
ABUZUL FIZIC ȘI SEXUAL ÎN PATOGENEZA TULBURĂRILOR FUNCȚIONALE DIGESTIVE

SIMONA GRAD, DAN L. DUMITRAȘCU

Clinica Medicală II, UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

Rezumat

În ultimii ani, în țările occidentale, s-au acumulat argumente epidemiologice și experimentale care pledează pentru implicarea evenimentelor negative provocate de abuzul fizic și sexual în patogeneza intestinului iritabil și al tulburărilor funcționale digestive în general. În țara noastră sunt insuficiente date pentru a evidenția această relație. Astfel, am efectuat un studiu pentru evaluarea prevalenței abuzului sexual la femeile cu intestin iritabil din România și evaluarea prevalenței intestinului iritabil la copii abuzați fizic și sexual. Din cele 125 de paciente investigate, doar una a recunoscut că a fost victima unui abuz sexual. Dintre 15 copii abuzați, 7 copii (46,6%) au îndeplinit criteriile Roma III. Se constată că abuzul sexual nu este frecvent raportat la femeile din România, spre deosebire de date din SUA și Europa de Vest, unde prevalența este de până la 40%. Prevalența intestinului iritabil la copii abuzați este similară cu datele descrise în literatura occidentală.

Cuvinte cheie: intestin iritabil, abuz fizic și sexual.

PSHYSICAL AND SEXUAL ABUSE IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS

Abstract

In recent years, in Western countries have accumulated epidemiological and experimental arguments for involvement of negative events caused by physical and sexual abuse in the pathogenesis of irritable bowel syndrome and other functional digestive disorders. There are no data in our area about the involvement of sexual abuse in pathogenesis of IBS.

The aim of this study was to look after sexual abuse in women with IBS and the prevalence of IBS in children with physical and sexual abuse. From 125 females investigated only one claim that she had “an undesired sexual contact”.

From 15 physical or sexual abused children, 7 children (46,6%) meet Rome III criteria for IBS.

The prevalence of sexual abuse in romanian women with IBS is under 1%, as opposed to data from the U.S.A and Western Europe – were the prevalence is about 40%. Romanian women did not report sexual abuse history. Prevalence of IBS in abused children is similar to that described in Western literature.

Keywords: irritable bowel syndrome, physical and sexual abuse.

Introducere

Tulburările funcționale gastrointestinale reprezintă o problemă curentă în practica medicală. Aproximativ 25-50% din consultații sunt oferite pacienților cu tulburări funcționale digestive [1].

Prin funcțional se înțelege lipsa modificărilor structurale sau metabolice care să determine simptome-

tologia bolii [2].

Factorii psihosociali sunt frecvent implicați în etiologia tulburărilor funcționale digestive, în special în intestinul iritabil. Dintre aceștia, amintim factori de personalitate (alexitimia), stresul, abuzul fizic și sexual, tulburări psihice (anxietatea, depresia, atacul de panică, fobiile) [1].

Prin abuz sexual se înțelege acțiunea prin care o persoană este angajată într-o relație sexuală la care ea/el

Adresa pentru corespondență: ddumitrascu@umfcluj.ro

nu a consimțit și este nepregătit/ă. Acesta include exhibiționism, mângâieri (dezmierdări), abuz prin atingere și violul [3,4].

În țările occidentale există un procent de 7-22 % de persoane abuzate în copilărie și 13-15% persoane adulte abuzate. Femeile sunt mult mai frecvent abuzate decât bărbații [5]. Deși asocierea dintre abuzul sexual și tulburările gastrointestinale a fost în general acceptată de lumea medicală, problemele legate de metodologie nu au permis o descriere completă a relației dintre abuz și tulburări gastrointestinale, comparativ cu alți factori psihosociali [6]. O altă problemă importantă este nerecunoașterea abuzului în practica clinică, doar 17% din femeile cu un istoric de abuz fiind identificate. Compararea prevalenței abuzului sexual în țările dezvoltate (Marea Britanie, SUA, Canada, Australia) raportat de agenții oficiale, cu cazurile de abuzuri sexuale auto-raportate, de părinți sau de victime, sugerează că doar unul din 10 cazuri de abuz sexual este recunoscut oficial [7].

Un studiu american a constatat că 20% dintre elevii de liceu au suferit agresiuni sexuale, dar numai 50% dintre aceștia au dezvăluit incidentul altcuiva [8]. Motivele pentru care aceste evenimente sunt nedeclarate includ teama de evaluări medicale, stigmatul social și dorința de intimitate [9].

În practica curentă abuzurile sexuale sunt mai frecvente la cei cu intestin iritabil, comparativ cu pacienții cu afecțiuni organice [10]. Deși există aceste dificultăți legate de metodologie, literatura oferă concluzii bine documentate. În primul rând, prevalențe crescute ale abuzului (30-56%) au fost raportate în diferite centre de referință din SUA și Europa și acestea sunt semnificativ mai mari decât în grupurile de pacienți sănătoși (tabel 1). În al doilea rând, frecvențe crescute de abuz în copilărie (aproximativ 50%) au fost raportate și la pacienți cu alte tulburări funcționale decât cele gastrointestinale (durere pelvină, cefalee, fibromialgie) și de asemenea în multe afecțiuni fizice și psihice ale adultului [11,12,13]. În al treilea rând, istoricul de abuz influențează evoluția acestor afecțiuni, astfel pacienții cu boli gastrointestinale prezintă dureri mai intense, tulburări psihice mai frecvente, afectări mai importante ale activității zilnice și consulturi medicale mai frecvente decât pacienții care nu au fost abuzați [10].

Din rezultatele unui studiu efectuat într-un centru medical din San Diego reiese că în cadrul pacienților cu intestin iritabil, abuzul sexual a fost în 24% din cazuri, abuzul fizic în 22 % din cazuri, iar abuzul emoțional în 35% din cazuri [14].

Intestinul iritabil este prototipul de boală funcțională digestivă care are la bază modelul biopsihosocial. Conform acestui model există factori predispozanți (bio): genetici, demografici și de mediu care pot conduce la manifestări sub influența factorilor psihosociali [15,16,17].

Drossman și colaboratorii au formulat anumiți factori specifici legați de aspectele fiziologice și psihosociale ale abuzului în bolile funcționale digestive:

- traumatismele repetate în zona pelvină activează receptorii nociceptivi, scad pragul de sensibilitate de la nivelul receptorilor viscerali, astfel cresc sensibilitatea abdominală/pelvină la durere;

- în urma unui abuz sexual, există pacienți care au sentimentul de vinovăție sau rușine, consideră organele sexuale ca "rele", ceea ce duce la disfuncție sexuală și dureri pelvine/abdominale;

- disfuncții în mecanismele de adaptare la stres (coping) pot produce tulburări în percepția bolii, ducând la comportamentul maladiv (chronic illness behavior). Aceasta este o caracteristică a pacienților care se simt mereu bolnavi, recurg frecvent și adesea nejustificat la serviciile medicale, lipsesc de la serviciu;

- asocierea abuzului sexual cu boli psihice, explică tendința spre somatizare a unor pacienți cu intestin iritabil [18].

Scarinci și colaboratorii au adus argumente în plus în ceea ce privește legătura între abuzul sexual și intestinul iritabil, evaluând psihologia și percepția durerii la paciențele cu dureri abdominale, demonstrând o percepție crescută și un mecanism alterat de adaptare la durere la aceste paciente. Femeile care au fost supuse unui abuz sexual sau fizic au mai frecvent și boli psihice. Autorii au concluzionat că durerile abdominale și tulburările psihice pot fi rezultatul unui abuz și în interacțiune cu factorii stresanți pot duce la o reacție exagerată la stimulii dureroși, la autoînvinuire, la mecanisme defectuoase de adaptare la stres [19].

Silverman și colaboratorii au determinat prin PET răspunsul SNC la distensia rectală, comparând pacienți cu intestin iritabil cu un lot de persoane sănătoase. S-a constatat că în urma distensiei rectale nu se activează cortexul cingular anterior, o zonă cu receptori opioizi, ca la persoanele sănătoase, ci dimpotrivă se activează cortexul prefrontal stîng, asociat cu hipervigilență și anxietate [20].

Abuzul sexual în România

În țara noastră sunt insuficiente date pentru a evidenția relația dintre abuzul sexual și patogeniza intestinului iritabil. Astfel, am efectuat un studiu pentru evaluarea prevalenței abuzului sexual la femeile cu intestin iritabil din România și evaluarea prevalenței intestinului iritabil la copii abuzați fizic și sexual.

Material - metode

În studiu s-au inclus un număr de 125 paciente cu intestin iritabil (diagnosticate conform criteriilor Roma III) care au completat chestionarul Leserman și 15 copii abuzați fizic și sexual (aflați într-un centru de îngrijire specializat din Cluj-Napoca) care au fost investigați cu chestionarul Roma III pentru intestin iritabil.

Rezultate

Din cele 125 de paciente investigate, doar una a recunoscut că a fost victima unui abuz sexual. Se constată că abuzul sexual nu este frecvent raportat la femeile din România, spre deosebire de date din SUA și Europa de Vest unde prevalența este de până la 40%.

Dintre 15 copii abuzați, 7 copii (46,6%) au îndeplinit criteriile Roma III. Prevalența intestinului iritabil la copii abuzați este similară cu datele descrise în literatura occidentală. Vom continua studiul și pe copii martori.

Discuții

Factorii psihologici și tulburările psihice au fost implicate în patogeneza intestinului iritabil, dar acest lucru rămâne controversat. După rezultatele studiilor lui Drossman, conform cărora abuzul sexual este implicat în patogeneza intestinului iritabil, a existat un interes tot mai mare în acest domeniu [4]. Unele studii au demonstrat că abuzul sexual este mai frecvent la pacienții cu intestin iritabil, comparativ cu pacienții cu boli organice. Studiile noastre nu au demonstrat acest aspect, deoarece femeile din România nu au raportat istoric de abuz fizic sau sexual.

Asocierea dintre abuz și intestinul iritabil în popu-

lația generală pare să fie explicată în parte prin neuroticism și morbiditate psihologică. O relație de cauzalitate ar fi faptul că abuzul duce la expresia neuroticismului, care, la rândul său, duce la intestin iritabil [21].

Prevalența abuzului sexual este mult subestimată, numai unul din 10 cazuri de abuz sexual este recunoscut oficial [5]. De obicei pacienții nu se plâng de abuz sexual în antecedente, astfel medicii nu află de acest lucru. De aceea, medicii de familie, gastroenterologii, ginecologii și psihiatrii trebuie să țină cont de legătura dintre un istoric de abuz sexual sau fizic și tulburările funcționale sau durerile pelvine cronice. Ei trebuie să investigheze mai amănunțit acest aspect, în special la pacienții cu tulburări funcționale digestive.

Psihoterapia poate fi acordată pacienților abuzați și îmbunătățește pe termen lung simptomatologia tulburărilor funcționale digestive.

Concluzii

Datele noastre demonstrează diferențe privind efectul stresului legat de abuz în patogeneza intestinului iritabil. Astfel, din cauza diferențelor culturale, cifrele publicate în țările occidentale nu au putut fi reproduse la o populație de femei cu intestin iritabil din România.

Tabel 1. Prevalența istoricului de abuz la pacienții cu tulburări funcționale gastrointestinale, din cadrul studiilor caz-martor.

Studiu	Subiecți	Prevalența istoricului de abuz sexual	Comentarii
Drossman 1990	206 femei Centrul terțiar de asistență medicală	Viol – 31% boli fc dig, 18% afecțiuni organice Toate tipurile de abuz – 53% tulburări funcționale	Rate de răspuns joase; Recunoașterea abuzului de către medici scăzută.
Drossman 1996	506 femei Centrul terțiar de asistență medicală	Abuz sexual sever – 33% boli fc dig vs 20% afecțiuni GI organice (37% vs 23% pentru abuz fizic amenințător de viață)	Istoric detaliat al abuzului. Abuzul-predictor important al evoluției bolii.
Talley 1995	440 boli fc dig 557 afecțiuni organice GI	22% boli fc digestive 16% afecțiuni organice GI	Pacienții cu istoric de abuz raportează mai frecvent simptome ale intestinului iritabil.
Walker 1993	28 II (intestin iritabil) 19 Boală inflam intestin (BII)	32% II 0% BII	Numărul simptomelor medicale neexplicate, depresia și anxietatea au diferențiat abuzul de non-abuz.
Delvaux 1997	196 II 135 afecțiuni organice 200 boli oftalmologice	20% II 10% tulburări organice GI 5% boli oftalmologice	
Scarinici	13 BRGE 26 Durere noncardiacă (DNC) 11 II	BRGE 92% II 82% DNC 27%	Pacienții abuzați au un prag de percepție al durerii mai scăzut și mai frecvente tulburări funcționale, psihiatrice și alte tulburări dureroase.
Heitkemper 2001	167 II 86 martori	Două grupuri 46% II vs 21% martori și 26% II vs 10% martori	Abuzul nu a fost asociat cu tulburări GI sau cu tulburări psihologice provocate. Simptomele psihologice au fost crescute numai la cei cu abuz atât în copilărie, cât și în viața adultă.
Ali 2000	25 II 25 BII Centrul terțiar	Atingerea 44% II, 18% BII Violul 34% II, 14% BII	Nu a existat asociere între abuz și depresie.
Longstreth 1993	1264 (organizații de menținere a sănătății)	51% II (simptome severe) 25% II (simptome moderate) 12% martori sănătoși	Alte simptome decât cele GI, istoric de intervenții chirurgicale – mai frecvente la cei abuzați.

Bibliografie

1. Sleisenger and Fordtran's. Irritable Bowel Syndrome. Gastrointestinal and Liver disease. Vol 2. 2006, 2633-2646.
2. Dumitrașcu D. Sindromul de intestin iritabil; Tratatul de gastroenterologie. Ed Medicală Națională, București, 2001, 45-59.
3. Kellogg, N. The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics 2005; 116:506.
4. Kempe, CH. Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. Pediatrics 1978; 62:382.
5. Leserman J, Drossman DA. Sexual and physical abuse history and medical practice Gen Hosp Psychiatry 1995;17:71-74.
6. Drossman DA; Talley NJ, Olden KW et al. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness: review and recommendations. Ann Intern Med 1995; 123:782-94.
7. Gilbert, R, Widom, CS, Browne, K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 2009; 373:68.
8. Bechtel, K, Podrazik, M. Evaluation of the adolescent rape victim. Pediatr Clin North Am 1999; 46:809.
9. Poirier, MP. Care of the female adolescent rape victim. Pediatr Emerg Care 2002; 18:53.
10. Toner B, Chang L, Fukudo S, Guthrie E, Locke RG, Norton N, Sperber AD. Gender, age, society, culture and the perspective, in: Drossman DA et al. Rome III. Functional gastrointestinal disorders, Third Edition, Degnon Associates, McLean Virginia, 2007: 232-294
11. Creed FD, Craig T, Farmer RG. Functional abdominal pain, psychiatric illness and life events. Gut 1988; 29:235-42.
12. Whitehead WE, Crowell MD, Robinson JC et al. Effects of stressful life events on bowel symptoms: Subjects with irritable bowel syndrome compared to subjects without bowel dysfunction. Gut 1992;33:825-30
13. Naliboff BD, Mayer M, Fass R et al. The effect of life stress on symptoms of heartburn. Psychosom Med 2004;66:426-34.
14. Longstreth GF, Wolde-Tsadik G. Irritable bowel-type symptoms in HMO examinees: prevalence, demographics, and clinical correlates. Dig Dis Sci 1993;38:1581-1589.
15. Ohman L, Simren M. New insights into the pathogenesis and pathophysiology of irritable bowel syndrome. Dig Liver Dis 2007; 39:201-215.
16. Wilhelmsen I. Brain-gut axis as an example of the bio-psycho-social model. Gut 2000 Dec; 47 Suppl 4; 5-7.
17. Drossman DA. Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model [editorial]. J Clin Gastroenterol 1996;22:252-254.
18. Drossman DA. Physical and sexual abuse and gastrointestinal illness: what is the link? Am J Med 1994;97:105-107.
19. Scarinci IC, McDonald-Haile J, Bradley LA, Richter JE. Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse: a preliminary model. Am J Med 1994;97:108-118.
20. Silverman DHS, Munakata JA, Ennes H, Mandelkern MA, Hoh CK, Mayer EA. Regional cerebral activity in normal and pathological perception of visceral pain. Gastroenterology 1997;112:64-72.
21. Talley NJ, Boyce PM, Jones M. Is the association between irritable bowel syndrome and abuse explained by neuroticism? A population based study Gut. 1998;42:47-53.