PSIHOLOŠKE ABNORMALNOSTI PACIJENATA SA SINDROMOM IRITABILNOG KOLONA

PSYCHOLOGICAL ABNORMALITIES OF THE PATIENTS
WITH IRRITABLE COLON SYNDROME

Suzana Tošić Golubović*, Srbobran Miljković*,
Aleksandar Nagorni†, Suzana Raičević Sibinović†, Vladica Sibinović

Sažetak. Sindrom iritabilnog kolona (SIK) dijagnostikuje se u 8 do 17% osoba u opštoj populaciji i jedan je od najčešćih problema u gastroenterologiji. Od 54% do 100% bolesnika sa SIK imaju pridodatu psihijatrijsku bolest. Cilj studije je bio da se utvrde intenzitet anksioznosti i depresivnosti, kao i profil ličnosti bolesnika sa SIK. U ispitivanju su korišćene sledeće metode: strukturisani psihijatrijski intervju, Hamiltonova skala za procenu anksioznosti, Hamiltonova skala za procenu depresije, Minnesota multifazični popis ličnosti i Eysenckov upitnik ličnosti. U grupi bolesnika sa SIK, 14% je pokazalo visok zbir za anksioznost u rasponu od 15 do 21, a čak 10% imalo je zbir za depresiju veći od 15, što nije bio slučaj u kontrolnoj grupi. Većina bolesnika sa SIK je pokazivala veoma izražene neurotske poremećaje, kao i povišen zbir prema skalama "neurotične trijade" u Minnesota multifazičnom popisu ličnosti. Ispitivanje je pokazalo da bolesnici sa SIK, koji se zbog svojih tegoba javljaju gastroenterologu, pokazuju niz emocionalnih poremećaja, među kojima su vodeći anksioznost i depresivnost. Kad je reč o karakteristikama ličnosti bolesnika sa SIK, uočena je prevaga neurotskih osobina (neurotski poremećaji, hipohondrija, histerične i psihastenične osobine). Bolesnici sa SIK premorbidno pokazuju karakteristike ličnosti, koje određuju način na koji oni percipiraju i reaguju na distres, što može da dovede do depresije i anksioznosti.

Ključne riječi: Sindrom iritabilnog kolona, Depresija, Anksioznost

Uvod

Sindrom iritabilnog kolona (SIK) (engl., *Irritable Bowel Syndrome, IBS*) se dijagnostikuje u 8 do 17% osoba opšte populacije [1] i jedan je od najčešćih problema u gastroenterologiji. Abdominalni bol, dijareja, opstipacija su simptomi koji se sreću kod ovog, ali i kod organski uslovljenih bolesti abdomena.

Hronična i intermitentna priroda simptoma ovog poremećaja, kao i nedostatak potpunih dijagnostičkih testova, utiču na teškoće u određivanju tačne prevalence SIK. U Evropi i Severnoj Americi žene dva puta češće oboljevaju od SIK, dok u Indiji

muškarci daleko češće oboljevaju [2]. U cilju postavljanja tačne dijagnoze i razlikovanja od inflamatornih i opstruktivnih bolesti creva, a i da bi se izbegle nepotrebne dijagnostičke procedure, ustanovljeni su rimski kriterijumi za ovaj poremećaj, koji su dati u listi 1 [3].

Uzrokom SIK bavili su se brojni autori poslednja dva veka. Pretpostavka je da su mnoge bolesti kolona posledica načina ishrane, kao i alergijskih reakcija na hranu, u smislu nedostatka vlaknastih materija u ishrani. Iako se pokazalo da su ceralije efikasne kod opstipacije, u slučaju SIK to nije tako.

Merenje bazalnih vrednosti intestinalne motoričke aktivnosti u bolesnika sa SIK i kontrolnih

zdravih osoba nije pokazalo razlike. Činjenica da bolesnici sa SIK navode postojanje bola kod određenih vrednosti rektalne distenzije, navelo je na pretpostavku da je SIK rezultat poremećaja percepcije. Postoje i teorije koje ističu funkcionalnu povezanost mozga i gastrointestinalnog trakta preko brojnih aferentnih i eferentnih neuralnih vlakana [1]. Akutni bol koji je senzorijski fenomen, periferne lokalizacije, kao posledica tkivnog poremećaja ili disfunkcije organa, pokazuje reakciju na primenjene analgetike, koji deluju direktno na zahvaćeni organ. Hronični bol, koji je više pod uticajem centralnih kontrolnih mehanizama, zahteva tretman lekovima koji imaju centralno delovanje, kao što su triciklični antidepresivi, koji povećavaju oslobađanje neurotransmitera, inhibiraju bolne impulse i smanjuju reaktivnost na štetne stimulse.

Lista 1. Rimski kriterijumi za postavljanje dijagnoze sindroma iritabilnog kolona

Kontinuirani ili rekurentni simptomi koji se javljaju u periodu od najmanje 3 meseca

Abdominalni bol ili nelagodnost koja

- prolazi nakon defekacije,
- i/ili je povezana sa promenama u učestalosti defekacije
- i/ili je povezana sa promenama u konzistenciji stolice.

Prisustvo 2 ili više od sledećih simptoma u jednoj četvrtini situacija ili dana koji se prate

- promene u učestalosti defekacije (više od 3 pokretanja u abdomenu na dan ili nedeljno),
- promenjena forma stolice (grumuličava, tvrda, oskudna, vodena stolica),
- promenjena masa fekalnih masa (napregnuta),
- urgencija ili doživljaj nepotpunog pražnjenja creva,
- pasaža mukusa,
- nadimanje ili osećaj crevne distenzije.

Da Costa je, još pre 100 godina, u svom opisu SIK pomenuo povezanost za psihičkim stresom [1]. Ono što je upadljivo za ovaj sindrom jeste veza sa postojećim psihičkim poremećajima i oboljenjima. Rezultati studija ukazuju da 54% do 100% bolesnika sa SIK ima pridodatu psihičku bolest [1,5]. Walker i saradnici [6] iznose podatak da su se psihički poremećaji u većine bolesnika sa SIK javili pre gastrointestinalnih. Značajno manji broj javljanja psihičkih poremećaja u kontrolnoj grupi pacijenata sa inflamatornom bolešću creva (19%), navodi na zaključak da se obim psihičkih poremećaja kod bolesnika sa SIK ne može smatrati reakcijom na hronični gastroenterološki poremećaj [7]. Podatak da je 61% bolesnika sa SIK depresivno

slična je navedenom procentu od 60% do 70% u populaciji pacijenata obolelih od onih poremećaja koji su povezani sa hroničnim stresom [8].

Važna je uloga *locusa ceruleusa* kao moždanog noradrenergičkog jedra, koje je odgovorno za 70% noradrenergičke aktivnosti [9]. Povišena aktivnost ovog lokusa utvrđena je u stanjima pojačane opreznosti, pažnje, kod dejstva stimulusa koji izazivaju straha. *Locus ceruleus* prima aferentna vlakna iz gastrointestinalnog trakta, tako da distenzija creva ili stomaka dovodi do pojačane aktivnosti neurona u jedru.

Istraživanja iz oblasti crevnog motiliteta su pokazala da anksioznost, strah i depresija uslovljavaju hipomotilitet, dok agresivna osećanja provociraju hiperomotilitet creva [1]. Drugi autori ističu postojanje patološke disregulacije ovog lokusa kod paničnog poremećaja, a možda i kod depresije [4,10].

Cilj rada bio je da se utvrdi intenzitet anksioznosti i depresivnosti, kao i profil ličnosti kod bolesnika sa SIK.

Bolesnici i metode

Ispitivanje je provedeno u Klinici za gastroenterologiju i Klinici za psihijatriju Kliničkog centra Niš. U ispitivanoj grupi bilo je 30 bolesnika sa SIK, a u kontrolnoj 30 zdravih osoba sličnih sociodemografskih karakteristika, sa teritorije grada Niša. Starost ispitanika kretala se od 21 do 61 godine. U ispitivanje nisu uključeni bolesnici sa SIK, koji su u anamnezi imali ozbiljniji psihički poremećaj. U psihološkom pregledu posebna pažnja je posvećena postojanju emocionalnih poremećaja, posebno anksioznosti i depresivnosti u momentu kada je vršeno ispitivanje ili mesec dana pre ispitivanja. Od važnosti je bila i procena dotadašnjeg funkcionisanja, kao i karakteristika ličnosti, sa posebnim osvrtom na neurotske crte ličnosti.

Tokom istraživanja korišćeni su strukturisani psihijatrijski intervju, Hamiltonova skala za procenu anksioznosti (engl., *HAMilton rating scale for Anxiety, HAMA*), Hamiltonova skala za procenu depresije (engl., *HAMilton rating Scale for depression, HAMD*), Minesota multifazični popis ličnosti (engl., *Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI*) i Eysenckov upitnik ličnosti (engl., *Eysenck Personality Questionnaire, EPQ*).

Rezultati

U grupi obolelih od SIK bile su 22 žene i 8 muškaraca, dok je u drugoj kontrolnoj grupi bilo 15 žena i 15 muškaraca. Starost ispitanika u grupi obolelih od SIK kretala se od 21 do 61 godine, a srednja vrednost godina starosti bila je 43,5 godina.

Prosečna vrednost zbira na Hamiltonovoj skali za procenu anksioznosti u grupi bolesnika sa SIK bila je $13,6 \pm 6,15$, a u grupi zdravih ispitanika $3,66 \pm 2,69$. Najveći broj (31%) bolesnika sa SIK imalo je zbir za anksioznost na Hamiltonovoj skali za procenu anksioznosti u rasponu od 11 do 15, dok je u grupi zdravih ovaj zbir dobijen kod svega 1% (tabela 1). U grupi bolesnika sa SIK, značajan procenat ispitanika (14%) imao je visoke skorove za anksioznost u rasponu od 11 do 20. U grupi zdravih najveći broj ispitanika, čak 87%, imalo je najniži zbir u rasponu od 0 do 5. Navedena razlika u zbirovima za anksioznost je statistički visoko značajna ($t=8,71 > 3,67$, $p=0,001$).

Tabela 1. Raspored ispitanika po zbiru na Hamiltonovoj skali za procenu anksioznosti

Zbir	Bolesnici sa SIK n (%)	Zdravi ispitanici n (%)
0 do 5	4 (13,3)	26 (86,6)
6 do 10	5 (16,7)	3 (10)
11 do 15	9 (30)	1 (3,3)
16 do 20	8 (26,7)	-
21 do 25	4 (13,3)	-
Ukupno	30 (100)	30 (100)

Kad je reč o depresiji, najveći broj bolesnika sa SIK (53,3%) imalo je zbir na Hamiltonovoj skali za procenu depresije u rasponu od 8 do 15 (tabela 2), dok u kontrolnoj grupi najveći broj ispitanika (90%) ima zbireve za depresiju manje od 7.

Tabela 2. Raspored ispitanika po zbiru na Hamiltonovoj skali za procenu depresije

Zbir	Bolesnici sa SIK n (%)	Zdravi ispitanici n (%)
7 ili manji	3 (10)	27 (90)
8 do 15	16 (53,3)	3 (10)
Veći 15	11 (36,7)	-
Ukupno	30 (100)	30 (100)

Među bolesnicima sa SIK, čak 36,7%, imalo je zbir za depresiju veći od 15 (tabela 2). Navedene

razlike su statistički visoko značajne ($t=8,6 > 3,67$, $p=0,001$).

Najveći broj bolesnika sa SIK (56,7%) imalo je veoma izražen neurotski poremećaj prema zbiru na Eysenckovom popisu ličnosti, dok je u kontrolnoj grupi imalo samo 10% ispitanika (tabela 3). Koristeći χ^2 test utvrđeno je da postoji statistički visoko značajna razlika u pojavi neurotskih poremećaja i izraženosti SIK ($\chi^2=16,9 > 9,48$, $p=0,05$).

Tabela 3. Raspored ispitanika po stepenu neurotskog poremećaja (Eysenckov popis ličnosti)

Zbir	Bolesnici sa SIK n (%)	Zdravi ispitanici n (%)
Nizak	3 (10)	15 (50)
Srednji	10 (33,3)	12 (40)
Visok	17 (56,7)	3 (10)
Ukupno	30 (100)	30 (100)

Slični podaci su dobijeni pomoću Minnesota popisa ličnosti. U prvoj grupi 65% bolesnika sa SIK je pokazivalo povišene skrove na skalama "neurotične trijade", dok je u kontrolnoj grupi ovakav trend pokazalo samo 10%, što je statistički visoko značajna razlika.

Rasprava

Bolesnici sa SIK čine 40% do 70% onih koji se obraćaju gastroenterologu [8]. Iako, 17% opšte populacije u određenom periodu svog života ima ovaj poremećaj, samo polovina se obraća lekaru za pomoć [8]. Psihološki stres se smatra jednim od glavnih činioca u razvoju SIK.

Najčešći psihijatrijski poremećaji među bolesnicima sa SIK, koji se navode u literaturi su: depresija, panični poremećaj, socijalne fobije, generalizovani anksiozni poremećaj, postraumatski stresni poremećaj, somatizacioni poremećaj [1]. Anksioznost je izražena u početku SIK, dok se depresija češće javlja kod hroničnih SIK. Sa druge strane, psihijatrijski bolesnici oboleli od anksioznih i depresivnih poremećaja pokazuju značajno veću stopu, i preko 40%, javljanja SIK u odnosu na druge psihijatrijske bolesnike [1,9]. U ovde prikazanom ispitivanju, najveći broj bolesnika sa SIK, jedna trećina, imala je zbir na Hamiltonovoj skali za procenu anksioznosti od 11 do 15, dok je u kontrolnoj grupi bio samo 1 ispitanik. Čak, 13,3%

IBS bolesnika ima veoma visok zbir za anksioznost u rasponu od 21 do 25.

U literaturi se depresija, zavisno od autora, javlja u 6% do 46% bolesnika sa SIK [4,11]. U Walkerovoj studiji [6], bolesnici sa SIK u poređenju sa onima koji boluju od inflamatorne bolesti creva, mnogo češće imaju anksiozni poremećaj (85% prema 20%), kao i somatizacioni poremećaj (77% prema 0%), što je statistički značajno, ali kad je u pitanju depresija, razlika je nešto manja (54% prema 20%).

U ovde prikazanom ispitivanju, 10% bolesnika sa SIK ima vrlo visok zbir za depresiju, kakvih nema u kontrolnoj grupi, a kod preko polovine bolesnika sa SIK utvrđeni su zbrovi za depresiju u rasponu od 8 do 15, što je značajan nivo depresivnosti.

Kad je reč o karakteristikama ličnosti, izraženi neurotski poremećaji na Eysenckov popisu ličnosti pokazivalo je 5 puta više bolesnika sa SIK u odnosu na kontrolnu grupu. Sličan trend je primećen i na Minnesota popisu ličnosti, 65% bolesnika sa SIK je pokazivalo povišene skrove na skalama "neurotične trijade", dok je u kontrolnoj grupi ovakav trend pokazalo samo 10%, što je statistički visoko značajna razlika. Navedeni rezultati su u korelaciji sa podacima iz literature, gde bolesnici sa SIK [1] u značajnoj meri pokazuju povećane nivoe neurotskih poremećaja, abnormalne psihološke crte, češće pokazuju ponašanje bolesnika (višestruke somatske žalbe), upotrebljavaju neefikasne strategije savladavanja stresa (*engl., stress coping strategies*), češće koriste medicinske usluge, pokazuju u većem stepenu psihijatrijske poremećaje, seksualna i fizička zlostavljanja. Drossman istice da bolesnici sa SIK pokazuju značajno veći zbir Minnesota popisa ličnosti (za hipohondrijazu, depresiju, histeriju, psihasteniju), kao i manje ego snage [12].

Rezultati ovde prikazanog ispitivanja u saglasnosti su sa podacima u literaturi, koji ukazuju na postojanje veze bolesnika sa SIK i određenih psiholoških karakteristika, kao i psihijatrijskih poremećaja, mada priroda ove veze nije, još uvek, razjašnjena. Jedna grupa autora objašnjava vezu somatopsihičkim modelom po kome SIK može predstavljati prekursor psihijatrijskog poremećaja, što bi značilo da se psihijatrijski poremećaj sekundarno razvija kao reakcija na somatski poremećaj [13,14]. Drugi grupa zastupa psihosomatski model, gde bi SIK predstavljao epifenomen ili formu psihičkog poremećaja.

Ovakav pogled je kompatibilan sa idejom da su simptomi poput onih kod SIK zastupljeni i u opštoj populaciji, ali da se pojačavaju pod uticajem psihijatrijskog poremećaja, dostižući status poremećaja ili bolesti. Postavlja se pitanje da li SIK može predstavljati somatsku ekspresiju psihijatrijske bolesti. Ova psihosomatska ili psiho-fiziološka hipoteza podrazumeva da su gastro-intestinalne manifestacije SIK posledica bilo somatske reakcije na psihološki distres ili amplifikacija blagih averzivnih simptoma koji mogu normalno biti prisutni, ali su dovedeni do intenziteta poremećaja raznim psihološkim faktorima.

Zaključci

Pacijenti oboleli od IBS, koji se zbog svojih tegoba javljaju gastroenterologu prezentuju niz emocionalnih poremećaja, među kojima su anksioznost i depresivnost vodeći.

Kad je reč o karakteristikama ličnosti jasno je utvrđena prevaga neurotskih crta (neurotski poremećaji, hipohondrija, histerične i psihastenične crte) kod bolesnika sa SIK.

Bolesnici sa SIK premorbidno pokazuju karakteristike ličnosti koje bi menjale način na koji oni percipiraju i reaguju na distres izazvan fiziološkim razlozima, što može izazvati depresiju, anksiozne simptome i, kao posledicu, učestalo obraćanje lekaru za pomoć.

Psihijatri bi trebalo da leče SIK kao biološku vulnerabilnost, koja se pogoršava u situacijama psihološkog distresa i zahteva tretman koegzistirajućeg psihijatrijskog poremećaja, maladaptivnog ponašanja vezanog za bolest, kao i sprovođenje multimodalnog terapijskog plana uključujući psiho i farmakoterapijski pristup.

Literatura

1. Lydiard RB. Psychopharmacological interventions for functional gastrointestinal disorders. In: Olden KW, editor. Handbook of functional gastrointestinal disorders. New York: Marcel Dekker, 1996: 337-60.
2. Lydiard RB. Irritable bowel syndrome, anxiety, and depression: what are the links? J Clin Psychiatry. 2001; 62 Suppl 8: 38-45.
3. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. Gut. 1999; 45 Suppl 2: II1-5.

4. Lydiard RB. Anxiety and the irritable bowel syndrome: psychiatric, medical, or both? *J Clin Psychiatry*. 1997; 58 Suppl 3: 51-8.
5. Liss JL, Alpers D, Woodruff RA Jr. The irritable colon syndrome and psychiatric illness. *Dis Nerv Syst*. 1973; 34: 151-7.
6. Walker EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ, Li L, Amos D, Jiranek G. Psychiatric illness and irritable bowel syndrome: a comparison with inflammatory bowel disease. *Am J Psychiatry*. 1990; 147: 1656-61.
7. Drossman DA. Irritable bowel syndrome. In: Olden KW, editor. *Handbook of functional gastrointestinal disorders*. New York: Marcel Dekker, 1996: 189-200.
8. Drossman DA, Lowman BC. Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clin Gastroenterol*. 1985; 14: 559-73.
9. Tollefson GD, Luxenberg M, Valentine R, Dunsmore G, Tollefson SL. An open label trial of alprazolam in comorbid irritable bowel syndrome and generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 1991; 52: 502-8.
10. Charney DS, Heninger GR. Noradrenergic function and the mechanism of action of antianxiety treatment. I. The effect of long-term alprazolam treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1985; 42: 458-67.
11. Sandler RS, Drossman DA, Nathan HP, McKee DC. Symptom complaints and health care seeking behavior in subjects with bowel dysfunction. *Gastroenterology*. 1984; 87: 314-8.
12. Drossman DA, McKee DC, Sandler RS, Mitchell CM, Cramer EM, Lowman BC, Burger AL. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. A multivariate study of patients and nonpatients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1988; 95: 701-8.
13. Creed F, Guthrie E. Psychological treatments of the irritable bowel syndrome: a review. *Gut*. 1989; 30: 1601-9.
14. Longstreth GF. Irritable bowel syndrome. In: Manu P, editor. *Functional somatic syndromes*. New York: Cambridge University Press, 1998: 58-79.

Summary. *Irritable colon syndrome (ICS) is diagnosed in 8 to 17% of the people in general population and is one of the most often encountered problems in gastroenterology. Between 54% to 100% of the patients with ICS have additional psychiatric disease. The aim of the Study was to determine intensity of anxiety and depression as well as the personal profile of the patient with ICS. The following methods were used in the examination: structured psychiatric interview, Hamilton's scale for assessment of anxiety, Hamilton's scale for assessment of depression, Minnesota multiphase list of personalities and Eysenck's personality questionnaire. In the group of patients with ICS, 14% have shown a high score for anxiety ranging from 15 to 21 and even 10% had depression score of over 15, which was not the case in the control group. Most of the patients with ICS have shown highly expressed neurotic disorders and the elevated score according to the scales of "neurotic triad" in the Minnesota multiphase list of personalities. The research has shown that the patients with ICS who, due to their problems, come to the gastroenterologist, show a series of emotional disorders amongst which the prevalent ones are anxiety and depression. In terms of characteristics of the patients with ICS, it was observed the prevalence of neurotic characteristics (neurotic disorders, hypochondria, hysteric and psychasthenic characteristics). The patients with ICS in pre-morbidity show the personality characteristics which determine the way they perceive and react to distress, which may lead to depression and anxiety.*

Key words: *Irritable bowel syndrome, Depression, Anxiety*

Suzana Tošić Golubović, Vladica Sibinović

Klinika za psihijatriju, Klinički centar Niš

**Srbobran Miljković*

Katedra za psihijatriju, Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu

†Aleksandar Nagorni, Suzana Raičević Sibinović

Klinika za gastroenterologiju, Klinički centar Niš