

# PSIHATRIČNI VIDIKI KRONIČNIH GASTROINTESTINALNIH BOLEZNI

***Danijela Janša***

## UVOD

Ekonomski, znanstveni in tehnološki razvoj industrializiranih dežel močno vpliva na daljšanje življenjske dobe prebivalstva in na manjšo obolevnost zaradi akutnih infektivnih bolezni. Ob tem pa se večja delež ljudi, ki so kronično bolni, in njihova dolgotrajna bolezen pomembno vpliva na njihovo zdravstveno stanje ter kvaliteto življenja. Kronične gastrointestinalne bolezni predstavljajo velik delež teh kroničnih bolezni. Bolnikovo trpljenje in bolezenske manifestacije pri teh boleznih niso vedno v skladu z patofiziološkimi okvarami. Pogosto so posledica učinka bolezni na načine hranjenja in odvajanja, skupaj s psihosocialnimi faktorji. Zato pretežno na bolezen usmerjen biomedicinski model ne more v celoti razložiti pojavnosti teh bolezni in prav tako ne more dati celostnega terapevtskega odgovora (1,2).

Kronične gastrointestinalne bolezni pogosto spremljajo ekstraintestinalni simptomi in sindromi. Ob številnih nepsihiatričnih simptomih pri teh bolnikih neredko vidimo tudi številne psihične motnje. Najbolj pogosto so te motnje depresivne in somatizacijske, panične atake in fobije. Pri bolnikih s kronično funkcionalno abdominalno bolečino pa so pogosto prisotne spolne disfunkcije z znižanim libidom in motnjo orgazma. Presenetljiv je tudi rezultat študij, ki je med bolnicami s funkcionalno kronično abdominalno bolečino opozoril na signifikantno višji procent spolnih zlorab tako v otroštvu kot v odrasli dobi (3).

## DIAREJA

Ob številnih infektivnih in drugih organskih izvidih diareje so etiopatogeno pomembni tudi življenjski stil, navade in psihosocialni faktorji. Tako imenovana diareja tekačev se pojavi pri kar 47 % ljudi, ki se redno zelo intenzivno ukvarjajo s telesno aktivnostjo, saj ta spremeni motiliteto kolona. Diareja se pogosto pojavi kot odgovor na akutni stres in tesnobo. Kar 85 % ljudi z iritabilnim kolonom poroča o spremenjenem odzivu črevesja ob stresu. Lydiord s sod. pa je opozoril na povezanost paničnih atak z iritabilnim kolonom, vključno z diarejo (3). Zato seveda ne preseneča uspešnost zdravljenja iritabilnega kolona in diareje, ki se ob njem pojavi, razen z antidiaroiiki še s psihoterapijo, hipnozo, kognitivno vedenjsko terapijo in antidepresivi.

## OBSTIPACIJA

Ljudje, ki so manj telesno aktivni, pogosteje poročajo o zaprtju. Zaprtje pa se lahko pojavi tudi kot stranski učinek nekaterih zdravil, med drugim tudi antidepresivov. Funkcionalno zaprtje pri otrocih je neredko posledica naučenega vedenja, opazujemo pa ga tudi pri ženskah, ki so bile spolno zlorabljene. Psihološki testi ljudi z zaprtjem so pokazali blago do zmerno stopnjo tesnobe in depresije. Tesnobo pogosto spremlja zvišan nivo mišične tenzije, pri čemer je zvišana tudi tenzija mišic pelvičnega dna. Posledica je, da imajo bolniki več težav pri sproščanju zunanjega analnega sfinktra ob defekaciji. Tudi motnje hranjenja, anoreksija in bulimija sta pogosto povezani z občutki zaprtja in z zlorabo oz. odvisnostjo od odvajal. Zaprtje pa je lahko tudi eden od simptomov depresivne motnje oz. vsebina obsesivno kompulzivne motnje. Funkcionalno zaprtje se slabo odziva na psihoterapijo in antidepresive, ki poskušajo zmanjševati tesnobo in depresivnost. Zelo koristna pa je metoda biofeedback-a, s katero se bolniki naučijo sproščanja pelvične miškulature (3).

## FEKALNA INKONTINENCA

Psihološki faktorji imajo le redko pomembno vlogo pri etiologiji fekalne inkontinence. Ta motnja sama pa je lahko pomemben vzrok stresa in okrnjene

kvalitete življenja. Povzročča lahko občutek nizke samopodobe, socialne izolacije, tesnobe in depresije. Otroci se odzovejo z zanikanjem, adolescenti imajo večje težave s samopodobo, zaznavajo se kot umazane in socialno nesprejemljive. Kognitivno vedenjska terapija je uspešna, kadar se inkontinenca pojavi v povezavi s stresom ali socialno fobijo. Z biofeedbackom pa se pacienti naučijo sproščanja prečnoprogastih mišic, ki sodelujejo pri defekaciji (3).

## CELIAKIJA

Povezava celiakije in različnih nevroloških in psihičnih motenj je znana že dolgo časa. Včasih so nevrološke ali psihične motnje celo edina manifestacija glutenske enteropatije. Pojavnost teh motenj je 10-50 %. Pri otrocih je najpogostejša epilepsija, pri odraslih pa depresija. Patogenetski mehanizmi še niso povsem jasni, obstajajo pa številne hipoteze.

Prva hipoteza govori o okvari periferne živčnega sistema kot posledici pomanjkanja folne kisline, vitamina B12 in piridoksina zaradi slabše črevesne absorpcije. Po drugi hipotezi naj bi zaradi slabše absorpcije maščob prišlo do pomanjkanja vitamina E in s tem do degenerativne okvare centralnega živčnega sistema.

Naslednja hipoteza poskuša razložiti vzroke epileptičnih napadov. Pomanjkanje folne kisline je krivo za spremenjeni metabolizem lecitina, ta pa je pomemben element mielina. Posledica okrnjene mielinizacije v možganski skorji in bazalnih ganglijah pa je nastajanje kalcifikacij v CŽS. Imunološka hipoteza razlaga nastajanje kalcifikacij kot posledico avtoimunega in vnetnega procesa zaradi prisotnosti imunskih kompleksov. Znižan nivo plazemskih aminokislin (tirozina in triptofana) pa naj bi imel vpliv na vedenjske in razpoloženske motnje. Najpogostejša nevrološka pridružena motnja pri celiakiji je epilepsija (v 5 % pri odraslih bolnikih s celiakijo). Običajno je parcialnega tipa, neredko je prisotna brez črevesnih znakov celiakije. Pri nekaj pacientih so opazovali tudi razvoj demence, demielinizacije posteriorne kolumne in mioklonusa. Periferne nevropatije so običajno aksonalnega ali demielinizacijskega tipa. Nevrološke motnje se pogosto dobro odzovejo na brezglutensko dieto, lahko pa so tudi edini simptom celiakije. Depresijo opazujemo celo pri 10 % bolnikov s celiakijo in je lahko blaga do zelo težka. Verjetno je posledica spremenjenega metabolizma triptofana. Bolniki opisujejo bistveno izboljšanje počutja, ko preidejo na brezglutensko dieto. Običajne pritožbe bolnikov pa so nespečnost, utrujenost, brezvoljnost, zaskrbljenost (5,4).

## TRANSPLANTACIJA JETER

Več kot 50 % transplantiranih jetrnih bolnikov je iz vrst bolnikov s hepatitisom C. Ti imajo pogoste občutke krivde zaradi načina, kako so zboleli (predvsem bivši i.v. uživalci drog), in svojo bolezen občutijo kot kazen. Neredko tudi zanikajo, da bi bili depresivni, saj se jim zdi, da bi jih to stigmatiziralo! To so tudi bolniki, pri katerih so premorbidno bolj pogoste različne psihične motnje (kar 76 % moških in 64 % ženskih odvisnikov od drog ima pridružene psihiatrične diagnoze). Študija, ki so jo opravili na kliniki Mayo, pa je pokazala, da je bilo pri bolnikih s predhodno depresivno motnjo okrevanje slabše in postoperativna umrljivost večja. 50 % operirancev z veliko depresivno epizodo je umrlo, čeprav je bil operativni in postoperativni potek brez komplikacij. Med ostalimi bolniki brez psihične motnje pa je bila umrljivost le 6 %. Depresivni bolniki so bili apatični, zavračali so hrano, tožili o brezupu in občutkih, da jim ni več pomoči. Če so preživeli, so ostali v bolnišnici povprečno 41 dni, medtem ko so ostali bolniki zapuščali bolnico po 10 dneh (2). Bolnike, ki so kandidati za transplantacijo, je torej potrebno natančno diagnosticirati tudi glede psihične motnje in to ves čas zdravljenja jetrne bolezni spremljati in vzporedno zdraviti.

## PEPTIČNI ULKUS

Strah in tesnoba, povzročena z najrazličnejšimi konflikti, povzročata gastrično hipersekrecijo in s tem hiperacidnost. Kljub poskusom določiti specifični tip osebnosti z ulkusom pa novejši podatki govorijo o tem, da se ulkus pojavlja pri vseh tipih osebnosti. Kljub temu je psihoterapija pri bolnikih, katerih osebnostne lastnosti povečajo njihovo ranljivost na stres, uspešna. Če sprejemamo psihosomatske teorije nastanka ulkusne bolezni ali ne, pa so vseeno vsebina psihoterapevtskega zdravljenja pasivnost, odvisnost, jeza, agresija in frustracija (6).

## KRONIČNA VNETNA BOLEZEN ČREVESJA (ULCERATIVNI KOLITIS, CRONOVA BOLEZEN)

Natančna vloga psihosomatskih faktorjev v patogenezi kroničnih vnetnih bolezni črevesja ostaja nejasna. Pomen te bolezni za kvaliteto bolnikovega življenja pa je velik in pogosto povezan z občutki sramu, zanikanja bolezni,

strahu, poudarjanja bolezenskih simptomov. Zato je pomen psihoterapije pri obeh boleznih velik. Pri ulcerativnem kolitisu s suportivno terapijo lahko pomagamo bolniku, da se spoprime z občutki separacije, brezupa ali izgube. Ker ti bolniki zelo težko izražajo svoja čustva (aleksitimija) in velikokrat zavrnejo psihiatrično zdravljenje, je toliko bolj pomemben odnos gastroenterologov in splošnih zdravnikov, s katerimi naj bi bolniki vzpostavili dober odnos. Kot uspešne opisujejo tudi relaksacijske tehnike, biofeedback in vedenjske tehnike. Cronovim bolnikom pomagajo nekonfrontirajoče in suportivne tehnike (6).

## **IRITABILNI KOLON**

Z raziskavami psihosocialnih vidikov bolnikov z iritabilnim kolonom so ugotovili tri splošne značilnosti:

1. stres poslabša GI simptome,
2. psihološki in sociokulturalni faktorji vplivajo na doživljanje bolezni, na vedenje in celo izid bolezni. Posebej so pomembne travme, zlorabe in izgube v otroštvu in izkušnje, kako so se na bolnikove črevesne simptome odzvali starši. Med bolnicami, ki se zaradi tovrstnih težav zatekajo v specialistične ambulante, je procent zlorabljenih kar 40 % (2). Toda ti faktorji ne vplivajo na bolezen samo, temveč bolj na bolnikovo vedenje. Vplivajo na to, kako bolnik poroča o bolezni, kolikokrat in na katere zdravnike se obrača, v kolikšni meri išče alternativne metode zdravljenja in zahteva operativne posege.
3. Iritabilni kolon lahko vodi v slabšo kvaliteto življenja, saj ima kot kronična bolezen skoraj vedno psihosocialne posledice. Je primarna bolezen črevesja, a ob tem ima številne pridružene motnje. Psihične motnje, ki so najbolj pogoste pri teh bolnikih, so depresija in motnje spanja. Te bolnike so pred leti opisovali kot zelo čiste, natančne, točne, redoljubne, rigidne, obsesivno-kompulzivne, torej z lastnostmi, ki psihoanalitsko opisujejo analne osebnosti. Danes ugotavljajo, da ni tako natančnega vzorca osebnosti ali vedenja teh bolnikov. Susan Feister pravi, da kljub številnim preiskavam ni natančnih fizioloških ali bioloških lastnosti ali psiholoških simptomov in ne posebnih socialnih ali življenjskih okoliščin, ki bi bile posebej karakteristične za bolnike z iritabilnim kolonom (7). Vsi ti dejavniki pa seveda vplivajo na doživljanje in odzivanje bolnikov. Psihoterapevtsko so bolj ali manj učinkovite metode hipnoza, biofeedback, suportivna psihoterapija, relaksacijske tehnike, kognitivna terapija (7).

Vsi vemo, da je na področju gastroenterologije napredek tehnik izreden. Kljub temu nam vse sofisticirane diagnostične tehnike ne razložijo dovolj jakosti ali celo prisotnosti kroničnih gastrointestinalnih simptomov, pacientovo doživljanje teh in njegovega vedenja. Biomedicinski model je v zahodni medicini še vedno tradicionalen in dominanten. Dve značilnosti ima: **redukcionizem** (vse posledice imajo en sam vzrok) in **dualizem** (ločitev na organske bolezni z objektivizirano etiologijo in funkcionalno motnjo brez znane etiologije oz. patofiziologije).

**Biomedicinski model** imenuje funkcionalno motnjo psihosomatsko, postavlja vprašaj ob bolnikove pritožbe, ne glede na to, koliko so za bolnika resnične. **Biopsihosocialni model** prejšnji model dopolnjuje in nadgrajuje. Predvideva, da sta tako organska bolezen kot funkcionalna motnja posledici vzporednega soodvisnega sistema tako na celični, organski, interpersonalni in družbeni ravni, integrira biološko znanost z enkratnimi lastnostmi posameznika in določa stopnjo, do katere biološki in psihosocialni faktorji sodelujejo pri nastanku in razvoju bolezni (8).

1. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. Behaviour Sciences. Clinical Psychiatry. Seventh edition. Baltimore: Wilkins,1994:760-61.
2. Olden KW. Extragastrintestinal co-morbidity in chronic functional gastrointestinal disorders. In: Corazziari E. Approach to the patient with chronic gastrointestinal disorders.Milano: Messagi, 2000:43-54.
3. Whitehead WE. Alteration of defecatory.In: Corazziari E. Approach to the patient with gastrointestinal disorders. Milano: Messagi, 2000:81-93.
4. Miletič Turk D. Celiakija danes. Slov.Pediatr. 2000 Suppl.1:67.
5. Maki M.et al. Coeliac disease. Tampere: Vammala,1997:1-327.
6. Kocmur M. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. In: Tomori M, Zihelr S, eds. Psihijatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta,1999:229-54.
7. Reinhold WS. Irritable bowel syndrom. London: Mosby-Wolfe,1996:4-16.
8. Drossman DA. The biopsychosocial model and gastrointestinal disease.In: Corazziari E. Approach to the patient with gastrointestinal disorders. Milano: Messagi, 2000: 97-107.