intern*) sau extern (*locus de control extern*). Subiecții cu convingeri de control extern apreciază că boala nu li se datorează, ci este rezultanta acțiunii unor factori externi. De asemenea, **rezolvarea bolii** nu depinde de subiect, ci de doctor, divinitate, autorități, mediu etc. Corolarul negativ este că poate conduce la fatalism („orice aș face, nu pot schimba nimic”, „nu pot face nimic”).

Alternativa: convingerea privitoare la controlul intern, presupune credința că boala se datorează însuși pacientului și că sanogeneza poate surveni prin eforturile lui.

Comportamente de risc. Dacă factorii psihici sunt foarte importanți, așa cum s-a văzut mai sus, în medicina psihosomatică, dar și în medicina tradițională, de mare importanță sunt comportamentele de risc. Comportamentele decurg din cogniții și reprezintă reacții la solicitările din mediu, după ce acestea au fost evaluate rațional.

Pentru patologia medicală, comportamentele dezadaptative cele mai frecvente sunt fumatul, consumul de alcool și mai recent, consumul de substanțe toxice psihotrope. De asemenea trebuie menționate alimentația nesănătoasă (sub aspect cantitativ și al compoziției)

precum și restrângerea activității fizice. Refugiul în comportamente nesănătoase, precum fumatul în stare de încordare sau anorexie în stare de depresie determină apariția unor boli secundare acestor comportamente.

Complianța. Termenul desemnează o trăsătură de personalitate care definește capacitatea de a urma niște prescripții terapeutice (farmacologice sau nefarmacologice). Se mai numește aderență. Complianța este importantă în relația terapeut-pacient, deoarece poate determina succesul sau eșecul terapiei. Pacientul are dreptul la informare și independență în decizii. Decizia de a urma un anumit tratament este în întregime a pacientului și nu avem dreptul ca medici să îi facem reproșuri sau să îl ironizăm. Menirea medicilor este doar de a explica inteligibil, la nivelul pacientului, avantajele și riscurile sau eșecurile terapiei. Doar un pacient bine informat poate fi compliant. Într-adevăr, demersul terapeutic înseamnă un „contract” la care pacientul trebuie să adere.

Complianța este importantă și în faza de profilaxie. Ea permite renunțarea la comportamentele nocive și adoptarea unor comportamente dezirabile privitor la starea de sănătate.

Factori care determină complianța sunt: educația, motivația, gradul de înțelegere al bolii și terapiei, influențe familiare, sociale, culturale, chiar religioase (cazul celor care refuză transfuzii).

Complianța nu este o constantă, ci reprezintă o variabilă. La același subiect complianța poate avea grade diferite în funcție de evoluția bolii, de succesele terapeutice anterioare, de durata tratamentului sau de apariția efectelor secundare. Lipsa de complianță se asociază și cu schimbarea frecventă a medicului curant, cu recurgerea la terapii alternative sau complementare, etc.

Pentru a crește complianța, există numeroase posibilități: simplificarea posologiei, recurgerea la medicamente mai plăcut de utilizat sau mai ușor de administrat; creșterea motivării; informarea mai bună; oferirea unui jurnal unde pacientul consemnează utilizarea tratamentului și simptomele legate de aceasta; acordarea de termene pentru consultații de control, etc.

Anxietatea este una dintre cele mai cunoscute tulburări de personalitate. Ea se întâlnește adesea și la membrii familiei bolnavilor. Anxietatea îmbracă mai multe forme de manifestare, conform sistemului DSM IV. Acestea sunt: fobiile, atacul de panică, tulburările obsesiv-compulsive, tulburarea posttraumatică de stres (PTSD), tulburarea acută de stres, tulburarea anxioasă generalizată, anxietatea asociată unei boli medicale generale, anxietatea asociată consumului de substanțe toxice. Majoritatea acestor forme de anxietate reprezintă obiectul psihiatriei. Medicii se confruntă cu anxietatea legată de o boală medicală, cu anxietate acută de stres și mai rar cu PTSD sau atacurile de panică. În continuare ne vom referi pentru simplificare doar la anxietatea legată de condițiile medicale generale. Simptomele tipice pentru anxietate sunt: grija excesivă și disproporționată față de propria stare de sănătate, care impietează asupra bunei stări și determină alterarea funcționării sociale și profesionale. Ea se însoțește de neliniște și îngrijorare, uneori atacuri de panică, iritabilitate, tensiune musculară, tulburări de concentrare. Aceste simptome nu pot fi atribuite unor influențe farmacologice sau toxice. Investigarea anxietății se realizează cu chestionare (Hamilton, STAI) iar tratamentul este atât anxiolitic cât și nefarmacologic.

Depresia este, alături de anxietate, foarte frecventă, atât la pacienții funcționali cât și la pacienții cu boli organice. Reprezintă o tulburare a dispoziției (*mood disorder*). Diagnosticul depresiei se efectuează cu chestionare specifice (de exemplu Beck). Pacienții deprimați prezintă pe lângă semnele bolii de bază și astfel de manifestări ca: senzația de deprimare și plânsul cu ușurință; inapatență cu pierdere ponderală; insomnie; fatigabilitate; gânduri suicidare; lipsa puterii de concentrare; pierderea interesului pentru activitățile curente inclusiv pentru viața sexuală; sentimente de subapreciere și de vină. Aceste manifestări se tratează farmacologic, cu atenție la efectele secundare și la contraindicații, dar și prin psihoterapie.

Relația medic- pacient. Menirea medicului este și aceea de a comunica bine și eficient cu pacienții săi. Una dintre cele mai dificile probleme practice este abordarea acelor pacienți cu

acuze cronice (durere abdominală, balonare, tulburări ale tranzitului digestiv) la care nu se evidențiază vreo suferință organică [3]. Caracterul cronic al suferinței și lipsa unor date de laborator concludente produce frustrarea ambilor termeni ai binomului: pacient și terapeut, deopotrivă.

Tulburările funcționale gastrointestinale

Se definesc ca tulburări ale organelor digestive lipsite de cauze structurale sau biochimice (boli de sistem, de exemplu diabetul zaharat sau sclerozarea) [4]. Pentru ca să poată fi stabilit diagnosticul de tulburare funcțională, este nevoie și de introducerea unui criteriu cronologic: suferința să aibă o durată de cel puțin 3 luni, cu 2 excepții: incontinența anală (unde din motive deontologice este suficient un istoric de 1 lună până la afirmarea caracterului funcțional al suferinței; și durerea abdominală cronică funcțională, unde rigoarea diagnostică pretinde un interval de 6 luni [4].

În **patogeneza** intervin mecanisme încă parțial necunoscute. acestea sunt tulburările funcției motorii, ale sensibilității viscerale și ale stării afective (factori psihosociale). tot mai mult se discută în prezent rolul amorsării simptomelor de către un episod infecțios (inflamația eliberează interleukine, care modulează între altele funcția sistemului nervos al tubului digestiv).

Simptomele se produc la periferie și sunt raportate sistemului nervos enteric (SNE). Prin reflexe locale apare răspunsul motor, secretor și vascular de răspuns. Sistemul nervos vegetativ este și el avertizat asupra stimulilor din periferie, iar prin substanța reticulată se transmit mesaje spre nucleii talamici. Aceștia reprezintă nu doar un releu spre cortex, ci și locul interferenței cu centrul afectelor și al trăirilor emotive. Astfel se explică de ce simptomele cronice digestive se însoțesc de tulburări psihice [5]. SNE are un rol important, sugerat de structura sa de rețea de neuroni, fibre nervoase și polipeptide. Aici se închid reflexe entero-enterice și încep reflexe cu centrul în măduva spinării și controlate de SNC. În prezent se consideră că SNE funcționează ca o bibliotecă de programe și are în total 4 nivele de coordonare.

Tulburările funcționale gastrointestinale **se clasifică după criteriile Roma III** [4]. Clasificarea a fost concepută după modelul DSM și este bazată pe simptome și pe segmentul topografic căruia i se atribuie simptomele. Clasificarea Roma III a tulburărilor funcționale digestive:

- A. Tulburări funcționale esofagiene
- B. Tulburări funcționale gastroduodenale
- C. Tulburări funcționale intestinale
- D. Durerea abdominală funcțională
- E. Tulburări funcționale ale sistemului biliar și pancreasului
- F. Tulburări funcționale anorectale
- G. Tulburări funcționale la nou-născuți și sugari
- H. Tulburări funcționale la copii și adolescenți

Fiecare dintre aceste categorii mari este divizată în mai multe entități patologice, fiecare cu propria sistematizare și cu criterii de diagnostic. Prezentăm clasificarea tulburărilor funcționale intestinale:

- C1. Sindromul intestinului iritabil
- C2. Balonarea funcțională abdominală
- C3. Constipația funcțională
- C4. Diareea funcțională
- C5. Tulburări funcționale intestinale nespecifice

La rândul lor, fiecare entitate are **criterii proprii de diagnostic**, stabilite de grupul de lucru Roma III. Exemplificăm cu cele din *intestinul iritabil (C1)*, cea mai răspândită suferință funcțională digestivă:

Durere abdominală recurentă sau disconfort*, cel puțin 3 zile pe lună în ultimele 3 luni asociate cu două sau mai multe din următoarele:

1. ameliorare cu defecația
2. debut asociat cu modificarea frecvenței scaunului

3. debut asociat cu modificarea formei (aspectului) scaunului

*Simptomele au fost îndeplinite în ultimile 3 luni cu debut de cel puțin 6 luni.

Diagnosticul tulburărilor funcționale digestive trebuie să urmeze anumite **etape**. Acestea sunt: anamneză nedirecționată, orientată asupra pacientului; examen fizic atent; investigații după criteriul cost-eficienței; evaluarea profilului psihologic; descurajarea tendinței pacienților de a -și repeta investigațiile nejustificat.

Fiind boli neorganice, *diagnosticul este de excludere*. Principala investigație este endoscopia digestivă. Aceasta nu este necesară de la început dacă pacientul are < 45 ani și nu prezintă semne de alarmă oncologică ("red flag"): pierdere ponderală, anemie, VSH crescut.

Principiile terapeutice se bazează pe caracterul proteiform al tulburărilor funcționale [6] și sunt următoarele:

- Empatie, adică "introducerea în pielea bolnavului"
- Oferirea unei explicații rezonabile pentru simptome
- Adoptarea unei reacții care să corepsundă așteptărilor pacientului
- Explicarea limitelor terapeutice
- Implicarea pacientului în propriul său program terapeutic
- A ne reaminti dictonul: "cel mai bun medicament este un medic cu răbdare"

Arsenalul terapeutic farmacologic este extrem de variat din 2 motive [7]: simptomele sunt diverse și variabile, pe de altă parte ne lipsește încă un medicament perfect. Pe lângă tratamentul farmacologic, se utilizează **psihoterapia** (importantă este restructurarea cognitivă și dirijarea atenției pacientului spre elemente de bunăstare). Tehnicile de relaxare, meditația transcendențială, hipnoterapia, au fost încercate și după ce unele meta-analize au criticat valoarea metodologică a trialurilor, au apărut în ultimii ani lucrări științifice corecte care pledează pentru valoarea acestor metode.

Numeroși pacienți recurg la terapie empirică, alternativă. Dacă pacienții sunt condiționați de aceasta, le permitem să o continue (numai dacă nu îi expune la riscuri!). Un placebo util nu trebuie respins! (chiar dacă nu suntem adepții terapiei alternative).

Desigur, tratamentul este adaptat și în funcție de severitatea simptomelor. Formele medii și mai ales cele severe (adică acele cazuri cu simptome intense, frecvent și cu afectare psihică) beneficiază în cea mai mare măsură de tratament psihoterapeutic și chiar psihiatric (antidepresive, anxiolitice).

Modelul bio-psiho-social și strategia ce decurge din acest model

Modelul după care a funcționat timp de secole medicina a fost acel clinic: cauză=efect=boală. Acest model tinde să fie abandonat în prezent și înlocuit cu modelul bio-psiho-social. Noul model a fost fundamentat de Engel și ajustat la patologia funcțională digestivă de către Drossman [8]. Tipul de model bio-psiho-social ia în considerare cauza, dar o privește conceptual în cadrul factorilor genetici și de mediu. Iar apariția bolii nu este o legitate matematică ci este modulată de factorii psihici. Iar expresivitatea bolii se manifestă în funcție de modul de interferență a bolii cu viața socială.

Acest model superior de boală oferă premisa unei atitudini terapeutice mult mai complexe. Medicul (și psihiatrul, psihoterapeutul) se vor adresa nu doar prezentării clinice a suferinței ci și alterărilor factorilor psihologici precum și răsunetului social al bolii. Boala (*disease*) devine astfel o noțiune cu implicații subiective (*illness*) și sociale (*sickness*).

Ținând cont de acest element, avem posibilitatea să ne înțelegem mai bine pacientul funcțional digestiv și să îi oferim o mai bună șansă de ameliorare a suferinței. În acest mod medicul dobândește un avantaj asupra pacientului, care îi mărește șansa de a interveni mai eficient.

Iată ce are de făcut un medic avizat, decurgând din reprezentarea modelului bio-psiho-social al bolii:

- Să identifice preocupările pacientului
- să explice natura suferinței
- să liniștească pe bolnav și să îi dea explicații după capacitatea de înțelegere a bolnavului

- să implice pe bolnav în tratamentul propriei condiții
- să stabilească expectații realiste și să nu promită ce nu poate oferi
- să asigure o urmărire continuă a pacientului
- să explice că boala nu reduce speranța de viață
- să formuleze un diagnostic pozitiv precis și nu evaziv
- să nu se cramponeze într-un tratament standard ci să îl individualizeze

Totodată trebuie să stabilească foarte bune relații de colaborare între medic și pacient. Acesta se realizează mai bine prin vizite scurte și dese decât prin “cedare” (oferind de exemplu chiar și o jumătate de oră pacientului spre a se plânga de un anumit simptom (mai frecvent tranzitul digestiv).

Concluzie

Deși sunt suferințe benigne, tulburările funcționale digestive solicită mult pe medic. Există în prezent modalități de tratament complex al acestor suferințe, bazate pe modelul bio-psiho-social al bolii. Terapeutul trebuie să țină cont de factorii de personalitate și sociali și printr-o bună comunicare cu pacientul, să îi ofere soluții realiste, asociindu-și-l ca partener.

Bibliografie

1. Levy RL, Whitehead WE, Von Korff MR, et al. *Intergenerational transmission of gastrointestinal illness behavior*. Am J Gastroenterol 2000; 95: 451-456
2. Locke GR III, Weaver AL, Melton LJ III, et al. *Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study*. Am J Gastroenterol 2004; 99: 350-357
3. Dumitrașcu DL. Somatization: shall we believe the patients complains? În Dumitrascu DL (ed): *Psychosomatic medicine. Recent progress and current trends*. Ed. Med. Univ. I. Hatieganu, Cluj, 2003:109-118
4. Drossman DA et al (ed). *Rome III. The functional gastrointestinal disorders*. Degnon, MacLaine VA, 2006
5. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD et al. *Psychosocial Aspects of the Functional Gastrointestinal Disorders*. Gastroenterology 2006; 130: 1447-1458
6. Longstreth GF. Clinical diagnosis of IBS. In: Camilleri M, Spiller RC: *Irritable bowel syndrome: diagnosis and treatment*. WB Saunders 2002, 1-10
7. Olden KW. *Antidepressants in functional gastroduodenal disorders*. Syllabus DDW, Orlando 24-28 May 2003
8. Drossman DA. *A biopsychosocial approach to irritable bowel syndrome*. Zanco Intl. Mississauga, ON, 1997

ASPECTELE TERAPIEI MODERNE ALE SINDROMULUI INTESTINULUI IRITABIL LA ADULȚI

Alexandru Babin, Dan L. Dumitrașcu

USMF Nicolae Testemițanu, catedra Medicina de Familie

UMF Iu.Hatieganu, Cluj Napoca

Care not cure

Summary

The therapy off Irritable Bowel Syndrome

Irritable Bowel Syndrome is one of the most common pathological conditions. Despite progress in its knowledge of pathogenesis, large flaws still exist in our understanding of pharmacological action. This is a review of recent progress in the field of the therapy of irritable bowel syndrome. The now compounds acting on serotonin receptor did not keep promise. New therapies are under assessment, like psychotherapy or probiotics.