

Dlaczego pacjenci z zespołem jelita nadwrażliwego są „trudni”? Praktyczne aspekty rozważań psychologicznych

Why are patients with irritable bowel syndrome „difficult”? Practical aspects of psychological deliberations

STRESZCZENIE

Z uwagi na duże rozpowszechnienie zaburzeń czynnościowych większość lekarzy POZ i gastroenterologów ma pod opieką pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego. Efekty dotychczas stosowanych terapii nie są w pełni zadowalające. Wpływ czynników psychologicznych na przebieg kliniczny zespołu jest bardzo znaczny. Poznanie i zrozumienie profilu emocjonalnego tej grupy chorych oraz nawiązanie dobrych relacji pomiędzy pacjentem i lekarzem jest bardzo dobrym, pozbawionym działań ubocznych, środkiem leczniczym.

Forum Medycyny Rodzinnej 2011, tom 5, nr 3, 247–250

słowa kluczowe: psychologia, czynniki emocjonalne, zespół jelita nadwrażliwego

ABSTRACT

Taking into consideration a great prevalence of functional disorders, most family doctors and gastroenterologists take medical care of patients with the irritable bowel syndrome. The results of treatment used so far are not fully satisfactory. The influence of the psychological factors on the clinical course of the Irritable Bowel Syndrome is significant. Recognition and understanding of the emotional profile of this group of patients as well as establishment of good relations between patient and doctor appear to be a very good and presenting no side effects remedy.

Forum Medycyny Rodzinnej 2011, vol 5, no 3, 247–250

key words: psychology, emotional factors, irritable bowel syndrome

Bogusław Borys¹,
Agnieszka Sulkowska²,
Marek Guzek²

¹Zakład Psychologii Klinicznej, Gdański
Uniwersytet Medyczny

²Katedra i Klinika Gastroenterologii
i Hepatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Adres do korespondencji:

dr n. med. Agnieszka Sulkowska
Klinika Gastroenterologii i Hepatologii
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk
tel.: (+48 58) 349 25 01
faks: (+48 58) 349 25 22
e-mail: asulka@gumed.edu.pl



Dominującym objawem zespołu jest często ból lub dyskomfort w obrębie jamy brzusznej, biegunki lub zaparcia, wzdęcia brzucha, kruczenia, przelewania, gazy jelitowe

PSYCHOLOGIA W ZESPOLE JELITA NADWRAŻLIWEGO

Zespół jelita nadwrażliwego należy do grupy zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego. Szacuje się, że rozpoznanie to można postawić u około 15–20% dorosłych Europejczyków [1]. Jedyne część osób z zespołem jelita nadwrażliwego szuka pomocy lekarskiej, jednak z uwagi na rozpowszechnienie tego typu zaburzeń praktycznie każdy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej czy gastroenterolog ma pod opieką pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego. Liczba publikowanych prac dotyczących etiopatogenezy i leczenia zespołu świadczy o randze tego problemu klinicznego, a także o wciąż niezadowalających efektach terapii. Stale też trwają dyskusje o roli czynników emocjonalnych w zespole jelita nadwrażliwego. Nie są one pierwotną przyczyną wystąpienia nadwrażliwości jelit, niemniej mają bardzo znaczący wpływ na przebieg i nasilenie objawów u poszczególnych osób [2, 3]. Powstaje pytanie, czy wiedza psychologiczna dotycząca tego zespołu może być przydatna w codziennej pracy lekarza praktyka? Aby przeprowadzić taką ocenę, korzystne będzie spojrzenie na problem przez pryzmat obu zaangażowanych stron: pacjenta i lekarza. W opiniach lekarzy pacjenci z zespołem jelita nadwrażliwego nierzadko określani są jako „trudni”, „kłopotliwi”, niekiedy nawet „natrętni”. Jest to fakt bardzo istotny z psychologicznego punktu widzenia, ponieważ sygnalizuje istnienie problemów utrudniających porozumienie i harmonijną współpracę. U ich podłoża leży prawdopodobnie wiele przyczyn. Część z nich ma związek z profilem emocjonalnym pacjentów, co zostanie omówione w dalszej części opracowania. Duże znaczenie może mieć jednak rozbieżność sądów dotycząca tego schorzenia. Z jednej strony istnieje, poparte wiedzą i doświadczeniem, przekonanie lekarza, że zespół jelita nadwrażliwego nie stanowi istot-

nego zagrożenia dla pacjenta. Wobec rozpowszechnienia chorób nowotworowych i innych — mogących spowodować trwałą utratę zdrowia lub nawet życia leczonych osób — zrozumiałe jest uczucie pewnego zniecierpliwienia, połączone z brakiem chęci (i zwykle czasu) do wysłuchiwanie szczegółowych sprawozdań, dotyczących funkcjonowania przewodu pokarmowego u pacjenta w dobrym stanie klinicznym. Odczucia te potęguje fakt, że wizyty się powtarzają, pacjent prezentuje liczne wyniki badań obrazowych nieodbiegających w sposób istotny od normy, nierzadko próbuje skłonić lekarza do powtórzenia badań i skarży się na brak poprawy po stosowanym leczeniu. Punkt widzenia pacjenta różni się zasadniczo. Postrzega on swoje schorzenie przede wszystkim przez pryzmat subiektywnej oceny. A z tej perspektywy pacjent niewątpliwie odczuwa obniżenie jakości życia. Należy wyraźnie podkreślić, że u części chorych z zespołem jelita nadwrażliwego obniżenie to jest bardzo znaczne. Dominującym objawem zespołu jest często ból lub dyskomfort w obrębie jamy brzusznej, bardzo przykro odczuwany przez pacjentów z uwagi na zjawisko nadwrażliwości trzewnej. Innymi typowymi objawami są biegunki lub zaparcia, wzdęcia brzucha, kruczenia, przelewania, gazy jelitowe [4]. Chociaż niegroźne w sensie klinicznym, mogą znacząco zaburzać rytm pracy, utrudniać dojazdy, prowadzenie życia towarzyskiego, ubieranie się zgodnie z obowiązującą modą i tym podobne. W przypadkach najbardziej nasilonych dolegliwości praktycznie uniemożliwiają one normalne funkcjonowanie w społeczeństwie, naukę, pracę [5–7]. Charakter zaburzeń oraz często towarzyszące zespołowi jelita nadwrażliwego tak zwane objawy pozajelitowe powodują, iż część pacjentów ma za sobą długą „przeszłość diagnostyczną”: szereg badań obrazowych, laboratoryjnych, konsultacji specjalistycznych. Paradoksalnie, ich prawidłowe

wyniki mogą wręcz nasilić niepokój i przekonanie o „ukrytej” chorobie — co jest zrozumiałe, gdy pacjent nie jest przekonany, co do przyczyny i charakteru swoich dolegliwości. Na postrzeganie zaburzeń przez pacjentów mają wpływ również pewne zjawiska psychologiczne, dotyczące profilu emocjonalnego i obciążenia stresem. W nawiązywaniu dobrych relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem pomocna jest świadomość, że w tej grupie pacjentów obciążenie stresem jest duże, a nade wszystko — przewlekłe. Dzieje się tak, dlatego że u osób z zespołem jelita nadwrażliwego stres jest powodowany zwykłymi życiowymi zdarzeniami. Stresem jest codzienność [2, 3, 8]. Ponadto początek bądź nasilenie objawów występuje często w wyraznym związku czasowym z bardzo trudnym psychicznie przeżyciem. Może być to śmierć bliskiej osoby, utrata pracy, przejście na emeryturę [9, 10]. Poza oczywistym niekorzystnym wpływem na psychikę, stres wywołuje też konkretne następstwa natury organicznej. Dotyczą one zmiany przepuszczalności i nacieczenia komórkowego ściany jelit, uwalniania enkefalin modyfikujących czucie trzewne i motorykę oraz aktywacji pól czuciowych mózgu [2, 3]. Wśród uwarunkowań psychologicznych dotyczących zespołu jelita nadwrażliwego warto zwrócić też uwagę na zjawisko somatyzacji. Jego istotą jest konwersja — zamiana obciążeń psychicznych na objawy somatyczne. Ten rodzaj mechanizmu obronnego stosowany jest u wielu osób z zespołem jelita nadwrażliwego. Stwierdzono również, że poziom depresji u części pacjentów jest stosunkowo wysoki [11]. W badaniach pacjentów z tak zwanymi poinfekcyjnymi postaciami zespołu jelita nadwrażliwego udowodniono współzależność pomiędzy depresją/zmęczeniem w momencie zachorowania, a długotrwałym utrzymywaniem się objawów klinicznych oraz nacieków komórkowych w błonie śluzowej jelita [12–14]. Powyższe przykłady dowodzą, że sfera psy-

chiki i zaburzenia dotyczące przewodu pokarmowego są w zespole jelita nadwrażliwego ściśle związane. Świadomość ta pomaga też lepiej rozumieć lęki, niepokoje i sposób funkcjonowania tych pacjentów. Jeżeli przyjmiemy, że aspekty psychologiczne odgrywają w przebiegu zespołu jelita nadwrażliwego istotną rolę, bardzo ważnym elementem terapii staje się rozmowa pomiędzy pacjentem i lekarzem. Powinna ona spełniać pewne warunki i zawierać określone informacje. Jeżeli proces diagnostyczny jest zakończony i rozpoznanie zostało postawione, należy pacjentowi wyraźnie przekazać nazwę schorzenia. Ustalenie i nazwanie choroby jest bardzo korzystne z psychologicznego punktu widzenia. Część pacjentów dotychczas dowiadywała się raczej o braku patologii, co wobec istniejących objawów wywoływało zrozumiały niepokój. Konieczne jest opisanie przebiegu i podkreślenie, że jest to choroba przewlekła. Wspominając o okresach remisji i zaostrzeń, warto nadmienić o możliwym związku nasilenia objawów chorobowych z trudnościami życiowymi, błędami dietetycznymi, infekcjami. Bardzo ważne wydaje się omówienie z pacjentem jego oczekiwań wobec terapii. Część osób spodziewa się leku, który w sposób natychmiastowy i radykalny usunie dolegliwości, a brak takiego efektu podważa ich zaufanie do lekarza. Wielu pacjentów obawia się raka jelita grubego — zwiększonego ryzyka zachorowania lub obecności tej choroby, szczególnie w przypadku jej wystąpienia wśród osób znajomych. Nie zawsze obawa ta jest werbalizowana, niemniej racjonalne uspokojenie pacjenta odnośnie do tej kwestii jest bardzo istotne. Duże znaczenie dla osób z zespołem jelita nadwrażliwego ma możliwość opowiedzenia o swoich problemach czy trudnych przeżyciach. Sprzyja to budowaniu dobrych relacji i poprawia samopoczucie chorych. Pacjenci z zespołem jelita nadwrażliwego są znakomitym przykładem ilustrującym teo-



**Sfera psychiki
i zaburzenia dotyczące
przewodu pokarmowego
są w zespole jelita
nadwrażliwego ściśle
związane**

rię o jedności psychofizycznej człowieka. Wynika z tego, że rozmowa z cierpliwym, wyrozumiałym, dysponującym pewną ilo-

ścią czasu lekarzem jest jednym z wielu, ale bardzo dobrym i pozbawionym efektów ubocznych, środkiem leczniczym [15].

PIŚMIENNICTWO

- Muller-Lissner S.A., Bollani S., Brummer R.J. i wsp. Epidemiological Aspects of Irritable Bowel Syndrome in Europe and North America. *Digestion* 2001; 6A: 200–204.
- American Gastroenterological Association: American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Irritable Bowel Syndrome (document approved by the Clinical Practice Committee and the AGA Governing Board). *Gastroenterology* 2002; 123: 2105–2107.
- Drossman D.A., Camilleri M., Mayer E.A., Whitehead W.E. American Gastroenterological Association Technical Review on Irritable Bowel Syndrome (document approved by the Clinical Practice Committee and the AGA Governing Board). *Gastroenterology* 2002; 123: 2108–2131.
- Longstrech G.F., Thompson W.G., Chey W.D. i wsp. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1480–1491.
- El-Serag H.B., Olden K., Bjorkman D. Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2002; 16: 1171–1185.
- Creed F., Ratcliffe J., Fernandez L. i wsp. Health-related quality of life and health care costs in severe, refractory irritable bowel syndrome. *Ann. Intern. Med.* 2001; 134: 860–868.
- Pare P., Gray J., Lam S. i wsp. Health-related quality of life, work productivity, and health care resource utilization of subjects with irritable bowel syndrome: baseline results from LOGIC, a naturalistic study. *Clin. Ther.* 2006; 28: 1726–1735.
- Whitehead W.E., Bosmijan L., Zonderman A.B. i wsp. Symptoms of psychological distress associated with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 198; 95: 709–718.
- Drossman D.A., Mc Kee D.C., Sandler R. S. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. A multivariate study of patients and non-patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1998; 95: 701–708.
- Creed F.H., Guthrie E. Psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Gut* 1987; 28: 1307–1318.
- Sulkowska A., Naumiuk M. i wsp. Description and comparison of emotional factors in patients with irritable bowel syndrome and gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol. Pol.* 2008; 15 (4): 219–224.
- Spiller R.C. Postinfectious irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2003; 124: 1662–1671.
- Barbara G., De Giorgio R. i wsp. A role of inflammation in irritable bowel syndrome? *Gut* 2002; 51: 41–44.
- Neal K.R., Borher L., Spiller R.C. Prognosis in post-infective irritable bowel syndrome: a six year follow up study. *Gut* 2002; 51: 410–414.
- Tomecki R. Komentarz do artykułu pt.: Rozpoznanie i leczenie zespołu jelita nadwrażliwego. Aktualny stan wiedzy. *Med. Dypl.* 2006; 15: 42–43.