

ABORDAREA PSIHO-SOMATICĂ A BOLILOR DIGESTIVE LA COPIL

Ana-Maria Ciubara¹, Gabriela Păduraru², Anuța Ignat², Amalia Constantin²,
Smaranda Diaconescu², V.V. Lupu², M. Burlea²

¹Disciplina Psihiatrie, UMF „Gr. T. Popa”, Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola, Iași

²Disciplina Pediatrie, UMF „Gr. T. Popa”, Clinica V Pediatrie-Gastroenterologie,
Spitalul Clinic de Urgențe pentru Copii „Sfânta Maria”, Iași

REZUMAT

Bolile psihosomatice sunt acele afecțiuni medicale a căror apariție și/sau evoluție este determinată, în mod semnificativ, de factori psihologici. Principalele tulburări digestive în care factorul psihosomatic este prevalent sunt: afecțiunile gastroduodenale, esofagitele corozive, constipația, encompresis, diareea emoțională, sindromul colonului iritabil, rectocolita ulcerosă și boala Crohn. Conduita terapeutică se bazează pe strânsa colaborare dintre psiholog și pediatrul gastroenterolog. Psihoterapia de susținere este necesară pentru completarea medicației. Copilul trebuie să primească suport emoțional și ajutat să își înțeleagă sentimentele față de situația de boală traversată. Medicul trebuie să realizeze o relație de încredere, să dezvolte o atitudine empatică, onestă și deschisă în relațiile cu copiii.

Cuvinte cheie: psihosomatic, gastroenterologie, copil

Bolile psihosomatice sunt acele afecțiuni medicale a căror apariție și/sau evoluție este determinată, în mod semnificativ, de factori psihologici. Cu toate că, în principiu, orice afecțiune este influențată într-o oarecare măsură de factorii psihologici, există un număr de afecțiuni descrise în medicina psihosomatică clasică, pentru care această legătură este determinantă. (1)

Ideea că este imposibil să se despartă sănătatea corpului de cea a minții a fost exprimată încă de timpuriu în „Cartea lui Iov”. (2)

Platon a formulat acest punct de vedere în Charmides: „Vindecarea multor boli este necunoscută doctorilor Greciei, deoarece ei neglijează întregul, care trebuie, de asemenea, studiat, pentru că partea nu se poate simți bine dacă întregul nu se simte bine”. (2)

Sunt bine cunoscute structurile contrastante ale școlii lui Hipocrate din Kos, bazată pe concepțiile dinamic, umoral și psihosomatic, precum și școala din Knidos cu viziune mecanică și organică.

C.G. Jung (2005) afirma că „funcționări defecuoase ale sufletului pot duce la importante tulburări ale corpului, după cum, în mod reciproc, o afecțiune fizică poate antrena o suferință a sufletului”. Pentru C.G. Jung „corpul și sufletul nu sunt principii distincte, ci ele constituie mai curând o singură și aceeași viață” și, din acest motiv, rareori se întâmplă ca o boală fizică să nu aibă o complicație morală, precum și, în mod invers, o suferință fizică să nu fie determinată de cauze psihice (3).

Pornind de la aceste prime intuiții, prin colaborarea dintre psihologi și medici, au fost identificate în timp o serie de boli la care factorul psihogen este prevalent fie în debutul bolii, fie în menținerea ei, boli denumite psihosomatice. De fapt, termenul de *psihosomatic*, referindu-se la unitatea *psyche – soma*, acoperă actualmente un registru larg și heterogen de afecțiuni: tulburările somatoforme, factori psihologici ce afectează o condiție medicală generală sau afecțiunile psihosomatice.

Adresa de corespondență:

Dr. V.V. Lupu, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Str. Universității nr.16, Cod 700115, Iași

e-mail: valeriolupu@yahoo.com

Reacțiile psihosomatice apar în situațiile deosebit de stresante și dispar de obicei când încetează situația care a declanșat factorul determinant.

Tulburările psihosomatice au caractere diferite și pot fi clasificate în următoarele grupuri:

- *Simptome de conversiune* – constau într-un răspuns somatic secundar și dezvoltarea unui conflict nevrotic (ex: paralizia isterică, parestezia, orbirea, surditatea psihogenă, vomismente, senzații de durere);
- *Sindroamele funcționale* – implică tulburări funcționale ale anumitor organe și sisteme, constituie sechele la o anumită funcție organic afectată;
- *Tulburări psihosomatice* – se bazează pe existența unei reacții fizice, conflictuală sau de stres, însoțită de leziuni de țesut demonstrate morfologic și de punerea în evidență a unor modificări organice. Afectarea unui organ este legată de o predispoziție. (ex: astmul bronșic, colita ulcerativă, artrita reumatoidă, ulcerul duodenal, anorexia).

Cercetarea psihosomatică a arătat că emoțiile joacă un rol semnificativ în apariția afecțiunilor gastrointestinale și nutriționale și au o natură cu totul specifică. Acestea sunt centrate în jurul aspirației după siguranță și protecție. Pentru a le obține, cei mai mulți pacienți adoptă o cale regresivă, urmând un complex comportamental infantil. Fox constată existența unui strâns raport între tulburările gastrointestinale și dezvoltarea emoțională din prima copilărie (4).

Mulți copii nu sunt capabili să facă față cerințelor la care sunt supuși și apelează în condiții de stres la mecanisme de apărare regresive. Fondul experiențelor emoționale în afecțiunile gastrointestinale este mai mult mascat decât explicitat: numai simptomele fizice rămân vizibile (5). Dacă simptomul sau organul vizat este în cele din urmă vindecat prin mijloace medicale sau chirurgicale, atunci simptomele psihice ca anxietatea, depresia sau viciul, devin de obicei manifeste. (1)

Utilizând o abordare fenomenologică, s-a considerat că unii factori emoționali sunt generatorii simptomelor gastrointestinale la copil: dificultate în apucarea obiectelor (stomatită, afecțiuni ale gingiilor), dificultate în a înghiți ceva (tulburări de deglutiție), stări de dezgust sau repulsie (anorexie, greață, vomă, malnutriție), indigestie mintală cronică, dificultate de a stăpâni ceva (dispepsie, enterocolită, colon iritabil), incapacitatea de a se despărți de ceva (constipație cronică), dorința de a scăpa de ceva (diaree cronică). (5)

Conflictul psihologic care modifică semnificativ funcția somatică este semnul distinctiv al tulburărilor psihosomatice. Orice fel de stres emoțional poate fi asociat cu orice tip de tulburare psihosomatică la un copil sau adolescent (6).

Principalele tulburări gastrointestinale la care factorul psihosomatic este prevalent fie în debutul bolii, fie în menținerea lor, sunt: *afecțiunile gastro-duodenale, esofagitele corozive, constipația, diareea emoțională, sindromul colonului iritabil, rectocolita ulceroasă și Boala Crohn.*

Afecțiunile gastroduodenale – Glatzel a descris ulcerația peptică ca fiind consecința anumitor situații de stres la persoane predispuse să reacționeze prin tulburări somatice ale tractului gastrointestinal, pe baza structurii personalității și a experienței lor de viață din trecut. (6,14)

Funcțiile gastrice, motricitatea, fluxul sanguin și secreția acidă sunt strâns legate de activitatea proceselor nervoase suprapuse ca și de *starea emoțională dominantă*. De exemplu, agresivitatea și resentimentul accelerează timpii digestiei, în timp ce anxietatea și emoțiile puternice au un efect contrar. Pe de altă parte, anxietatea, dorința irealizabilă de a fugi, gândurile depresive determină hipoclorhidrie și dismotilitate la nivel gastric. Anxietatea cronică și stările conflictuale ce produc reacții ostile și tendințe agresive favorizează hiperaciditatea, iar dacă persistă, produc modificări ale mucoasei, așa cum se întâmplă în gastrite (7).

Atât tulburările fizice, cât și cele psihice pot produce stări de anxietate care, la rândul lor, influențează sistemul nervos, dând naștere la spasm și tensiune, ceea ce completează cercul vicios al simptomelor. O mucoasă care a suferit modificări în acest sens devine vulnerabilă la leziuni, o traumă ușoară poate cauza o foarte mică eroziune cu evoluție rapidă spre ulcer.

Tipurilor active și pasive de pacienți cu ulcer duodenal li s-a acordat multă atenție în literatura de specialitate.

Dispoziția fundamentală a *tipului de pacienți pasivi* este depresia. Ulcerațiile apar când dorințele conștiente sau inconștiente legate de această dependență suferă un eșec. De primă importanță la pacientul cu ulcer aparținând tipului pasiv este teama inconștientă de a pierde îngrijirea și protecția oferite de mamă. Este o frică ce duce la tensiune constantă. Orice îndoială, cum ar fi absența unei priviri afectuoase, poate precipita anxietatea. Aceeași reacție poate totuși să fie produsă de teama de figura autoritară a tatălui. Strategia copiilor se concentrează pe dorința de a fi protejați. În general

acești pacienți provin din familii supraorganizate, cu o mamă hiperprotectivă.

Tipul pacienților hiperactivi se caracterizează prin faptul că aceștia încearcă să supună dorința lor și continuă să fie frustrați. Sunt persoane active, chiar agresive, care își asumă răspunderi. Pentru acești pacienți, succesul este singura formă de securitate (7).

Factorii psihogeni sunt deseori dificil de cuantificat, dar portretul psihologic al unui copil ulceros ar include: *personalitate introvertită, anxietate, perfecționism și relații minime familiale și sociale*. Au mai fost citate *stresul școlar* important, precum și *dispariția unuia din părinți* într-un interval de 12 luni anterior apariției ulcerului.

Pe de altă parte, stresul psihic ar putea fi implicat și în alterarea răspunsului imun la *H. pylori*. Există studii care evidențiază o creștere a numărului de ulcere diagnosticate în rândul populațiilor afectate de catastrofe naturale sau provocate de om. În acest sens, se pare că stresul emoțional ar precipita apariția bolii la indivizii *H. pylori – pozitivi* și ar favoriza dezvoltarea ulcerului la cei cu nivel scăzut al infecției sau *H. pylori – negativi* (8,19).

Esofagitele corozive sunt întâlnite în special la copilul de 1-3 ani care, accidental, ingerează soluție de sodă caustică (leșie) în perioada când este „cercețator”.

Sentimentul de culpabilitate al părinților (neglijența) și spitalizările lungi și repetate ale copiilor, la care se adaugă agresivitatea manoperelor medicale instrumentale, sunt elemente care induc disfuncții uneori profunde ale relației copilului cu familia. Copilul devine trist, irascibil, introvertit, cu dificultăți de alimentație și reintegrare familială. Apar tulburări de somn. Pe lângă aceste manifestări psiho-somatice, se adaugă și denutriția legată de dificultatea de alimentare, anemia carențială (9).

În funcție de circumstanțele în care au avut loc intoxicațiile, trăirile psihologice pot fi: sentimentul de vinovăție, autoînvinovățire, sentiment de revoltă, aparența nedreptății, negație mentală retroactivă, frica generalizată pentru urmări și pentru posibile repetări chiar inconștiente, ajungându-se astfel la stări de anxietate. Gastroenterologii apreciază că o abordare psihosomatică a acestor disfuncții este pozitivă în planul terapeutic. Rolul psihologului și deseori al psihiatrului este esențial. O apropiere de pacient, de psihismul său, contribuie la efectele medicației sau manevrelor medicale corectoare (4).

Constipația cronică este o afecțiune frecventă și larg răspândită. Apare de obicei la pacienții anxioși și deprimați, introvertiți (9). Constipația la copilul mic capătă o componentă psihică indusă de durerea

la defecație. Copilul amână momentul și evoluția se face către encompresis, astfel încât apare un cerc vicios ce agravează simptomatologia.

În literatură sunt citate următoarele corelații psihosomatice cu constipația cronică: reacția de protest, încercarea de retenție, reținerea anxioasă, anxietatea și apărarea în fața unor situații dificile. (10) Constipația în prima copilărie trebuie privită ca o reacție de protest, în particular împotriva instruirii exagerate pentru însușirea deprinderilor igienice.

Encompresisul este predominant la sexul masculin și afectează 1% dintre copiii în vârstă de 5 ani. Este mai frecvent observat la cei care provin din medii socio-economice defavorizate. Substratul organic este rareori găsit (9). Afecțiunea indică o tulburare emoțională serioasă și este adesea asociată cu constipația cronică sau megacolon psihogen. Frecvența și performanța școlară pot fi afectate, deoarece copilul devine ținta disprețului colegilor. Simptomele necesită frecvent intervenția psihoterapeutică asupra copilului și familiei.

Diareea emoțională este una dintre cele mai întâlnite tulburări funcționale ale intestinului. Este asociată cu hipermotilitatea colonului și constă în tulburări de tranzit intestinal. Modificările pot fi însoțite de perturbări autonome atipice. Cauzele de fond ale crizelor sunt de obicei situațiile producătoare de neliniște și supraîncordare (10). Personalitatea copilului pare să fie marcată de frica de autoritate și de un sentiment de dependență neajutorată. Impresia de a fi supus unor cerințe excesive, alături de sentimentul de slăbiciune, sunt compensate de o dorință exagerată de prețuire și de succes.

Sindromul colonului iritabil – peste jumătate din pacienții cu această afecțiune se adresează medicului din cauza simptomatologiei digestive cu un caracter complex, caracterizată prin dureri difuze, colicative, alternanță între constipație și diaree, meteorism. Toate simptomele pot fi agravate de situații emoționale și de stres. Diagnosticul pozitiv este în general unul de excludere. (11) Profilul personalității acestor pacienți este neomogen, deși pare să inducă o tendință către transformarea obsesiv-compulsivă a trăirilor emoționale când există o structură de substrat depresivă. A fost remarcat, de asemenea, nivelul ridicat de anxietate la acești pacienți. (11).

Rectocolita ulcerativă și Boala Crohn – evoluția acestor entități poate fi severă, cu episoade de remisiune alternând cu perioade de acutizare. Etiologia ambelor afecțiuni nu este clară, deși cauzele bacteriene, virale și imunologice sugerează că aceste boli sunt variante ale unor procese comune fiziopatologice fundamentale.

Pacienții provin de obicei din familii cu relații structurate simbiotic, în care sentimentele sunt rar discutate. Stima de sine este slabă, iar copiii sunt foarte sensibili la eșec. Caracteristic acestor pacienți sunt infantilismul, reacțiile depresive, narcisismul și agresiunea inhibată. Le lipsește experiența și comportarea agresivă conștientă. Bolnavii își reduc orice formă de afectivitate și, în consecință, sunt incapabili să facă față pierderilor sau despărțirilor.

S-a emis ipoteza că pacienții cu boală Crohn pot fi deosebiți de cei cu colită ulcerativă prin considerații fenomenologice (4). În timp ce copiii cu rectocolită părăsesc mediul familial relativ târziu și mențin structura simbiotică a relațiilor, cei cu boala Crohn au tendința să se despartă de părinți la vârste timpurii și demonstrează o capacitate apreciabilă de introspecție. Ambele tipuri de pacienți evită disputele și sunt incapabili să-și stăpânească sentimentele (12).

Impactul general al bolii este adesea reflectat în prezența copilului și performanța la școală și activitățile extracuriculare. În evaluarea clinică a acestor pacienți o atenție deosebită trebuie acordată statusului lor psihologic. Deși problemele emoționale nu determină niciodată o influență directă asupra cursului afecțiunii, ele exacerbează în mod clar simptomele copilului (12). Psihoterapia de susținere este necesară pentru completarea medicației. Acești copii suportă spitalizări repetate, tratamente cronice medicamentoase cu efecte adverse sistemice, regim igienico-dietetic special ce nu le permite să se integreze normal în colectivități. Condiția generală a pacientului este nesatisfăcătoare, iar atitudinea este regresivă.

Baza dialogului de consolidare a relației medic-pacient este audierea atentă, sfătuirea activă. Din cauza puternicei lor nevoi de autonomie, pacienții cu boală Crohn par să respingă sau să întrerupă tratamentul mai mult decât cei cu colită ulcerativă. Colaborarea medicinei interne cu psihoterapia pare să prelungească perioadele dintre recidive, să scurteze episoadele de exacerbare, să reducă durerile și să fie utilă reintegrării sociale a pacientului (13).

În fața unui pacient psihosomatic este necesar ca atitudinea terapeutică să înceapă prin ascultare atentă, concentrare și acompaniere în relatarea suferinței sale.

Acompanierea empatică crește rezonanța pacientului la terapie și îl mobilizează în procesul de refacere, resemnificare, reevaluare a trăirilor sale psihologice (8).

Pornind de la premiza că în fiecare persoană există o *funcție sanogenetică* care așteaptă să fie reactivată, la copil, comparativ cu adultul, această

funcție poate fi mai ușor accesată prin faptul că rezistențele și mecanismele lor de apărare nu sunt foarte puternice. Copilul trebuie să primească suport emoțional și să fie ajutat să își înțeleagă sentimentele față de situația de boală traversată. Medicul trebuie să realizeze o relație de încredere, să dezvolte o atitudine empatică, onestă și deschisă în relațiile cu copiii (7).

Cele mai importante obiective terapeutice urmărite de medic/psiholog sunt cele vizând: reducerea anxietății, depresiei și, în general, a afectelor negative; facilitarea conștientizării și a exprimării propriilor afecte, îmbogățirea vieții imaginative, diferențierea senzațiilor de sentimente; ameliorarea funcționării personale și autonomiei, în ciuda bolii somatice; ameliorarea relaționării în familie, grup social, grup profesional – diminuarea afectelor negative acumulate; ameliorarea imaginii de sine, inclusiv a imaginii corporale; modificarea comportamentelor nefavorabile sănătății; restructurarea cognițiilor eronate generatoare ale acestor comportamente. (14)

La pacienții psihosomatici și-au dovedit eficiența și *tehnicile de biofeedback și cele de relaxare* în creșterea stării de bine corporale și în diminuarea anxietății (14). Este necesar să se acționeze „de la caz la caz” în ceea ce privește metodele psihoterapeutice utilizate, luându-se în considerare tipul de personalitate a bolnavului, factorii psihotraumatizanti și circumstanțele în care s-a dezvoltat afecțiunea respectivă (15,16).

Activitatea psihoterapeutică trebuie să fie bine condusă, după un program riguros respectat. Ședințele nu trebuie să fie obositoare, ci să aibă caracterul de stimulent pentru bolnav. Nu sunt vizate „simptomele somatice”, ci factorii conflictuali, frustrările și complexe ideoafective (17,18).

Intervenția psihoterapeutică trebuie dublată, cel puțin în etapa de debut, de cea medicamentoasă propusă de medicul specialist. O intervenție medicală eficientă poate duce la reducerea simptomelor disfuncționale pentru ca, apoi, psihoterapia să permită diminuarea sau eliminarea cauzelor psihogene și consolidarea stării de sănătate. (17,18)

Numai o abordare interdisciplinară, obținută prin colaborarea dintre medic, psiholog și psihiatru, poate asigura succesul pe termen lung în tratamentul tulburărilor gastrointestinale cu fond psihosomatic la copii.

CONCLUZII

Conflictul psihologic care modifică semnificativ funcția somatică este semnul distinctiv al tulburărilor

psihosomatice. Orice fel de stres emoțional poate fi asociat cu orice tip de tulburare psihosomatică la un copil sau adolescent. Tulburările gastrointestinale se asociază cu trăsături regresive pronunțate, stări care au prezentat o creștere vizibilă în ultimii ani. Dacă simptomul sau organul vizat este în cele din

urmă vindecat prin mijloace medicale sau chirurgicale, simptomele psihice ca anxietatea, depresia sau viciul devin de obicei manifeste, astfel încât rolul psihologului și deseori al psihiatrului este esențial.

Psychosomatic approaches to digestive diseases in children

Ana-Maria Ciubara¹, Gabriela Păduraru², Anuța Ignat², Amalia Constantin²,
Smaranda Diaconescu², V.V. Lupu², M. Burlea²

¹Department of Psychiatry, “Gr. T. Popa” University of Medicine and Pharmacy,
Romania; “Socola” Clinical Psychiatric Hospital, Iasi

²Pediatrics Department, UMF “Gr. T. Popa”, V-th Clinic of Pediatrics, “St. Mary”
Clinical Emergency Children’s Hospital, Iasi

ABSTRACT

Psychosomatic diseases refer to those medical affections whose appearance and/or evolution is significantly influenced by psychological factors. The main digestive disorders in which the psychosomatic factor is prevalent are: gastroduodenal affections, corrosive esophagitis, constipation, encopresis, emotional diarrhoea, irritable bowel syndrome, ulcerative rectocolitis and Crohn’s disease. The management is based on collaboration between the psychologist and the pediatric gastroenterologist. Supportive psychotherapy is necessary for completing medication. Child should receive emotional support and be helped to understand their feelings about the situation of the disease. The doctor must create a relationship based on trust, develop an attitude that shows empathy, honesty and openness towards children.

Key words: psychosomatic, gastroenterology, child

Psychosomatic diseases refer to those medical affections whose appearance and/or evolution is significantly influenced by psychological factors. Although, in principle, any disease is influenced to some extent by psychological factors, there are a number of conditions described in classical psychosomatic medicine, for which this connection is essential.(1)

The idea that it is impossible to separate the health of the body from that of the mind was expressed very early in the “Book of Iov”. (2)

Plato also formulated this point of view in Char-
mides: “The cure of many diseases is unknown to the physicians of Hellas, because they are ignorant of the whole, which ought to be studied also; for the part can never be well unless the whole is.”(2)

The contrasting structures of the Hippocratic School of Kos are well known, based on dynamic

concepts, humoral and psychosomatic and Knidos School with mechanical and organic vision.

C.G. Jung (2005) stated that the “*imperfect functioning of the soul may lead to significant disorders of the body just as, reciprocally, a physical affection may entail an ailment of the soul*”. For C. G. Jung “*the body and the soul are not distinct principles, but represent the one and the same life*” and, as a result, it rarely occurs that a physical disease is not accompanied by a moral complication, and conversely, a physical suffering is often determined by psychic causes.(3)

Starting from these preliminary intuitions, through the cooperation of psychologists and physicians, a series of diseases was identified for which the psychogenic factor prevails, either at the beginning of the disease, or throughout its evolution. These diseases are known as psychosomatic dis-

eases. In fact, the term *psychosomatic*, referring to the psyche-soma unity, actually covers a broad and heterogeneous range of affections: somatoform disorders, psychological factors affecting a general medical condition or psychosomatic affections. Psychosomatic reactions occur in very stressful situations and usually disappear when the situation that triggered the determining factor ends.

Psychosomatic disorders have different characters and can be classified into the following groups:

1. *Conversion symptoms* – consist of a secondary somatic response and the development of a neurotic conflict (eg: hysterical paralysis, paresthesia, blindness, psychogenic deafness, vomiting, sensations of pain);
2. *Functional syndromes* – involve functional disorders of certain organs and systems, are sequels to an organic affected function;
3. *Psychosomatic disorders* – are based on a physical, conflicting or stress-triggered reaction, accompanied by tissue lesions, demonstrated morphologically, and by the highlighting of organic changes. Organ damage is related to a predisposition (eg: asthma, ulcerative colitis, rheumatoid arthritis, duodenal ulcer, anorexia).

Psychosomatic research has shown that emotions play a significant role in the appearance of gastrointestinal and nutritional affections, and have specific characteristics. These are centered on the need for safety and protection, and in order to obtain them, the vast majority of patients adopt a regressive path, following an infantile behavioural complex. Fox observes the existence of a tight relation between gastrointestinal disorders and the emotional development of the first childhood.(4)

Many children are not capable of coping with what they are required to do and rely, under stress conditions, to regressive defence mechanisms. The stock of emotional experiences in gastrointestinal affections is much more hidden than explained: only the physical symptoms remain visible.(5) If the envisaged symptom or organ is finally cured by medical or surgical means, then psychic symptoms such as anxiety, depression or vice usually become evident.(1)

By using a phenomenological approach, it was considered that a series of emotional factors generate the child's gastrointestinal symptoms: difficulty in grasping objects (stomatitis, affections of the gums), difficulty in swallowing (deglutition disorders), states of disgust or repulsion (anorexia, nausea, vomiting, malnutrition), chronic mental in-

digestion, difficulty in mastering something (dyspepsia, colenteritis, irritable bowel), the incapacity to separate from something (chronic constipation), the desire to get rid of something (chronic diarrhea). (5)

The psychological conflict significantly altering the somatic function is the distinctive sign of psychosomatic disorders. Any form of emotional stress may be associated to any type of psychosomatic disorder in a child or teenager.(6)

As follows, we shall briefly describe the main gastrointestinal disorders where the psychosomatic factor prevails either in the debut of the disease throughout its evolution, namely in: gastroduodenal affections, corrosive esophagitis, constipation, emotional diarrhea, irritable bowel syndrome, ulcerous recto-colitis and Crohn's Disease.

Gastroduodenal affections – Glatzel described peptic ulceration as being the consequence of particular stressful situations in persons predisposed to react through somatic disorders of the gastrointestinal tract, on the basis of their personality and past life experience. (6,14)

The gastric functions, motility, blood flux and acid secretion are intimately related both to the activity of the overlapped nervous processes and to the dominant emotional state. For instance, aggressiveness and hard feelings accelerate the passage of food through the stomach, whereas anxiety and strong emotions produce pyloric spasm and slow its passage. On the other hand, anxiety, the irresistible desire to escape, depressive thoughts reduce chloride acid secretion, the motility and blood afflux of the stomach. Moreover, chronic anxiety and states of conflict producing hostile reactions and aggressive tendencies increase gastric acid secretion, and if persistent, produce alterations of the mucous membrane, as in gastritis. (7)

Both genuine and imaginary disorders may produce states of anxiety which in their turn influence the nervous system, producing spasm and tension, thus completing the vicious circle of symptoms. A mucous membrane that suffered alterations in this respect becomes vulnerable to lesions; a slight trauma may cause very small erosion, which, through contact with the gastric juices may lead to the formation of ulcer.

Active and passive types of patients with duodenal ulcer have been dealt with extensively in the specialised literature.

Depression is the fundamental state of being of the *passive type of patient*. Ulcerations appear when conscious or unconscious desires related to this dependency fail. Of utmost importance for the passi-

ve type patient is the unconscious fear of losing the care and protection provided by the mother. It is a fear leading to constant tension. Any doubt, such as the absence of an affectionate look, may precipitate anxiety. Nevertheless, the same reaction may be caused by the father's patriarchal authoritarian figure. All their strategy concentrates on the desire to be protected. Generally speaking, these patients originate from super-organized families, with a hyper-protective mother. They are led by the need for protective love even with regard to the choice of a life partner. Male teenagers displaying this type of ulcer often look for a mother figure in their girlfriend.

The type of hyperactive patients is characterized by the fact that they try to repress their desires and thus continue to be frustrated. They are active persons, even aggressive, they take responsibilities. For these patients, success is the only form of security. (7)

Psychogenic factors are sometimes difficult to quantify, but the psychological portrait of an ulcerous child would include: introverted personality, anxiety, perfectionism and minimal familial and social relations. Significant school stress as well as the disappearance of one of the parents was quoted within a period of 12 months before the appearance of the ulcer.

On the other hand, psychic stress may be involved in the alteration of the immune response to *H. pylori*. There are studies highlighting an increase of the number of ulcers diagnosed at the populations affected by natural or man-made catastrophes. In this respect, it seems that emotional stress may precipitate the appearance of the disease in *H. pylori* – *positive* individuals and would favour the development of ulcer at those with a decreased level of the infection or *H. pylori* - *negative*. (8, 19)

Corrosive esophagites are met in the 1 to 3 year-old child, who accidentally swallows caustic soda solution (lye wash) during the time when they are a 'searcher'.

The parents' feeling of guilt (negligence) and the children's long and repeated hospitalizations, accompanied by the aggressiveness of the medical interventions are elements that sometimes induce profound dysfunctions in the child's relationship with his family. The child becomes sad, irascible, introverted, revealing nutrition and familial reintegration difficulties. To these psychosomatic manifestations, one may add denutrition related to the eating difficulty, deficiency-based anaemia. (9)

Depending on the circumstances in which intoxications occur, psychological experiences may fall

into the following categories: the feeling of guilt, self-condemnation, the feeling of rebellion, a sense of injustice, retroactive mental negation, generalized fear of consequences and of unconscious repetitions, thus leading to states of anxiety. Gastroenterologists believe that a psychosomatic approach to these dysfunctions is positive so far as treatment is concerned. The psychologist's, and often the psychiatrist's role is essential. Close contact with the patient and with their psyche may often be an effective corrective medical manoeuvre. (4)

Chronic constipation is a frequent and widespread affection. It usually appears at anxious or depressed patients who seem careless, but are, as a matter of fact, tense. (9)

Constipation in the 1 to 4 year-old child acquires a psychic dimension induced by the pain upon defecation. The child postpones the moment of defecation which leads to encopresis and to a vicious circle, because the child is afraid to defecate due to the pain, which aggravates the symptomatology.

The specialised literature mentions the following psychosomatic correlations with chronic constipation: reaction of protest, attempt at retention, anxious retention, anxiety and defence when confronted with a series of difficult situations. (10) Constipation during early childhood must be regarded as a reaction of protest, particularly against the exaggerated teachings to acquire hygienic skills.

Encopresis is predominant in males and affects 1% of 5-year old children. It is more frequently observed in children from disadvantaged socio-economic backgrounds. Organic underlying conditions are rarely found. (9) Encopresis indicates a severe emotional disorder. It is often associated with chronic constipation or psychogenic mega-colon. School attendance and performance may be affected because the child becomes the target of his/her peers' derisions. The symptoms frequently require the psychotherapeutic treatment of the child and their family.

Emotional diarrhea is one of the most frequent functional disorders of the intestines. It is associated with the hyper-motility of the colon and consists in the alternation of diarrhoea and constipation. The disorder may be accompanied by atypical autonomous perturbations. The background causes of the crises are usually the situations producing anxiety and over-tenseness. (10) The child's personality seems to be marked by the fear of authority and by a feeling of helpless dependency. The impression of being subject to a series of excessive requests, accompanied by the feeling of weakness,

is compensated by an exaggerated desire for appreciation and success.

Irritable colon syndrome – more than half of the patients with this affection refer to the physician as a result of the digestive symptoms that are complex in nature and characterized by diffuse, colicative pains, alternation of episodes of constipation and diarrhoea, meteorism. All symptoms may be worsened by emotional and stressful situations. The positive diagnosis is generally one of exclusion.(11) The personality profile of these patients is not homogenous, although it seems to indicate a tendency towards the obsessive-compulsive transformation of emotional experiences when there is a depressive disposition. An increased level of anxiety was also noticed in these patients. (11)

Ulcerative colitis and Crohn's Disease – the evolution of these inflammatory diseases may be severe with episodes of remission alternating with episodes of acutisation. The aetiology of both diseases is not clear, although bacterial, viral and immunological causes suggest that they are variants of a series of common fundamental physical pathological processes.

The patients usually come from families with symbiotically structured relationships, where feelings are rarely discussed. Self-esteem is weak and they are extremely sensitive to failure. These patients are characterized by infantilism, depressive reactions, narcissism and inhibited aggression. They lack experience and conscious aggressive conduct. Patients reduce any form of affectivity and are consequently incapable to cope with losses or break-ups.

There is a hypothesis according to which patients with Crohn's disease may be distinguished from patients with ulcerative colitis, by means of phenomenological considerations. (4) While children with rectocolitis leave their familial environment relatively late and maintain the symbiotic structure of relationships, those with Crohn's disease tend to separate from their parents at an early age and demonstrate a notable capacity of introspection. Both types of patients avoid disputes and are incapable to restrain their feelings. (12) The overall impact of the disease is often reflected in the child's presence and performance in school and extracurricular activities. In the clinical evaluation of these patients, consideration should be given to their psychological status. Although emotional problems never cause nor directly affect the course of the disease, they clearly exacerbate the child's symptoms. (12) Supportive psychotherapy is necessary for completing medication. These children undergo re-

peated hospitalizations, chronic medication with systemic side effects, and a hygienic - dietary regime which do not allow them to integrate themselves into their communities. The patient's general condition is not satisfactory, and their attitude is regressive.

The basis of the dialogue to consolidate the doctor-patient relationship is represented by the careful listening and activecounselling. Because of their strong needs for autonomy, patients with Crohn's disease seem to reject or discontinue the treatment more than those with ulcerative colitis. The collaboration between internal medicine and psychotherapy seems to extend the periods between relapses, shorten episodes of exacerbation, reduce pain and be useful to the social reintegration of the patient.(13)

When treating a psychosomatic patient, the therapeutic approach ought to begin by careful listening, concentration and empathy with the account of their suffering.

Empathic accompaniment increases the patient's response to therapy and supports him in the process of recovery, re-signification, re-evaluation of his inner psychological experiences and feelings. (8) Starting from the premise that each person has a sanogenetic function waiting to be reactivated, in children, unlike in adults, this function may be easily accessed due to the fact that resistances and their defence mechanisms are not that strong. Accordingly, the child must receive emotional support and must be helped to understand his/her feelings towards the type of disease experienced. The physician has to establish a trustful relationship, to develop an empathic, honest and opened attitude in his or her interactions with children.(7)

The most important therapeutic objectives pursued by the physician/psychologist are: to reduce anxiety, depression and, in general, negative affects; to facilitate self-awareness and the voicing of their own feelings, to enrich imaginative life, to distinguish sensations from feelings; to improve personal functioning and autonomy in spite of the somatic disease; to improve family, social and professional relationships to reduce the cumulated negative affects; to improve self-perception, including the perception pertaining to bodily image; to alter behaviours detrimental to health; to restructure the erroneous cognitions generating these behaviours. (14)

In psychosomatic patients, *the techniques of biofeedback and the relaxation techniques* proved their efficiency in increasing the patients' good bodily state and in reducing anxiety. (14) It is necessary to act on a case-by-case basis, with regard

to the psychotherapeutic methods used. One should take into account the psycho-traumatic factors and the circumstances in which the respective affection developed. (15, 16)

The psychotherapeutic activity must be conducted according to a rigorously observed schedule. Meetings must not be tiring but stimulating for the patient. It is not the "somatic symptoms" that are targeted, but rather the factors generating conflict, the patient's frustrations and their idea-affective complexes. (17, 18).

The psychotherapeutic intervention must be accompanied, at least in the initial stage, by the drug therapeutic scheme set forward by the consultant. An efficient medical intervention may lead to the reduction in dysfunctional symptoms, to the decrease or elimination of physiological causes, so that, afterwards, psychotherapy may permit the reduction or elimination of the psychogenic causes, and the consolidation of the health condition. (17, 18)

Only an interdisciplinary approach achieved through the cooperation between the physician and the psychologist may ensure the long-term success in the treatment of children's gastrointestinal psychosomatic disorders.

CONCLUSIONS

Psychological conflict which significantly alters somatic function is the hallmark of psychosomatic disorders. Any emotional stress may be associated with any type of psychosomatic disorder in a child or adolescent. Gastrointestinal disorders are associated with pronounced regressive traits, conditions that have increased visibly in recent years. If the symptom or the body concerned is finally cured by medical or surgical means, psychiatric symptoms like anxiety, depression or addiction usually become manifest, so that the role of the psychologist or of the psychiatrist is often essential.

REFERENCES

1. **Baban A.** – Stresul în sănătate și boală, Ed. Cluj- Napoca, 1992
2. **Vătămanu N., Brătescu G.** – O istorie a medicinei, Editura Albatros, București, 1975
3. **Jung C.G.** – Opere complete. Vol. 3, Psihogeneza bolilor spiritului, Editura Trei, București, 2005
4. **Luban-Plozza, Poldinger W., Kroger F.** – Boli psihosomatice în practica medicală, Editura Medicală, București, 1996
5. **Dahlke R.** – Boala ca șansă, Ed. Trei, București, 2008
6. **Cain J.** – Psihanaliza și psihosomatica, Editura Trei, 1998
7. **Bleijenberg G., & Hermans-Van Wordragen R.** – Terapia comportamentală în cazul acuzelor funcționale abdominale: *Revista Gedragstherapie* Vol. 22, decembrie 1989.
8. **Enachescu C.** – Tratat de psihanaliză și psihoterapie, Ed. Polirom, Iași, 2003
9. **Iamandescu I.B.** – Elemente de psihosomatică generală și aplicată, Ed. Infomedica, București, 1999
10. **Williamson D.A., Kelley M.L., Cavell T.A., și Prather R.C.** – Tulburări de eliminare și tulburări de alimentație. New York, 1987
11. **Walker E.A., Roy-Byrne P.P., Katon W.J.** – Afecțiuni psihice și sindromul de colon iritabil: *American Journal of Psychiatry* Vol. 147, 1990
12. **Berger M.** – Aspecte psihosomatice ale bolii Crohn la copii, *Revista Acta Psychiatrica Belgica* Vol. 79, iulie-august 1979
13. **Vallis T.M., Leddin D.** – Dificultățile întâmpinate de pacienții cu boală Crohn în gestionarea bolii. Rolul factorilor psihosociali: *Jurnalul de Psihologie Clinică* Vol. 11 (4) decembrie 2004
14. **Iamandescu I.B.** – Stresul psihic din perspectiva psihologică și psihosomatică, Ed. Infomedica, București, 2002
15. **Latimer P.R.** – Abordări biofeedback și comportamentale pentru tulburări ale tractului gastro-intestinal: *Revista Psihoterapie și psihosomatică* Vol. 36 (3-4) 1981.
16. **Eysenck H., Eysenck M.** – Descifrarea comportamentului uman, Ed. Teora, București, 1998;
17. **McNulty C., Freeman E., Delaney B.** – Helicobacter pylori de testare & strategie pentru tratarea dispepsie: un studiu calitativ de explorare a barierelor și cum pot fi depășite: *Family Practice* Vol. 23 (2) aprilie 2006.
18. **Vasilescu A.** – De la concept la terapie în bolile psihosomatice, *Revista Psihiatru*, Nr. 14, oct.2008;
19. **Smaranda Diaconescu** – Boala ulceroasa a copilului și adolescentului. Editura Performantica, Iași 2011, ISBN 978-973-730-808-5