



הבדיקות שלי תקינות, אז למה הבטן משתוללת? טיפול CBT בתסמונת המעי הרגיש

אפי גיל

מגדירים את תסמונת המעי הרגיש כהפרעת מעי תפקודית שבה כאבי בטן חוזרים קשורים לצואה או לשינוי בהרגלי המעי. הרגלי המעי אינם סדירים ומופיעים כעצירות, שלשול או תערובת של עצירות ושלשול יחד עם תחושות נפחות בטן, תחושות של התרוקנות חלקית וריבוי גזים. הופעת התסמינים צריכה להופיע לפחות 6 חודשים לפני האבחון, והתסמינים צריכים להיות קיימים במהלך 3 החודשים האחרונים (Brian et al, 2017).

הגורמים לתסמונת המעי הרגיש

הגורמים לתסמונת המעי הרגיש אינם ברורים לחלוטין, אך לחוקרים בתחום יש מספר תאוריות בנוגע לגורמים המעורבים, ובהם:

- גורמים גנטיים.
- רגישות יתר של המעי הגס למזון, גז או צואה במעי.
- שינויים הורמונליים (מעל 70% מהסובלים מתסמונת המעי הרגיש הן נשים).
- מעורבות של המוליך העצבי סרטונין (הסובלים משלשולים בעלי רמות סרטונין גבוהות במעי, והסובלים מעצירות בעלי רמות סרטונין נמוכות במעי).
- תגובתיות יתר של המעי לגורמים שונים כגון אכילה, מתח, עוררות רגשית, דלקות במערכת העיכול, מחזור הווסת או גזים.
- שיבוש בתקשורת הדו-כיוונית בין המוח למעי (ציר מוח-מעי) המובילים לשינויים בתנועתיות ובתחושה במעי.
- שינויים בהרכב חיידקי המעי.

המודל הביופסיכוסוציאלי בתסמונת המעי הרגיש

המודל הביופסיכוסוציאלי הוצע לראשונה על ידי החוקר דרוסמן (Drossman, 1998). מודל זה מדגיש אינטראקציות בין ביולוגיה (כגון נטייה גנטית, הפרעה בתנועתיות המעי, גורמים דלקתיים במעי), התנהגות (כגון נטייה להימנעות), תהליכים קוגניטיביים (כגון קשיים בוויסות עצמי ונטייה לחרדה) וסביבה (כגון אירועי חיים מלחיצים). הגורם המרכזי במודל זה, התורם להחמרה בתסמינים, הוא ציר מוח-מעי. ציר מוח-מעי מתייחס לתקשורת הדו-

לפני יותר מאלפיים שנים טען היפוקרטס כי "כל המחלות מתחילות במעיים". נראה כי היפוקרטס צדק במשהו, למרות שלא כל המחלות מתחילות במעיים. מערכת העיכול מעורבת בתהליכים מטבוליים רבים כמו גם בתהליכים קוגניטיביים ורגשיים. אחת ההפרעות הנפוצות ביותר המערבת הן את מערכת העיכול והן תהליכים נפשיים היא תסמונת המעי הרגיש (תמ"ר, IBS). מדובר בהפרעה תפקודית כרונית במערכת העיכול המאופיינת בכאבי בטן, נפחות, שינויים בהרגלי היציאות, שלשולים, עצירויות או שלשולים ועצירויות לסירוגין (Spiller et al., 2007).

הערכת שכיחות תסמונת המעי הרגיש באוכלוסייה המערבית נאמדת בכ-10-20 אחוזים מהאוכלוסייה. השכיחות הגבוהה יותר היא בנשים (פי שלושה לערך), מסיבות שיכולות להיות קשורות למבנה רגשי או מצב הורמונלי. ההערכה היא כי כ-50% מן הפניות למרפאות גסטרואנטרולוגיות נובעות מתסמיני תסמונת המעי הרגיש (Hillila & Farkkila, 2004).

מטופלים רבים מדווחים על אכזבה מהטיפול הרפואי והתרופתי בהם... המטופלים נוטים להרגיש שהם לא נלקחים ברצינות ומתויגים כנוירוטיים ולא אמינים על ידי המערכת הרפואית

כאשר מטופל פונה לרופא בשל כאבי בטן חוזרים ויציאות מוגברות, הוא יישלח לסדרת בדיקות רפואיות (כגון בדיקות צואה, צילומי קיבה, גסטרוסקופיה, קולונוסקופיה, CT). מאחר שלא קיימים פגמים פיזיולוגיים או כימיים עקביים, האבחנה הקלינית של תסמונת המעי הרגיש תתבסס על שלילת מחלות אורגניות אחרות כגון קרוהן או קוליטיס כיבית, טפילי מעיים ואי־סבילות לגלוטן, ועל דיווח סובייקטיבי של המטופלים והערכתם בקריטריונים אשר נקראים "קריטריוני רומא". קריטריונים אלו

אלו משפיעים על תנועתיות המעי ומגבירים את תפיסת הכאב (Posserud, et al., 2004).

מצוקה נלווית בתסמונת המעי הרגיש

כ־50% מהמטופלים בתסמונת המעי הרגיש מדווחים על תסמינים סומטיים ונפשיים נוספים: 20%-65% סובלים מפיבורומיאליגיה, 36%-63% סובלים מתסמונת התשישות הכרונית, 6%-70% סובלים מתסמינים דיכאוניים כולל תשישות, שינה ואובדן תיאבון, 5%-50% סובלים מחרדה כולל עצבנות, דאגנות והתקפי פאניקה, ו־8%-36% סובלים מהפרעות טראומה כגון הפרעת דחק פוסט־טראומטית (Hausteiner-Wiehle, Henningsen, 2014).

הטיפול הרפואי בתסמונת המעי הרגיש

הגורמים לתסמונת המעי הרגיש אינם ידועים בוודאות והטיפול מתמקד בניהול התסמינים יותר מאשר בניסיון להשיג ריפוי מלא. הטיפול התרופתי יכול לכלול תרופות למניעת שלשולים, תרופות למניעת עצירות, תרופות להפחתת כאב, תרופות נוגדות דיכאון והמלצות לשינויים תזונתיים.

רופאים ומטופלים רבים חשים תסכול מרמת השיפור המושגת באמצעות טיפול רפואי סטנדרטי, והדבר ככל הנראה מוביל מטופלים רבים לחפש אחר טיפול אלטרנטיבי לתסמינים. מחקרים הראו כי 20%-50% מן המטופלים נעזרים בשירותי רפואה משלימה (Koloski, Talley, Huskic & Boyce, 2003).

התמודדות המטופלים עם תסמונת המעי הרגיש

מטופלים עם תסמונת המעי הרגיש חשים לעיתים קרובות תסכול בשל חוסר היכולת לצפות, למנוע או לשלוט בתסמיני התסמונת. חוסר הוודאות בנוגע להופעת התסמינים מוביל מטופלים רבים לבדיקה האם יש שירותים בסמוך למקום הימצאם ולתכנון מוקדם של סדר יומם. בנוסף, קיימת תחושת חוסר שליטה, ואמירות כגון "הבטן שלי שולטת בחיי" נפוצות.

מבחינה חברתית, מטופלים רבים חשים בידוד חברתי, גם בהשוואה למצבים כרוניים אחרים. הדיון על הרגלי מעיים אינו מקובל חברתית ומוביל לתחושות מבוכה אישית ולהסתרה הן מפני קרובי משפחה וחברים ואף מפני נותני השירות במערכת הרפואית. החשש מפני סטיגמה חברתית יכול להוביל לקשיים ביצירת מערכות יחסים אינטימיות, להתנהגויות של הימנעות ונסיגה ממצבים חברתיים, ולהגביר בכך עוד יותר את תחושות הבידוד החברתי (Halpert, 2018).

תפיסת הרופאים את המטופלים עם תסמונת המעי הרגיש

בהשוואה למטופליהם, הרופאים נוטים להמעיט בחומרת תסמונת המעי הרגיש ובהשפעתה על איכות חיי המטופלים. התסמינים

כיוונית המורכבת בין המוח למעי. מערכת העצבים הבטנית מתקשרת ישירות עם המוח דרך נתיבים עצביים רבים. מתח נפשי בצירוף גורמים פסיכולוגיים נוספים יכולים להשפיע ישירות על תפקוד הבטן דרך מסלולים אלו (למשל להגביר תנועתיות במעי ולהגביר את רמת הכאב), ובכך להגביר תסמינים של תסמונת המעי הרגיש.

מחקרים הוכיחו כי טיפול פסיכולוגי יעיל הן בהפחתת כאב והן בשיפור תנועתיות מערכת העיכול ושיפור איכות החיים

רגישות יתר ולחץ נפשי

רגישות ויסרלית (רגישות האיברים הפנימיים של הבטן) היא אחת התכונות הבולטות של תסמונת המעי הרגיש. מדובר בנטייה מוגברת לחוות כאב או אי־נוחות בבטן גם כאשר תפקוד המעיים תקין. לחולי תסמונת המעי הרגיש סיבולת כאב נמוכה בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, ומערכת העצבים שלהם שולחת איתותי כאב מוגברים גם כאשר תפקוד מערכת העיכול תקין. כתוצאה מכך, גם הצטברות גזים נורמטיבית או התכווצות שרירים קלה במעי יכולים להיחוות בצורת כאב רב.



דרכי העיכול רגישות מאוד להשפעות של לחץ נפשי. ללחץ נפשי תרומה רבה לקשיים בוויסות ציר מוח־מעיים, ומחקרים הראו כי לחץ נפשי מגביר את תסמיני תסמונת המעי הרגיש. לחץ נפשי יכול לנבוע הן מאירועי חיים והן ממאפייני התסמונת: פחד מכאבי בטן, פחד ממצבים חברתיים שבהם שירותים אינם זמינים, פחד מאכילת מזון במקומות ציבוריים, פחד מרעשים הנובעים מתנועתיות מערכת העיכול במקומות ציבוריים ועוד. כל



נוספות. הוא מבוסס על ארבעה שלבים:

1. פסיכודוקציה.
2. בירור תסמינים מלא.
3. טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בתסמונת המעי הרגיש.
4. לימוד טכניקות של הרפיה ושליטה בתסמינים.

1. פסיכודוקציה

מטופלי תסמונת המעי הרגיש מגיעים בדרך כלל לטיפול פסיכולוגי דרך הפניית גורמי המערכת הרפואית, כאשר הם מתוסכלים כבר מן האפשרות שהציעה להם המערכת הרפואית הקונבנציונלית, במטרה לסייע להם ולהקל על מצוקתם הפיזית והנפשית הנובעת מהתסמונת. לעיתים המטופלים יחוו תחושות מפנייה לגורמי טיפול נוספים לאחר שהמענה שקיבלו לא סיפק את צורכיהם. לעיתים הם יחוו פגיעים מן הרעיון שהפנו לטיפול פסיכולוגי משום שתלונתם הראשונית מקורה במצוקה פיזית, ועלולות לעלות תחושות של כעס על המערכת הרפואית שאינה מספקת הקלה למצוקתם וגם גורמת ללתיאומים של מצבם בהאשמתם כי מדובר בחולי נפשי ולא פיזיולוגי.

מטרת הטיפול הפסיכולוגי בראש ובראשונה היא לבנות יחסי אמון עם המטופל ולבסס קשר בין מצוקתו הפיזית למצוקתו הפסיכולוגית. מטופל שלא יקבל אישור לסבלו הגופני הממשי יתאכזב מן הטיפול הרפואי וימשיך לנדוד בין רופאים מומחים עד שיקבל אישור למצוקתו הפיזית הממשית. ההסבר למטופל לקוח מן המודל הביופסיכוסוציאלי הגורס כי גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים משפיעים על מצבו הבריאותי של האדם וכך גם בתסמונת המעי הרגיש: כאבי הבטן הם ממשיים, תחושות חוסר הנוחות המתמשכות הן ממשיות, אך הן נגרמות עקב רגישות יתר של מערכת העצבים. רגישות יתר זו מושפעת הן מגורמים גנטיים, הן מגורמים תזונתיים והן מגורמים רגשיים כגון לחץ. בכוחו של הטיפול הפסיכולוגי לסייע להקל על התסמינים הפיזיולוגיים והן לאפשר פרשנות אחרת שלהם ובכך להביא להפחתת המצוקה הפיזית והרגשית גם יחד.

2. בירור תסמינים מלא

מעבר ללקיחת אינטייק, חשוב לברר את התסמינים הייחודיים של כל מטופל: מתי החלו, האם ישנם בני משפחה נוספים הסובלים מהתסמונת, האם בילדות הופיעו כאבי בטן וכיצד דמויות הוריות התייחסו אליהן, מתי החלה התסמונת והאם היא החלה בעקבות אירועי חיים משמעותיים, האם יש תקופות של הקלה או החמרה, האם יש מצבים שבהם התסמינים מוחמרים (כגון לפני בחינות, לפני ראיונות עבודה, לפני נסיעות), האם יש הרגלים שהשתמרו הנוגעים לפנייה לשירותים (כגון לפני יציאה לקולנוע, לפני היציאה לעבודה), האם כל כניסה לשירותים אכן מלווה ביציאות או שחלקן

נתפסים כפחות רציניים ותרומתם של גורמים פסיכולוגיים בתסמונת נתפסת כגבוהה יותר בהשוואה לתפיסת המטופלים. רוב הרופאים מודים שהם מרגישים מתוסכלים מחולי תסמונת המעי הרגיש בשל האבחנה הלא ודאית וחוסר היכולת לרפא את המטופלים. בנוסף הם מגלים חוסר סובלנות לגבי חולים אלה. מחקר הבודק עמדות של רופאי גסטרואנטרולוגיה המגיבים לשיחות טלפון של מטופלים לאחר שעות העבודה, הוכיחו סטנדרטים כפולים. רופאי גסטרואנטרולוגיה החשיבו שיחות שנעשו על ידי חולים עם הפרעות תפקודיות כתסמונת המעי הרגיש כפחות חמורות ופחות סבירות בהשוואה לשיחות טלפון של חולים הסובלים ממחלות אורגניות. הרופאים גם דיווחו כי הם מחבבים יותר מטופלים הסובלים מהפרעות אורגניות מאשר חולים הסובלים ממחלות פונקציונליות כתסמונת המעי הרגיש (Dalton, Drossman, Hathaway & Bangdiwala 2004).

מטופל שלא יקבל אישור לסבלו הגופני הממשי יתאכזב מן הטיפול הרפואי וימשיך לנדוד בין רופאים מומחים עד שיקבל אישור למצוקתו הפיזית הממשית

תפיסת המטופלים את הטיפול הרפואי בתסמונת המעי הרגיש

מטופלים רבים מדווחים על אכזבה מהטיפול הרפואי והתרופתי בהם. הרופאים המטפלים בהם נתפסים כלא מספיק תומכים וכמי שאינם מספקים די הנחיות ומידע בנוגע לניהול תסמיניהם. המטופלים נוטים להרגיש שהם לא נלקחים ברצינות ומתויגים כנוירוטיים ולא אמינים על ידי המערכת הרפואית (Halpert et al., 2010).

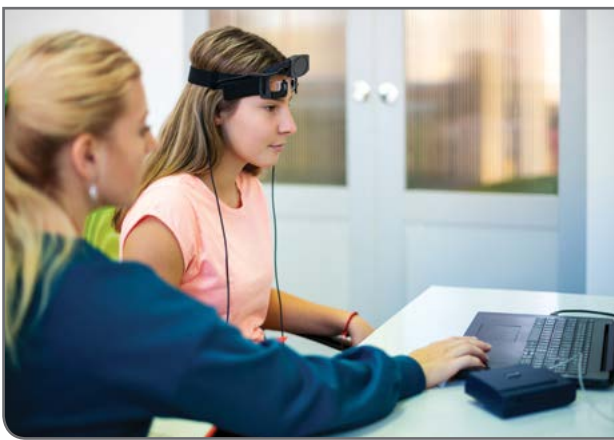
טיפול פסיכולוגי בתסמונת המעי הרגיש

תסמונת המעי הרגיש מושפעת מאינטראקציות בציר מוח-מעיים בשילוב גורמים תזונתיים, פסיכולוגיים והתנהגותיים. טיפול פסיכולוגי הוא רכיב חשוב ועיל בטיפול בתסמונת, בייחוד במטופלים אשר המערכת הרפואית לא הצליחה להביא מזר למצוקתם. מחקרים הוכיחו כי טיפול פסיכולוגי יעיל הן בהפחתת כאב והן בשיפור תנועתיות מערכת העיכול ושיפור איכות החיים, והטיפולים היעילים ביותר הם טיפול פסיכולוגי קוגניטיבי-התנהגותי, טיפול בהיפנוזה, טיפול בביופידבק ומיינדפולנס (Kinsinger, 2017).

המודל הטיפולי המוצג להלן משמש אותי לטיפול בתסמונת המעי הרגיש ומהווה דוגמה לאפשרות לטיפול בהפרעות פונקציונליות

להגביר קשב למערכת העיכול וציפיותיהם לתחושות אי־נוחות במצבים מסוימים (כגון לאחר ארוחת הצהריים) מגבירה את הרגישות התחושתית ומעלה את הסבירות לייחוס שגוי של גירויים טבעיים להחמרה בתסמינים.

בטיפול חשוב לאפשר למטופלים לחוות תחושות הקשורות למערכת העיכול וללמוד להבחין בין תחושה של אי־נוחות בבטן לבין צורך ממשי להתפנות. טכניקות הרפיה ושליטה עצמית כגון היפנוזה, ביופידבק ו־Mindfulness נחקרו בעבר ונמצאו כיעילות בהפחתת התסמינים ובחיזוק תחושת השליטה העצמית של המטופלים.



הצגת מקרה

ליאת, בת 25, סטודנטית למדעי המחשב, הגיעה לטיפול בהמלצת גסטרואנטרולוג שטיפל בה מספר חודשים. בפגישתנו הראשונה התקשתה להבין מדוע הופנתה לטיפול פסיכולוגי כיוון שהקשיים שהציגה נראו לה כקשורים למערכת העיכול בלבד. ליאת הביעה אכזבה מהמערכת הרפואית שלא הצליחה לסייע לה והתקשתה להאמין שטיפול פסיכולוגי יוכל לסייע במקום שבו המערכת הרפואית כשלה.

ליאת היא בת בכורה להוריה, מתארת את עצמה כילדה נוחה וחברותית, תלמידה מצטיינת שעברה את מסגרות הלימוד ללא קשיים מיוחדים. בצבא שירתה כמפקדת טירונים ונהנתה מהתפקיד ומהשירות בבסיס מרוחק מביתה. בסיום השירות הצבאי טיילה בארצות הברית במשך שלושה חודשים עם בן זוגה. בחזרתה לארץ החלה לימודי מדעי המחשב באוניברסיטה. במהלך הסמסטר הראשון ללימודים החלו התקפים של יציאות תכופות. ליאת פנתה לרופא המשפחה שהתייחס לכך בקלות ראש וצייד אותה בכדורים נגד שלשולים. בהמשך הסמסטר היציאות הלכו והתגברו עד לכדי 10 פעמים ביום, וליאת הופנתה לגסטרואנטרולוג. ליאת עברה סדרה של בדיקות: דם, צואה וקולונוסקופיה, אך כל הבדיקות שעברה יצאו תקינות. רופא המשפחה פטר אותה באמירה "את בחורה צעירה ובריאה, אין

הן מתוך הרגל, האם קיימות הימנעויות בעקבות התסמונת (למשל הימנעות ממפגשים חברתיים או הימנעות מנסיעות בתחבורה ציבורית), מהן הדאגות המלוות את התסמונת והאם יש ציפייה להקלה בעתיד.

3. טיפול קוגניטיבי־התנהגותי בתסמונת המעי הרגיש בשבועות הראשונים לטיפול המטופלים מתבקשים להשתמש ביומן מעקב שבועי ולתעד את התסמינים, את חומרתם ואת הסיטואציות שעוררו אותם. המטופלים מתבקשים לרשום את הסיטואציות שבהן תסמיני תסמונת המעי הרגיש התעוררו ואת מחשבותיהם והתנהגותם הקשורה לתסמינים אלו. בעזרת יומן המעקב השבועי אפשר, לאחר מכן, לבחון תמות מרכזיות, התנהגויות ומחשבות חוזרות לא אדפטיביות הקשורות למאפייני המטופל. יומן המעקב מסייע בהבנת דפוסי החשיבה שאינם אדפטיביים המשמרים את התסמונת כגון "חייבים לרוקן את המעי כל בוקר ואם איני מצליח בכך אז משהו לא תקין אצלי", "אני חייב להיפטר מכל הצואה שבגופי", "אם אני מרגיש אי־נוחות בבטן אני חייב להתפנות" ועוד. עלינו לאתגר את דפוסי החשיבה הללו של המטופל ולהציע אלטרנטיבות חשיבה שהן אדפטיביות יותר ותואמות יותר את המציאות.

ננסה גם לסייע למטופל להציב מטרות, לשנות דפוסי התנהגות שהשתמרו הנוגעים להרגלי השירותים (כגון ביקור בשירותים לפני כל יציאה מהבית), להפחית הימנעויות ולבצע חשיפה הדרגתית למצבי חיים נורמטיביים שמהם החלה נסיגה בעקבות תסמונת המעי הרגיש (כגון הימנעות מנסיעה בתחבורה ציבורית ועידוד להשתלבות בפעילויות חברתיות).

טכניקות הרפיה ושליטה עצמית כגון היפנוזה, ביופידבק ו־Mindfulness נחקרו בעבר ונמצאו כיעילות בהפחתת התסמינים ובחיזוק תחושת השליטה העצמית של המטופלים

4. לימוד טכניקות של הרפיה ושליטה בתסמינים אחת ההנחות המרכזיות בתסמונת המעי הרגיש היא כי גורמים גנטיים, סביבתיים ורגשיים המשפיעים על ציר מוח־מעי מובילים לרגישות יתר של מערכת העיכול ומביאים לסף תחושה נמוך כך שגירויים קטנים שבדרך כלל אינם מגיעים למודעות אצל אנשים ללא התסמונת, נחווים בצורה עוצמתית באוכלוסייה הסובלת מתסמונת המעי הרגיש. חשוב להסביר למטופלים כי נטייתם



בווריאציות שונות בכל בוקר שגורמות לציפייה לתחושות אי-נוחות בבטן ולפחד לצאת מהבית ללא התרוקנות. יחד התחלנו לבחון את ההסתברות להתממשות המחשבה. בחנו אלטרנטיבות חשיבה (כגון "מעולם לא עצרתי בדרך להתרוקן, אני אוכל להתאפק") והתחלנו לתרגל היפנוזה עצמית לשיפור תנועתיות מערכת העיכול תוך שימוש בסוגסטיות של העברת חום לבטן, סוגסטיות להרפיה וסוגסטיות לציפייה עתידית לתפקוד רגוע ונינוח של מערכת העיכול. ליאת התבקשה לתרגל בביתה טכניקות להרפיה עצמית ולהקשיב להקלטת ההיפנוזה שתרגלנו בקליניקה. בהמשך הטיפול עבדנו על שינוי דפוסי התנהגות והימנעויות: בתחילה ליאת התבקשה לנסות לצאת מביתה מבלי לבקר מראש בשירותים. בהמשך הטיפול היא התבקשה לצאת שוב לנסיעה קצרה באוטובוס, ולאחר שהצליחה בכך היא התבקשה להרחיב את טווח הנסיעה תוך תרגול הרפיות במהלכה.

ככל שהטיפול התקדם ליאת הצליחה לחזור למפגשים חברתיים, הנסיעות באוטובוסים חזרו להיות אירוע שגרתי ולא מאיים והפניות לשירותים הלכו ופחתו. למרות שתסמיני תסמונת המעי הרגיש לא נעלמו לחלוטין, ליאת מצליחה ליחס להם חשיבות פחותה ולחזור לשגרת חייה.

לך כלום". למרות זאת, היציאות התכופות לא פסקו וליאת פנתה שוב לגסטרואנטרולוג. בהמשך עברה בדיקת CT בטן שגם היא יצאה תקינה ואחריה נפגשה שוב עם גסטרואנטרולוג שאבחן אותה כסובלת ממעי רגיש והפנה אותה לדיאטנית להמשך טיפול. דיאטות שונות שניסתה ליאת לא הקלו על בטנה ובנוסף יציאות המוגברות החלו להופיע גם כאבי בטן חוזרים ותחושות של נפיחות. בשל החשש מהתרוקנות פתאומית של המעי, ליאת הפסיקה לנסוע באוטובוסים והחלה להגיע לאוניברסיטה ברכב פרטי בלבד. היא צמצמה את מפגשיה החברתיים ופנתה לטיפול מומחה ברפואה סינית מאחר שלרפואה המערבית לא היה מענה לתסמיני הבטן שרק הלכו והחריפו.

בתחילת הטיפול הבעתי אופתיה רבה לתסכולה ולגיטימציה לתחושות התסכול מהמערכת. הסברתי לליאת על התסמונת המאופיינת ברגישות יתר של מערכת העיכול ואמרתי לה כי רגישות זו מושפעת גם מגורמים פסיכולוגיים והתנהגותיים ועל כן ביכולתה להסתייע בטיפול פסיכולוגי להפחתת התסמינים ולהרגעת תפקודה של מערכת העיכול. בהמשך הטיפול ניתנה לליאת טבלת מעקב אחר התסמינים, המחשבות והרגשות שליוו אותם. מצאנו שהמחשבה "אם לא אתרוקן בבוקר בשירותים אצטרך לגשת לשירותים באמצע הדרך ללימודים" חוזרת

מקורות

1. Brian E.L. & Patel, N.K. (2017). Rome criteria and a diagnostic approach to Irritable Bowel Syndrome. J Clin Med. Nov 2017 6(11): 99.
2. Dalton, C.B., Drossman, D.A., Hathaway, J.M. & Bangdiwala, S.I. (2004). Perceptions of physicians and patients with organic and functional gastrointestinal diagnoses. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2004, 2, 121-126.
3. Drossman, D.A. (1998). Presidential address: Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. Psychosom Med. 60(3):258-267.
4. Halpert, A. (2018). Review Irritable bowel syndrome: Patient-provider interaction and patient education. Journal of Clinical Medicine, 2018 Jan; 7(1): 3. Published online 2018 Jan 2. doi: 10.3390/jcm7010003
5. Halpert, A., Dalton, C.B., Palsson, O., Morris, C., Hu, Y., Bangdiwala, S. ... Drossman, D.A. (2010). Irritable bowel syndrome patients' ideal expectations and recent experiences with healthcare providers: A national survey. Dig. Dis. Sci. 2010, 55, 375-383.
6. Hausteiner-Wiehle, C. & Henningsen, P. (2014). Irritable bowel syndrome: Relations with functional, mental, and somatoform disorders. World J Gastroenterol 2014 May 28; 20(20): 6024-6030.
7. Hillila, M.T. & Farkkila, M.A. (2004). Prevalence of irritable bowel syndrome according to different diagnostic criteria in a non-selected adult population. Aliment Pharmacol Ther 20:339-345.
8. Kinsinger, S. (2017). Cognitive-behavioral therapy for patients with irritable bowel syndrome: Current insights. Psychology Research and Behavior Management. 10: 231-237.
9. Koloski, N.A., Talley, N.J., Huskic, S.S. & Boyce, P.M. (2003). Predictors of conventional and alternative health care seeking for irritable bowel syndrome and functional dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther 2003, 17:841-851.
10. Posserud, I., Agerforz, P., Ekman, R., Bjornsson, E.S., Abrahamsson, H. & Simren, M. (2004). Altered visceral perceptual and neuroendocrine response in patients with irritable bowel syndrome during mental stress. Gut 2004;53(8):1102-1108.
11. Spiller, R., Aziz, Q., Creed, F., Emmanuel, A., Houghton, L., Hungin, P. ... Whorwell, P. (2007). Guidelines on the irritable bowel syndrome: Mechanisms and practical management. Gut 56, 1770-1798.