

Η ψυχολογική πλευρά του ευερέθιστου εντέρου

Βασίλης Αλεβίζος

*Αναπλ. Καθηγητής Ψυχιατρικής
Πανεπιστημίου Αθηνών*

Η συνδρομή ευερέθιστου εντέρου αντιπροσωπεύει την πιο συνήθη γαστρεντερική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα κοιλιακό πόνο, εναλλαγές δυσκοιλιότητας και διάρροιας και ανώμαλες κενώσεις, χωρίς να διαπιστώνεται οργανική ανωμαλία. Ευθύνεται για το 15%-50% των νέων παραπομπών σε γαστρεντερολογικές κλινικές και αποτελεί τη δεύτερη αιτία απουσίας λόγω ασθενείας από την εργασία. Η συχνότητά του, παγκοσμίως, κυμαίνεται από 9% ως 23%, αλλά περισσότεροι από τους μισούς πάσχοντες από ευερέθιστο έντερο δεν έχουν επισκεφθεί γιατρό. Οι γυναίκες πάσχουν σε διπλάσια συχνότητα από τους άνδρες.

Το ευερέθιστο έντερο είναι άγνωστης αιτιολογίας, αλλά περιβαλλοντικοί, ψυχολογικοί και διαιτητικοί παράγοντες θεωρούνται ως οι τρεις κυριότεροι που επηρεάζουν προς αυτή την κατεύθυνση. Οι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στον εγκέφαλο και μέσω του υποθαλάμου, των πυρήνων της ραφής και του πνευμονογαστρικού επιδρούν στον «μικρό εγκέφαλο» του εντέρου επηρεάζοντας την εκκριτική και την κινητική του λειτουργία. Τα νευρικά δίκτυα του εντέρου χρησιμοποιούν τους ίδιους νευροδιαβιβαστές και τις ίδιες πεπτιδικές ορμόνες που υπάρχουν στον εγκέφαλο.

Δεν έχει διευκρινιστεί αν οι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν και προκαλούν έξαρση μιας πρωτογενούς σωματικής διαταραχής ή αν διαταράσσουν τη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου. Μελέτες έχουν δείξει ανώμαλους ηλεκτρικούς ρυθμούς στους λείους μύες του εντέρου και κινητική υπερδραστηριότητα στη διάρκεια βασικής καταγραφής, καθώς και κατά τη διάρκεια διάτασης του ορθού κατόπιν λήψεως τροφής ή ένεσης νεοσιγιμίνης.

Άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι ασθενείς με ευερέθιστο έντερο είναι πιο συχνά διαταραγμένοι ψυχολογικά σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό και με άτομα που πάσχουν από άλλες σωματικές νόσους. Το ψυχοκοινωνικό stress μπορεί να πυροδοτήσει τα γαστρεντερικά συμπτώματα ή να προκαλέσει έξαρση των εννοημάτων. Συχνά, στο ιστορικό των ασθενών, αναφέρεται θάνατος γονέα ή σωματική και σεξουαλική κακοποίηση. Επίσης, το ευερέθιστο έντερο βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με τον αριθμό των ημερών ανικανότητας και των ιατρικών επισκέψεων σε κλινικές. Συχνά οι ασθενείς με ευερέθιστο έντερο διαμορφώνουν συμπεριφορά πάσχοντα (illness behavior), ζητούν ιατρική βοήθεια και πραγματοποιούν πολλές ιατρικές επισκέψεις.

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η συνύπαρξη ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με ευερέθιστο έντερο έχει εντοπιστεί σε ποσοστό που κυμαίνεται από 54% ως 100% και αφορά κυρίως σε κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές.

Η σύγκριση ασθενών με ευερέθιστο έντερο και ασθενών με φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, με χρήση δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης, έδειξε ότι 93% των ασθενών με ευερέθιστο έντερο είχαν στη διάρκεια της ζωής τους ψυχική διαταραχή, ιδιαίτερα κατάθλιψη, διαταραχή σωματοποίησης, αγχώδη διαταραχή, κυρίως διαταραχή πανικού και φοβική διαταραχή. Αντίθετα μόνο το 21% των ασθενών με φλεγμονώδεις παθήσεις (νόσος του Crohn και ελκώδης κολίτιδα) παρουσίασαν την ίδια εικόνα. Κατόπιν τούτου, προτάθηκε για τη σύνδεση του ευερέθιστου εντέρου με ψυχική νόσο το «**σωματοψυχικό**» μοντέ-

λο, δηλαδή η ανάπτυξη ψυχικής νόσου ως αντίδρασης στο χρόνιο stress της σωματικής νόσου και το «**ψυχοσωματικό**» μοντέλο, δηλαδή το ευερέθιστο έντερο είναι επιφανόμενο ή σύμπτωμα ψυχικής διαταραχής.

ΤΟ ΣΩΜΑΤΟΨΥΧΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Το ενδεχόμενο η ψυχιατρική συμπτωματολογία να αποτελεί επακόλουθο της χρόνιας διαταραχής που προκαλεί το ευερέθιστο έντερο, όπως συμβαίνει με τον καρκίνο και τις ρευματοπάθειες, προϋποθέτει ότι το ευερέθιστο έντερο εκδηλώνεται πριν από την εμφάνιση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Ενώ δεν αποδεικνύεται από τη βιβλιογραφία ότι η εκδήλωση του ευερέθιστου εντέρου προηγείται των αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, άλλες χρόνιες παθήσεις του πεπτικού σωλήνα, όπως η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn, δεν συνοδεύονται από ανάλογη ψυχιατρική συμπτωματολογία. Ακόμη και η νόσος του Crohn με τη χρόνια πορεία της, τη χρήση φαρμάκων και τις χειρουργικές επεμβάσεις, οι οποίες συχνά την συνοδεύουν, εμφανίζει ψυχιατρική συμπτωματολογία σπανιότερα και πολύ ηπιότερη εκείνης που συνοδεύει το ευερέθιστο έντερο.

Ως συμπέρασμα προκύπτει ότι το μέγεθος και η βαρύτητα της ψυχικής νόσου δεν μπορεί να εξηγηθεί ως αποτέλεσμα του χρόνιου stress που προκαλεί η συνδρομή του ευερέθιστου εντέρου.

Το ευερέθιστο έντερο είναι αρκετά συχνό σε ασθενείς με ψυχική νόσο, ιδίως κατάθλιψη, διαταραχή γενικευμένου άγχους, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κοινωνική φοβία και διαταραχή μετατραυματικού stress. Τα συμπτώματα του ευερέθιστου εντέρου βελτιώθηκαν όταν οι ασθενείς θεραπεύτηκαν αποτελεσματικά από την ψυχική νόσο.

Εντούτοις, οι μελέτες για τους ψυχολογικούς παράγοντες του ευερέθιστου εντέρου δέχθηκαν αυστηρή κριτική. Λέχθηκε ότι έγιναν σε επιλεγμένους ασθενείς, δηλαδή σε εκείνους που παραπέμφθηκαν σε ειδικό, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν μια μειονότητα των ασθενών με ευερέθιστο έντερο, με μεγαλύτερη

πιθανότητα εκδήλωσης ψυχιατρικών συμπτωμάτων και παρουσίας βαρύτερης συμπτωματολογίας. Επιπλέον, η «συμπεριφορά πάσχοντος» (illness behavior), που προσδιορίζεται από τη συμπεριφορά αναζήτησης φροντίδας και τις συχνές ιατρικές επισκέψεις, έχει θεωρηθεί σημαντικός παράγοντας στην εκδήλωση και διατήρηση του ευερέθιστου έντερου, όπου οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να έχουν μικρή διαγνωστική αξία.

Σε συγκριτικές μελέτες έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς με ευερέθιστο έντερο έχουν υψηλότερους δείκτες ψυχοπαθολογίας άγχους, κατάθλιψης και νεύρωσης (μεγαλύτερη τάση να αντιδρούν με άγχος στο stress) σε σύγκριση με υγιείς. Ασθενείς με πεπτικό έλκος –μια ιδιαίτερα ψυχοσωματική νόσος– βρέθηκε να έχουν επίσης υψηλότερους δείκτες νεύρωσης και ψυχοπαθολογίας, αλλά, σε αντίθεση με τους ασθενείς με ευερέθιστο έντερο, δεν διέφεραν στους δείκτες κατάθλιψης σε σύγκριση με τους μάρτυρες.

Άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι ασθενείς με ευερέθιστο έντερο δεν διέφεραν από τους υγιείς στα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Βρέθηκε όμως μια υψηλή συσχέτιση μεταξύ των στρεσογόνων γεγονότων και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην ομάδα των υγιών, αλλά όχι των ασθενών με ευερέθιστο έντερο, ενδεικτικό πιθανώς ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν είναι μια αντίδραση στο stress, αλλά μπορεί να συνδέεται με το ευερέθιστο έντερο καθεαυτό. Επίσης, δεν διαπιστώθηκε σχέση μεταξύ χρονιότητας της νόσου και κατάθλιψης που μπορεί επίσης να υποδηλώνει ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν είναι επακόλουθο του stress της νόσου, αλλά μπορεί να συνδέεται άμεσα με το ευερέθιστο έντερο. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι μια υψηλή αναλογία ασθενών με ευερέθιστο έντερο ανέφεραν ότι η ψυχιατρική συμπτωματολογία προηγήθηκε της εκδήλωσης των γαστρεντερικών συμπτωμάτων

Το ενδεχόμενο το ευερέθιστο έντερο να αποτελεί δευτερογενή σωματική αντίδραση στην ψυχική νόσο προϋποθέτει ότι:

1. Τα ψυχολογικά συμπτώματα προηγούνται ή συμπίπτουν με την εκδήλωση των σωματικών συμπτωμάτων ή αποτελούν επιδείνωση συμπτωμάτων, τα οποία υπήρχαν και επιτείνονται με την ψυχική νόσο.

2. Η θεραπεία της υποκείμενης ψυχικής διαταραχής θα πρέπει να είναι αποτελεσματική στα συμπτώματα του ευερέθιστου εντέρου.

Οι μελέτες που διερεύνησαν τον χρόνο εμφάνισης τόσο των ψυχικών όσο και των γαστρεντερικών συμπτωμάτων, έδειξαν ότι η εκδήλωση των ψυχικών συμπτωμάτων προηγήθηκε της εκδήλωσης των γαστρεντερικών στην πλειονότητα των ασθενών με ευερέθιστο έντερο και σε χρόνο που κυμάνθηκε από λίγες εβδομάδες μέχρι πολλά χρόνια. Αν και πολλοί ασθενείς με ευερέθιστο έντερο φαίνεται να έχουν παράλληλη ψυχική διαταραχή, δεν προκύπτει ότι τούτο αποτελεί εκδήλωση οξείας ψυχικής νόσου. Οι ασθενείς με ευερέθιστο έντερο είχαν ταυτόχρονα έντονη δυσφορία και οι ερευνητές οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι είχαν εμβόλιμα επεισόδια άγχους και κατάθλιψης και ότι στα μεσοδιαστήματα διατηρούσαν υπολειμματική ψυχική δυσφορία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ψυχιατρικά συμπτώματα που προηγήθηκαν των γαστρεντερικών σε ασθενείς με ευερέθιστο έντερο

Διαταραχή πανικού	32%
Γενικευμένο άγχος	61%
Φοβική διαταραχή	54%
Μείζων κατάθλιψη	36%
Διαταραχή πανικού και άλλη αγχώδης διαταραχή	64%
Οτιδήποτε από τα παραπάνω	82%

(Walker et al., 1990)

Αν και έχει παρατηρηθεί υψηλή θεραπευτική απαντητικότητα στο εικονικό φάρμακο (placebo), τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αποδείχθηκαν σε πολλούς ασθενείς αποτελεσματικά στα σωματικά συμπτώματα και στον πόνο. Τα αγχολυτικά φάρμακα αποδείχθηκαν λιγότερο αποτελεσματικά, ενώ το αγχολυτικό αλπραζολάμη αποδείχθηκε αποτελεσματικό σε ασθενείς με ευερέθιστο έντερο με συνοδά συμπτώματα διαταραχής πανικού.

Σύμφωνα με τα παραπάνω και τη συσσωρευμένη από πολλές μελέτες γνώση ότι η κατάθλιψη είναι η περισσότερο συχνή και η πιο έγκυρη διάγνωση

μεταξύ των ασθενών με ευερέθιστο έντερο, η δυνατότητα τούτο να αντιπροσωπεύει καταθλιπτική διαταραχή με τη μορφή κλινικά διαγνώσιμης μείζονος κατάθλιψης ή συγκαλυμμένης κατάθλιψης μπορεί να υποστηριχθεί από πολλούς λόγους:

Η σωματοποίηση, η οποία συνυπάρχει συχνά με το ευερέθιστο έντερο μειώνει την αναγνώριση της κατάθλιψης και πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ένα μεγάλο ποσοστό καταθλιπτικών ασθενών εμφανίζουν αποκλειστικά σωματικά συμπτώματα. Τα ποικίλα σωματικά ενοκλήματα συνδέονται συχνά με καταθλιπτική διάθεση, ενώ συνάμα επίμονα σωματικά συμπτώματα χωρίς οργανική βάση αποτελούν συχνά τα συμπτώματα των καταθλιπτικών καταστάσεων. Η σωματοποίηση, δηλαδή η έκφραση με σωματικά συμπτώματα μιας συναισθηματικής δυσφορίας, δεν διαφοροποιεί διαταραχές με συναισθηματικές εκδηλώσεις και ελάχιστα διαφέρει από τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Κοινά γνωρίσματα ευερέθιστου εντέρου και κατάθλιψης

- Έναρξη από την εφηβεία, αυξημένη συχνότητα μεταξύ 20 και 40 ετών, αυξημένη συχνότητα μετά το 60ό έτος
- Ίδια συχνότητα στον πληθυσμό (10%-20%)
- Διπλάσια συχνότητα στις γυναίκες
- Χρόνια πορεία με εξάρσεις και υφέσεις
- Συχνή ψυχιατρική συννοσηρότητα
- Έκφραση ή συνύπαρξη με σωματικά συμπτώματα
- Αυξημένη ευαισθησία στον πόνο και στο ΓΕ σύστημα
- Ιστορικό σεξουαλικής βίας και άτυπων σωματικών συμπτωμάτων
- Η αντικαταθλιπτική θεραπεία αποτελεσματική

Ο όρος «συγκαλυμμένη κατάθλιψη» έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει μια καταθλιπτική διαταραχή στην οποία κυριαρχούν τα σωματικά συμπτώματα. Η συγκαλυμμένη κατάθλιψη έχει βρεθεί να αντιστοιχεί μέχρι και στο 50% των ασθενών που διαγνώστηκαν ως καταθλιπτικοί.

Μια πιθανή σύνδεση μεταξύ της διαταραχής πανικού και ευερέθιστου εντέρου έχει υποστηριχθεί από πολλές μελέτες. Αγχώδεις διαταραχές συχνά συνυπάρχουν με μείζονα κατάθλιψη και τα αγχώδη συμπτώματα φαίνεται να είναι ένα σημαντικό επιφαινόμενο της μείζονος κατάθλιψης. Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού απαντούν ευνοϊκά στην αντικαταθλιπτική θεραπεία και επίσης ασθενείς με διαταραχή πανικού και ευερέθιστο έντερο ανταποκρίνονται εντυπωσιακά γρήγορα στη φαρμακευτική θεραπεία της διαταραχής πανικού.

Οι ασθενείς με ευερέθιστο έντερο εκδηλώνουν, εκτός από γαστρεντερικά, μια ποικιλία άλλων σωματικών συμπτωμάτων, όπως κεφαλαλγία, ραχιαλγία, αδυναμία, κόπωση, μειωμένη ενεργητικότητα, διαταραχές του ύπνου, ζάλη, νευρικήτητα, δυσμηνόρροια, τα οποία είναι κοινά συμπτώματα καταθλιπτικών καταστάσεων. Επίσης, οι ασθενείς με ευερέθιστο έντερο αναφέρουν συχνότερα από ότι οι υγιείς, κεφαλαλγίες, στομαχαλγίες, κοιλιακούς πόνους όταν ήταν στην παιδική ηλικία, συχνότερες ιατρικές επισκέψεις, συχνότερες απουσίες από το σχολείο, βιώματα χωρισμών ή απωλειών. Παρόμοια στοιχεία δίνουν και οι ασθενείς με αγχώδεις και καταθλιπτικές καταστάσεις.

Γαστρεντερικά συμπτώματα, συχνά ανεξήγητα, αναφέρονται συχνά στον γενικό πληθυσμό και έχει βρεθεί ότι τα άτομα τα οποία αναφέρουν τέτοια συμπτώματα είναι περισσότερο πιθανό να έχουν ιστορικό μείζονος κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής σε σύγκριση με αυτούς που δεν αναφέρουν γαστρεντερικά συμπτώματα. Επίσης έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη και διαταραχή πανικού έχουν δύο ως τρεις φορές συχνότερα ιατρικά ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα σε σύγκριση με τους υγιείς, τα οποία ευθύνονται για το 50% περίπου των επισκέψεων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η συχνότητα της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών στη διάρκεια της ζωής σε δείγματα ασθενών με γαστρεντερικά συμπτώματα είναι σημαντική, αλλά χαμηλότερη εκείνης σε δείγματα ασθενών με σωματική νόσο.

Οι ασθενείς με ευερέθιστο έντερο έχει βρεθεί ότι έχουν βιώσει ανεπιθύμητα γεγονότα ζωής, ιδιαίτερα απώλειες ή εξόδους από τον κοινωνικό στίβο,

όπως συμβαίνει και σε ασθενείς με κατάθλιψη. Επίσης, η αποστέρηση ενός ή και των δύο γονίων στην παιδική ηλικία αποτελεί συχνό προηγούμενο στους ασθενείς με ευερέθιστο έντερο. Αυτό είναι σύμφωνο με την υπόθεση ότι επώδυνα γεγονότα ζωής, ιδιαίτερα χωρισμοί και απώλειες στην παιδική ηλικία, μπορεί να προκαλέσουν βιολογικές μεταβολές, οι οποίες προδιαθέτουν σε κατάθλιψη στην ώριμη ηλικία.

Αν το εξετάσουμε από επιδημιολογικής πλευράς, το ευερέθιστο έντερο προσβάλλει δύο φορές περισσότερο τις γυναίκες από τους άνδρες και συμπτώματα όπως αυτά του ευερέθιστου εντέρου παρουσιάζονται στο 10%-20% του γενικού πληθυσμού. Οι διαφορές στη συχνότητα εμφάνισης ευερέθιστου εντέρου στα δύο φύλα είναι οι ίδιες όπως και στην κατάθλιψη. Η επικράτηση του ευερέθιστου εντέρου στην κοινότητα είναι η ίδια με την επικράτηση της κατάθλιψης.

Η συμπεριφορά αναζήτησης φροντίδας (illness behavior), που έχει επισημανθεί ως ένα σημαντικό στοιχείο στην ανάπτυξη του ευερέθιστου εντέρου, μπορεί να αποτελεί έκφραση υποκείμενης κατάθλιψης, επειδή οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν τα πολλαπλά σωματικά συμπτώματα ως περισσότερο σοβαρά, ζητούν ιατρική βοήθεια και πραγματοποιούν συχνά ιατρικές επισκέψεις.

Η χρόνια πορεία του ευερέθιστου εντέρου με εξάρσεις και υφέσεις είναι παρόμοια με τη χρόνια πορεία της κατάθλιψης.

Το ενδεχόμενο, το ευερέθιστο έντερο να αποτελεί μια μορφή ή έκφραση ψυχικής νόσου, ιδιαίτερα κατάθλιψης, κερδίζει επιπλέον υποστήριξη από τα ευρήματα μελετών. Συνοπτικά, τα ψυχιατρικά συμπτώματα καθώς και τα πολλαπλά σωματικά ενοχλήματα, που συχνά προηγούνται της εκδήλωσης του ευερέθιστου εντέρου, θυμίζουν τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης.

Αν το ευερέθιστο έντερο αντιπροσωπεύει μια μορφή κατάθλιψης, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα θα πρέπει να είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπισή του. Πράγματι, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία τόσο των γαστρεντερικών, όσο και των ψυχολογικών συμπτωμάτων του ευερέθιστου εντέρου.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η θεραπεία περιλαμβάνει την αντιμετώπιση της σωματικής διαταραχής ή συνιστώσας από το γαστρεντερολόγο και της ψυχικής διαταραχής ή συνιστώσας από τον ψυχίατρο. Απαιτείται συνεργασία των δύο ειδικοτήτων.

Η συνεργασία με τον ψυχίατρο θα βοηθήσει επιπλέον στη διαμόρφωση ενός πληρέστερου νοσολογικού πλαισίου της συνδρομής, με την έννοια ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν σε έδαφος βιολογικής ευπάθειας και εκλύουν τη συνδρομή ή επηρεάζουν την πορεία της. Συχνά οι ασθενείς παραπονούνται για τα σωματικά τους ενοχλήματα και σπάνια αναφέρονται σε ψυχολογικά, όπως καταθλιπτική διάθεση, άγχος, μείωση του ενδιαφερόντων, αϋπνία κ.ά.

Η θεραπεία της συνυπάρχουσας ψυχικής νόσου από τον ψυχίατρο και η διόρθωση της παθολογικής προσαρμογής στα σωματικά συμπτώματα βοηθούν ουσιαστικά τον άρρωστο, ενώ ο γαστρεντερολόγος εξοικειώνεται με τον πολύπλευρο θεραπευτικό σχεδιασμό που περιλαμβάνει και ψυχιατρική θεραπεία. Επιπλέον, η σωματική θεραπεία βελτιώνει την κατάσταση του ασθενούς, ώστε να μπορεί επιτυχώς να συμμετέχει στην ψυχιατρική θεραπεία.

Σε έξαρση της συμπτωματολογίας του ευερέθιστου εντέρου, η σωματική θεραπεία αποτελεί την πρωταρχική θεραπεία, ενώ η ψυχιατρική θεραπεία περιορίζεται στην καταστολή του άγχους. Όταν η νόσος έχει χρόνια πορεία η ταυτόχρονη σωματική και ψυχιατρική θεραπεία είναι ιδιαίτερα επωφελείς. Ο ψυχίατρος βοηθάει τον γιατρό του σώματος στον χειρισμό των ασθενών ως προς τη χρήση των υπηρεσιών υγείας ώστε να αποφευχθεί η εγκατάσταση εξαρτητικής συμπεριφοράς. Η θεραπεία αποβλέπει στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, στη βελτίωση της σωματικής και της επαγγελματικής λειτουργικότητας του ατόμου, στην αποτροπή επιδείνωσης, στην αποφυγή επιπλοκών και στην καλύτερη προσαρμογή στη νόσο. Παρά τα πλεονεκτήματα της συνδυασμένης θεραπείας, με την οποία ο ασθενής δέχεται τη φροντίδα δύο ειδικών που καλύπτουν ο καθένας την αντίστοιχη πλευρά της απαιτούμενης θεραπείας, πολλοί γιατροί δεν δέχονται την ψυχιατρική συμμετοχή. Αυτό οφείλεται,

κυρίως, στην ανεπαρκή ψυχιατρική εκπαίδευση, στην αμφιβολία για την αποτελεσματικότητα της ψυχιατρικής θεραπείας, στον φόβο αντίδρασης των ασθενών όταν τους προταθεί ψυχιατρική παρέμβαση κ.ά. Ο γιατρός οφείλει να εξηγήσει στον ασθενή ότι η ψυχολογική του κατάσταση επηρεάζει την εκδήλωση, την πορεία και την έκβαση της νόσου του και ότι η συμβολή του ψυχιάτρου είναι απαραίτητη για την αντιμετώπισή της. Αυτό μπορεί να μειώσει την αρνητική στάση του η οποία πηγάζει από την αντίληψη του ψυχιατρικού στίγματος.

Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία. Έχει διαπιστωθεί ότι οι ψυχοφαρμακευτικές θεραπείες είναι αποτελεσματικές στους ασθενείς με ευερέθιστο έντερο με ή χωρίς συνυπάρχουσα διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή, ενώ η πλειονότητα των σωματικών θεραπειών είναι ελάχιστα αποτελεσματικότερες του εικονικού φαρμάκου (placebo). Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ιδίως τα νεότερα, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (παροξετίνη, φλουβοξαμίνη, σπαλοπράμη, σερατραλίνη και φλουοξετίνη) και οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (βενλαφαξίνη) έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά. Τα αγχολυτικά φάρμακα, κυρίως οι βενζοδιαζεπίνες, είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του άγχους, αλλά θα πρέπει να μην χορηγούνται για μακρά χρονικά διαστήματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Schuster MM., "Irritable bowel syndrome", in: Sleisenger MH, Fordran JS, eds. *Gastrointestinal Disease*, vol 76. 4th ed. New York, NY: Saunders, 1989, 1402-1418.

Drossman DA, Lowman BC., "Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment", *Clin Gastroenterol*, (1985), 14, 559-573.

Talley NJ, Boyce PM, Jones M., "Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome: a population-based study", *Gut*, (1997), 41, 394-398.

Whitehead W., Bosmajian L., Zorderman A. B., et al., "Psychologic distress associated with irritable bowel syndrome: comparison of community and medical clinic samples", *Gastroenterology*, (1988), 95,709-714.

Blanchard EB, Scharff L, Schwarz SP, et al., "The role of anxiety and depression in the irritable bowel syndrome", *Behav Res Ther*, (1990), 28, 401-405.

Walker EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ, et al., "Prevalence of psychiatric illness and irritable bowel syndrome: a comparison with inflammatory bowel disease", *Am J Psychiatry*, (1990), 147, 1656-1661.

Walker EA, Katon WJ, Jemelka RP, et al., "Comorbidity of gastrointestinal complaints, depression and anxiety in the Epidemiology Catchment area (ECA) study", *Am J Med*, (1992), 92 (suppl 1A), 26-30.

Christodoulou GN., Alevizos B. "Is the irritable bowel syndrome really psychosomatic?", in *Psychosomatic Medicine. Past and Future* G N Christodoulou (ed) Raven Press, 1987, 333-336.

Efremova I, Asnis G., "Antidepressants in depressed patients with irritable bowel syndrome", *Am J Psychiatry*, (1998), 155, 1627-1628.