

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ψυχοκοινωνικές παράμετροι της αντιμετώπισης ασθενούς με γαστρεντερικές διαταραχές

ΤΟ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η ανθρώπινη νόσος οφείλεται σε μια σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ κλινικών, βιολογικών, ψυχολογικών, και κοινωνικών παραμέτρων. Η κατανόηση εκ μέρους του κλινικού ιατρού αυτών των διαφορετικών αλλά αλληλοενεργούντων παραγόντων είναι μείζονος σημασίας στην επαρκή διάγνωση και αντιμετώπιση των γαστρεντερικών παθήσεων. Ένα μεγάλο τμήμα αυτού του εγχειριδίου ασχολείται με τις βιολογικές πλευρές των κλινικών διαταραχών του γαστρεντερικού και του ηπατικού συστήματος. Σε σχέση με τα βιολογικά δεδομένα, τα αποτελέσματα που προέρχονται από ψυχοκοινωνικές μελέτες είναι περισσότερο ποικίλα και συνεπώς πιο δύσκολο να ερμηνευθούν.

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Έχει περιγραφεί εκτενώς ότι άτομα προηγουμένως υγιή εμφανίζουν κοιλιακή δυσφορία και διαταραχές των συνηθειών του εντέρου σε περιόδους συναισθηματικής φόρτισης. Αυτό συσχετίζεται και με πειραματικές διατάξεις που δείχνουν μεταβολή της εντερικής αγγειοβρίθειας, έκκρισης, κινητικότητας, και αίσθησης του πόνου μετά από κατάλληλο ερεθισμό. Αυτοί οι ερεθισμοί μπορούν να τροποποιήσουν την συμπεριφορά ενός ατόμου, προκαλώντας εντυπωσιακές απαντήσεις του αυτόνομου ΝΣ και συναισθηματικές μεταβολές (αύξηση του άγχους). Αντίστροφα, πρωτοπαθείς διαταραχές της εντερικής λειτουργίας μπορούν να επιδράσουν σε δομές του κεντρικού νευρικού συστήματος που ρυθμίζουν το ανθρώπινο συναίσθημα, όπως ο κυανούς σχηματισμός. Ποικίλοι ερεθισμοί επιδρούν στην χυμική και κυτταρική ανοσία,

προκαλώντας ανάμεσα στα άλλα καθυστέρηση της αντιδραστικότητας σε μιτογόνα και αντιγόνα, ελαττωμένη λεμφοκυτταρική κυτταροτοξικότητα, και ελαττωμένη δευτερογενή υπερευαισθησία, αυξάνοντας δυνητικά την ευαισθησία ενός ατόμου σε φλεγμονώδεις ή λοιμώδεις παθήσεις.

Μεσολαβητές αυτών των επιδράσεων είναι αμφίδρομες, επικοινωνούσες οδοί που συνδέουν τα συναισθηματικά και αντιληπτικά κέντρα του εγκεφάλου με τον νευροενδοκρινικό άξονα, και το ανοσολογικό σύστημα με ειδικούς νευροεντερικούς νευροδιαβιβαστές. Έχει υποτεθεί ότι οι λειτουργικές εντερικές παθήσεις όπως η νόσος του ευερέθιστου εντέρου, οφείλονται σε απορρύθμιση αυτών των νευροεντερικών συστημάτων. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με νόσο του ευερέθιστου εντέρου παρουσιάζουν υπερβολική απαντητικότητα στην βράση τροφών, την ορμονική διέγερση, και την διάταση του αυλού. Ο ρόλος του κεντρικού νευρικού στην νόσο του ευερέθιστου εντέρου υποστηρίζεται και από την παρατήρηση ότι τα συμπτώματα εξαφανίζονται κατά την διάρκεια του ύπνου. Θεωρείται από κάποιους ότι ψυχοανοσολογικοί παράγοντες τροποποιούν την κλινική έκφραση της νόσου του ευερέθιστου εντέρου. Αν και δεν πυροδοτείται από ψυχοκοινωνικά ερεθίσματα, η απορρύθμιση της ανοσολογικής λειτουργίας μπορεί να παρατείνει ή να εξάρει φλεγμονώδεις ή λοιμώδεις καταστάσεις, προκαλώντας αδυναμία κάθαρσης ή καταστολής του ερεθίσματος που αρχικά κινητοποίησε την ανοσολογική απάντηση.

Η εμπειρία της ασθένειας

Μετά την επισημοποίηση μιας ασθένειας, τα οικογενειακά πιστεύω, οι ατομικές απόψεις, το παλαιότερο ιστορικό καταχρήσεων ή στρες, και οι εμπειρίες από παλαιότερες ασθένειες, επηρεάζουν την αντίδραση του ασθενούς απέναντι στη νέα νόσο και έχουν επίδραση επίσης επάνω στην βαρύτητα των συμπτωμάτων, το ψυχολογικό βάρος, την ποιότητα ζωής, και την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η προσοχή από τον ιατρό σε αυτές τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους προφανώς θα βελτιώσει την κλινική απάντηση του ασθενούς στην κατάλληλη θεραπεία που προσανατολίζεται στην βιολογική πάθηση. Συνεπώς πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για τον κλινικό ιατρό η εκτίμηση αυτών των μη-βιολογικών παραγόντων.

ΠΑΙΡΝΟΝΤΑΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΠΟ ΕΝΑΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΤΗ ΗΠΑΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η ιατρική συνέντευξη είναι η διαδικασία με την οποία ο ιατρός αποκτά τα αρχικά στοιχεία με τα οποία θα διαγνώσει, θα καθοδηγήσει την αντιμετώπιση, και θα κρίνει την πρόγνωση ενός νοσήματος του γαστρεντερικού σωλήνα ή του ήπατος. Ο ιατρός οφείλει να προσπαθήσει να κατανοήσει την πάθηση από την πλευρά του ασθενούς και έπειτα να οργανώσει μια παθολογική βάση αντιμετώπισης με κατηγορίες σχετικές με

τη νόσο, αλλά και σχετικές με την συμπεριφορά. Στην ιατρική συνέντευξη ο ιατρός πρέπει να χρησιμοποιεί εύκαμπτες τεχνικές, να κάνει ανοιχτές ερωτήσεις, ίδιαίτερα σε ασθενείς με ανεξήγητα ή χρόνια συμπτώματα, και να κρατά τις ευθείες ερωτήσεις για την αποσαφήνιση απαντήσεων ή για επείγουσες καταστάσεις όπου είναι σημαντική η άμεση παρέμβαση. Η ταυτόχρονη απόκτηση των ψυχοκοινωνικών και ιατρικών στοιχείων είναι αποτελεσματική, γιατί ο ασθενής συχνά δεν μπορεί να διαχωρίσει μεταξύ συναισθηματικής αντίδρασης στη νόσο και αυστηρά βιολογικών παραγόντων που προκαλούν κλινική εκδήλωση. Ακόμα περαιτέρω, η αντιμετώπιση της συναισθηματικής κατάστασης και των υποκείμενων προβληματισμών του ασθενούς συμβάλλουν στην θετική σχέση με τον παρέχοντα τις υπηρεσίες υγείας.

Όταν αποκτηθούν τα βιολογικά και κοινωνικά δεδομένα, θα πρέπει να εκτιμηθεί η συμβολή τους στην βιολογική έκφανση της νόσου. Ασθενείς με μακροχρόνια, ανεξήγητα συμπτώματα έχουν λιγότερες πιθανότητες να καταταχθούν υπό κάποια συγκεκριμένη διάγνωση, και συνεπώς σε αυτούς τους ασθενείς οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι πιο πιθανό να συμμετέχουν με έντονο τρόπο στην κλινική εκδήλωση της νόσου. Η συχνότητα εξωεντερικών συμπτωμάτων από έναν ασθενή με γαστρεντερική νόσο και ο αριθμός των επισκέψεών του σε υπηρεσίες υγείας είναι σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες της πιθανότητας διάγνωσης οργανικής νόσου και απάντησης σε ειδική φαρμακευτική ή χειρουργική αγωγή. Η ύπαρξη μιας πρόσφατης απώλειας ή το ιστορικό ενός φυσικού ή σεξουαλικού τραύματος στο πρόσφατο ή απότερο παρελθόν επηρεάζουν τον χρόνο παρουσίασης και την βαρύτητα των συμπτωμάτων. Τμήμα της ιατρικής συνέντευξης είναι και η κατανόηση από τον ιατρό του τι περιμένει ο ασθενής. Πολλοί ασθενείς με χρόνιες νόσους έχουν ουτοπικές προσδοκίες ίασης. Μερικά άτομα με επίμονα, αθεράπευτα συμπτώματα αποκτούν παθολογικές νοσηρές συμπεριφορές που παρατείνουν και επιτείνουν την συμπτωματολογία (π. χ. ανικανότητα δυσανάλογη της ανιχνεύσιμης πάθησης, μεταβίβαση της ευθύνης στον ιατρό, αίσθηση ότι οι άλλοι υποχρεούνται να τον φροντίζουν, αποφυγή υγιεινών δραστηριοτήτων, και συμπεριφορά που τονίζει τον ρόλο του ασθενούς).

Σε κάθε νόσο ο ιατρός καλείται να αποφασίσει αν και πόση παρέμβαση στην συμπεριφορά χρειάζεται. Σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, το ζήτημα τοποθετείται κατάλληλα με την εκτίμηση της επιρροής της πάθησης στην καθημερινή ζωή του ασθενούς. Είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη η τυχόν παράλληλη ύπαρξη ψυχιατρικής πάθησης, καθώς αυτές οι καταστάσεις εκδηλώνονται συνήθως διακριτικά. Επειδή η ψυχιατρική νόσος όμως μπορεί να μεταβάλλει τον τρόπο που ο ασθενής βιώνει την βιολογική του πάθηση, η κατάλληλη αγωγή της βιολογικής νόσου περιλαμβάνει και ψυχοφαρμακευτικούς παράγοντες (όπως αντικαταθλιπτικά), ή συμπεριφεριολογικές παρεμβάσεις που πρέπει να λαμβάνουν υπόψη δεδομένα κουλτούρας και εθνικής προέλευσης, τον

βαθμό της οικογενειακής υποστήριξης, και ατομικευμένους μηχανισμούς αντιμετωπίσεως των ψυχοκοινωνικών επιβαρύνσεων.

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το αρχικό βήμα σε κάθε θεραπευτική ψυχοκοινωνική παρέμβαση είναι η θεμελίωση της σχέσης θεραπεύομενου - θεραπεύοντα. Αυτό επιτυγχάνεται όταν ο ιατρός αποτιμά και εκτιμά τα πιστεύω, τις ανησυχίες, και τις προσδοκίες του ασθενούς, προσφέρει την συμπάθειά του όταν χρειάζεται, παρέχει τις γνώσεις του, αποσαφηνίζει παρανοήσεις, και τελικά αναπτύσσει ένα θεραπευτικό σχέδιο με την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς. Το διαγνωστικό σχέδιο πρέπει να οργανώνεται έτσι από τον κλινικό, ώστε να αποκλείει ή να ανιχνεύει οργανικά νοσήματα χωρίς την ανάγκη περιπτών διαγνωστικών πρακτικών, οι οποίες μπορούν να υπονομεύσουν την εμπιστοσύνη του ασθενούς στις ικανότητες του ιατρού. Όταν είναι κατάλληλο τόσο για τον ασθενή, όσο και για τον ιατρό, θα πρέπει να τίθεται το ζήτημα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.

Φαρμακοθεραπεία

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, εκτός από τον θεραπευτικό τους ρόλο στην μείζονα κατάθλιψη, είναι χρήσιμα και στην αντιμετώπιση χρόνιων αλγεινών συνδρόμων και των σχετιζόμενων νευροφυτικών συμπτωμάτων (π. χ. διαταραχές του ύπνου, ανορεξία, απώλεια βάρους, ελαττωμένο επίπεδο δραστηριότητας). Τα τρικυκλικά (αμιτριπτυλίνη, δοξεπίνη) ελέγχουν τον πόνο και επιπλέον είναι υπναγωγά αν δοθούν σε βραδινή ώρα. Η δεσιπραμίνη και η νορτριπτυλίνη έχουν λιγότερες κατασταλτικές και αντιχολινεργικές παρενέργειες, αλλά αντιμετωπίζουν επαρκώς το χρόνιο άλγος. Οι αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης φλουοξετίνη και σερτραλίνη έχουν λιγότερες παρενέργειες από τα τρικυκλικά, αλλά η επάρκειά τους στην αντιμετώπιση χρόνιων αλγεινών συνδρόμων δεν είναι τόσο σαφής. Οι δόσεις αυτών των παραγόντων πρέπει να αυξάνονται στα θεραπευτικά επίπεδα σταδιακά στο διάστημα 2 – 3 εβδομάδων και να διατηρούνται σε αυτά τα επίπεδα τουλάχιστον για 3 – 6 μήνες. Η ανεπαρκής δοσολογία φυσικά οδηγεί σε πτωχή κλινική ανταπόκριση.

Άλλοι ψυχότροποι φαρμακευτικοί παράγοντες που έχουν δοκιμαστεί σε γαστρεντερικές διαταραχές είναι οι βενζοδιαζεπίνες και νεότερα φάρμακα όπως η βουσπιρόνη, τα οποία έχουν αγχολυτική δράση, αλλά η χρησιμότητά τους δεν έχει αποδειχθεί. Μπορεί να προκαλέσουν συμπεριφορά εξάρτησης, και μπορεί ακόμη να επιδεινώσουν υποκείμενη κατάθλιψη. Τα μείζονα ηρεμιστικά ή νευροληπτικά (φαινοθειαζίνες και βουτυροφαινόνες) χρησιμοποιούνται συνήθως μόνο όταν υπάρχει διαταραχή της νόησης. Τα οπιούχα έχουν μικρό ή και καθόλου ρόλο στην αντιμετώπιση του χρόνιου κοιλιακού άλγους λόγω της πιθανότητας εξάρτησης.

Θεραπείες συμπεριφοράς

Οι θεραπείες συμπεριφοράς πραγματοποιούνται από ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσοκόμες, ή ιατρούς, και μπορούν να ελαττώσουν τα επίπεδα του άγχους και του πόνου, καθώς και να διδάξουν τους ασθενείς τρόπους προαγωγής της υγείας τους, και να τους δώσουν τον έλεγχο των θεραπευτικών προγραμμάτων. Τεχνικές χαλάρωσης, όπως η βιοανάδραση, ο διαλογισμός, και η αυτοεκπαίδευση, μπορούν να άρουν ερεθίσματα που συνεισφέρουν στην βιολογική νόσο. Στην βιοανάδραση, ο ασθενής παρακολουθεί την φυσιολογική δραστηριότητα, η οποία έπειτα μπορεί να τροποποιηθεί με την χρήση οπτικοακουστικών μέσων. Η τεχνική έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμη σε εντερικές διαταραχές όπως η ακράτεια κοπράνων και η ανθεκτική δυσκοιλιότητα. Η τροποποίηση της συμπεριφοράς μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με μακροχρόνια δυσπροσαρμοστική νοσηρή συμπεριφορά. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σε προγράμματα απεξάρτησης από ναρκωτικά και σε προγράμματα αντιμετώπισης σοβαρής δυσκοιλιότητας με επανεκπαίδευση του εντέρου.

Ψυχοδεραπεία

Η ψυχοθεραπεία έχει θέση στην αγωγή κάθε ασθενούς με αντιμετωπίσμη ψυχιατρική πάθηση, ή νόσο που επιδρά στην καθημερινή του ζωή, ή όταν ο ασθενής παρακινείται να αναλάβει τον έλεγχο της ψυχολογικής του λειτουργίας. Η μορφή της θεραπείας εξατομικεύεται : ενδοσκοπικές θεραπείες σε ψυχολογικά κατάλληλους ασθενείς, ομαδική θεραπεία σε όσους ωφελούνται από την δουλεία σε διαπροσωπικά ζητήματα, κριτικές παρεμβάσεις σε άτομα με ήπια, πρόσφατα, στρεσογόνα ερεθίσματα, και συμβουλευτική σε ασθενείς που η βιολογική τους πάθηση επηρεάζεται από οικογενειακά προβλήματα, ή προβλήματα γάμου.