

איגרת מידע 8

גיליון מס' 8 יולי 2005

על הפרעות תפקודיות במערכת העיכול

פתח דבר

פרופ' עמי ספרבר, עורך האיגרת

איגרת המידע הנוכחית מופקת ומוצאת לאור בחסות מכון הגסטרו' של המרכז הרפואי סורוקה בבאר-שבע, ומנהלו פרופ' אלכס פיש. האיגרת מופצת ברחבי הארץ בעזרתה האדיבה של חברת דקסון. תודתנו לכל נותני החסות. בלעדיהם לא ניתן היה להמשיך בפרסום האיגרת.

מה בגיליון הפעם?

■ מאמר של פרופ' שמעון רייף (מנהל מחלקת גסטרואנטרולוגיה פדיאטרית, מרכז רפואי תל אביב) על "כאבי בטן חוזרים בילדים". זהו המאמר הראשון באיגרת המידע החדש בנושא פדיאטרי. מצאנו לנכון לפרסם אותו הן לאור העניין שיש בו והן משום העדויות שתסמונת זו בילדים מהווה, לפחות בחלק מהסובלים ממנה, מבוא להתפתחות IBS אצל אותם הילדים בהגיעם לבגרות.

■ מאמר בנושא "תסמינים מבלבלים או מעורפלים במערכת העיכול העליונה", מתורגם מאיגרת המידע של העמותה האמריקאית הגדולה לחולי IBS, ה-IFFGD. המאמר, שנכתב על ידי פרופ' טומפסון, בעל שם עולמי בנושא, מופיע באישורה של הגב' ננסי נורטון (Nancy Norton) מייסדת העמותה.

■ תיאור של היפנוזה רפואית בטיפול בתסמונת המעי הרגיש על ידי דר' שאול נבון מהמרכז הרפואי תל-אביב.

■ תיאור של טיפול קוגניטיבי-התנהגותי בטיפול בתסמונת המעי הרגיש על ידי גב' אלונה בורוכוב-בן-יעקב מהמרכז הרפואי תל-אביב.

אנו מאחזים לכם קריאה מהנה ואושר.
נשמח לקבל משוב מצדו הקוראים.

בגיליון זה:

כאבי בטן חוזרים בילדים

עמ' 1-2

תסמינים מבלבלים או מעורפלים במערכת העיכול

עמ' 2-3

שיטות טיפול לא תרופתיות בתסמונת המעי הרגיש

עמ' 3-4

האיגוד הישראלי
לגסטרואנטרולוגיה ומחלות כבד



החוג לנוירוגסטרואנטרולוגיה

ד"ר ישי רון,

המרכז הרפואי וולפסון, יו"ר

פרופ' עמי ספרבר,

המרכז הרפואי האוניברסיטאי
סורוקה, עורך

טל. 08-6403178

פקס. 08-6233083

כאבי בטן חוזרים בילדים

פרופ' שמעון רייף, מנהל מחלקת גסטרואנטרולוגיה פדיאטרית, המרכז הרפואי תל-אביב

זו יותר מבנים. בגיל הילדות המוקדמת (לפני גיל שנתיים) יש לחפש ביסודיות סיבות אורגניות לכאבי הבטן כגון הפרעות מבניות או ביוכימיות, שהן שיחות יותר מסיבות תפקודיות בגיל זה. כאבי הבטן החוזרים נקראים גם כאבי בטן "פונקציונליים" במידה ואין הפרעה אורגנית ברורה, והם הגורם העיקרי לכאבי בטן בילדים מעל גיל שנתיים אם כי לא הגורם הבלעדי.

האבחנה נקבעת למעשה על דרך השלילה. כלומר, לאחר שנשללו מחלות אחרות.

כאבי בטן חוזרים בילדים הם תופעה ממנה סובלים כ- 7%-25% מאוכלוסיית ילדי גילאי בית הספר והם מהווים כ- 2%-4% מהסיבות לביקורים אצל רופא הילדים הראשוני ופניה שכיחה לרופא גסטרואנטרולוג.

Apley הגדיר כאבי בטן חוזרים בילדים כ-"שלושה או יותר אירועים של כאבי בטן החמורים דיים להפריע לפעילותו של הילד, והנמשכים תקופה של שלושה חודשים ויותר". שכיחותם של כאבי בטן חוזרים עולה מגיל הילדות לגיל ההתבגרות. בגיל הילדות המאוחרת בנות סובלות מתופעה

ולהוריו שאין מחלה אורגנית.

לעתים יש צורך להסביר במפורש שאין זו מחלה מסוכנת, שלא מדובר בסרטן וכו'. על ההורים להבין שהחרדה הנוצרת סביב התסמינים גורמת להעצמתם ע"י כך שהסף לכאב או לאי הנוחות יורד. ברוב המקרים מיד לאחר קבלת האישור לכך שלא מדובר במחלה מסוכנת, יורדת החרדה והילד מבריא או לפחות מרגיש הקלה בתסמינים.

על הרופא וההורים לנסות לאתר גורמי לחץ גופניים ונפשיים המשפיעים על הילד, ובמידת האפשר לטפל בהם. כמו כן, חשוב להסביר להורים שיש להימנע ככל הניתן מהפקת הנאות משניות מכאבי הבטן כגון היעדרות מבית הספר. לעתים ניתן להיעזר בטיפולים שונים כגון שינוי הרגלי אכילה, טיפול "משוב חוזר" (biofeedback) ושיטות הרפיה, טיפולים תרופתיים שונים ותמיכה פסיכולוגית.

לסיכום, כאבי בטן חוזרים בילדים הם תסמונת ולא מחלה, אך יש בראש ובראשונה לשלול גורם אורגני. בד"כ זה נעשה ע"י בדיקת הילד ומספר מינימלי של בדיקות מעבדה או הדמיה. הסברים למשפחה ולילד ומתן תמיכה הם הטיפול הטוב והיעיל ביותר.

קשורות למערכת העיכול, כגון מערכת השתן או אברי המין בכנות. בנוסף, חשוב לשאול באלו תרופות טופל הילד לאחרונה מכיוון שגם טיפול תרופתי שיגרתי יחסית (לדוגמה: נורופן) הניתן בשל מחלת חום או אמינוציקלין הניתן לטיפול באקנה) יכול לגרום לתחלואה ממשית בילדים ומתבגרים.

כאבי הבטן התפקודיים אינם מתרחשים רק בדמיונו של הילד, אלא הם כאבים ממשיים. המונח "תפקודי" מרמז על היעדר מחלה אורגנית, אך לעתים מופיע יחד או לאחר מחלה אורגנית וממשיך אחרי שהמחלה חלפה. הבעיה הנה למעשה הפרעה במערכת העצבים המרכזית, של "קשר" לקוי בין מערכת העיכול למוח. במקרה זה יש רגישות יתר של איברים פנימיים לכאב, ומודעות יתר לגירויים ממקור מערכת העיכול.

הלחץ הנפשי, אישיותו של הילד, ו"החיזוקים" של המשפחה תורמים לתגובת הילד לכאב. כתוצאה מכך, דווקא ילד ללא מחלה אורגנית עלול להיעדר מבית ספרו, בעוד שילד עם מחלה אורגנית קשה דווקא מתעקש ללמוד. מחלה תפקודית לעתים מבריאה בזמן חופשה.

במידה וילד אובחן כסובל מכאבי בטן תפקודיים, תפקידו של הרופא להסביר לילד

במסגרת בירור כאבי הבטן ניתן לבצע אינספור בדיקות ובירורים, אך גדולתו של רופא טוב היא דווקא בהימנעות מביצוע בדיקות מיותרות (שבחלקן הן כואבות, פולשניות וכרוכות בסיבוכים אפשריים) והגעה לאבחנה הנכונה על סמך שיחה עם ההורים ועם הילד. במידה ויש עדות ל"דגלים אדומים" כגון ירידה במשקל, הקאות או שלשולים חוזרים, דלקות פרקים, פצעים בפה (אפטות), כאבי בטן המעירים משינה, הפרעה בגדילה, דימום ממערכת העיכול, חום, תסמיני מחלה פסיכיאטרית, סיפור משפחתי של מחלות מעי דלקתיות, או ניתוח בטן בעבר, אזי מעמיקים את הבירור האבחנתי בהתאם למידע שמושב. במקרה כזה אפשר בעזרת בדיקות מעבדה לשלול אנמיה או סימני דלקת. באמצעות הבדיקה הגופנית אפשר לשלול רגישות ממוקדת בבטן ימנית תחתונה או עליונה, מלאות או מסה, הגדלת כבד או טחול, מחלה באזור פי הטבעת, רגישות של עמוד השדרה או פרקים. לאחר שלילת המצבים הנ"ל ניתן להגיע לאבחנה של כאבי בטן תפקודיים (פונקציונאליים).

ראוי לציין, כי לא כל כאבי הבטן הנובעים מסיבה אורגנית הם כאבים המבשרים רעות. לעתים כאבי בטן קשים ביותר נובעים מבעיה שכיחה, כמו עצירות, הניתנת לטיפול בקלות יחסית. יתכנו גם כאבי בטן מסיבות שאינן

תסמינים מבלבלים או מעורפלים במערכת העיכול

Prof. W. Grant Thompson

(© 2002 IFFGD. This article is reprinted and translated with permission from the International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders (IFFGD). If you would like more information on gastrointestinal disorders please contact IFFGD, 1-888-469-1002 (toll free) or visit their Web site at www.iffgd.org)

שאינם ממקצוע הרפואה משתמשים במונח זה. הגסטרואנטרולוגים נתנו הגדרה צרה יותר ל-דיספפסיה: "כאב או אי נוחות הממוקמים בבטן העליונה". כאב כזה מופיע במחלת כיב עיכולי או בדיספפסיה שאינה על רקע כיב, ויש להבדילו מכאבים הנובעים מתלונות אחרות הקשורות בבטן העליונה. דיספפסיה היא מערכת תסמינים או אבחנה המוכרים לרופאים, אך אינם עוזרים כתלונה מפי מטופל/ת.

לפיכך, תלונות על קשיי עיכול או דיספפסיה אינן מסייעות לאבחון, ועל המטופלים להימנע ממונחים אלה בעת הראיון הרפואי. עדיף לתאר במספר מילים את מאפייני הכאב, אי הנוחות או ההפרעה במערכת העיכול, כדי לסייע לרופאים לקבוע איזה חלק של המערכת אינו פועל כראוי ומהן האפשרויות מבחינת אבחנה.

קשיי עיכול

מילון רפואי מגדיר קשיי עיכול כ-"עיכול לא מלא, או לא מושלם, אשר בדרך כלל מלווה באחד או יותר מהתסמינים הבאים: כאב, בחילות והקאות, צרבת והעלאת חומצה, צבירה של גזים וגיהוקים". שמעתי גם אנשים המשתמשים במונח לתיאור שלשולים ועצירות. מסתבר כי קשיי עיכול יכולים לכלול כמעט את כל מגוון תסמיני מערכת העיכול. כתוצאה, המונח אינו מסייע לרופא/ה המנסה לנתח את הסיפור הקליני של המטופל/ת כדי להגיע לאבחנה או לתכנן בדיקות מתאימות. לכן, עדיף להימנע מהשימוש בו.

במילון, **דיספפסיה** היא מילה נרדפת לקשיי עיכול. לכן, בשפה המדוברת, גם מונח זה חסר תועלת. למעשה, מעט מאוד אנשים

באמצעות הבדיקה המתאימה, רופא/ה יכול/ה להגיע לאבחנה מדויקת של הפרעה מבנית במערכת העיכול העליונה, כגון דלקת בושט או כיב עיכולי, על ידי זיהוי של האזור החולה בבדיקה. הסיפור הקליני של המטופל/ת מספק מידע המאפשר לרופא/ה לבחור את הבדיקה הנכונה. במקרים של הפרעות תפקודיות של מערכת העיכול, כגון דיספפסיה או כאבים בחזה שאינם ממקור לבבי, אין הפרעה מבנית ואין בדיקה המובילה לאבחנה. לפיכך, האבחון של הפרעות אלה תלוי עוד יותר בתיאור התסמינים מפי המטופל/ת. אנשים רבים משתמשים במילים מעורפלות או מטעות לתיאור התסמינים מהם הם סובלים. מכיוון שמונחים אלה אינם מסייעים לאיתור הבעיה, יש להימנע מהם או להסבירם בקפידה. להלן מספר דוגמאות.

גזים

כל מערכת עיכול אנושית מכילה גזים אשר בורחים לעתים אל העולם החיצון דרך הפה או פי הטבעת. אולם, הפירוש של גזים שונה מאדם לאדם. אדם המגהק מרגיש "מלא בגז". אחר הסובל משחרור של גזים מהקצה השני יכול לומר גזים בלשון נקייה, מכיוון שהוא מתבייש לתאר את בריחת הגז מפי הטבעת ואינו רוצה להשתמש במונחים המקובלים בלשון ההמונית. אחרים מרגישים נפוחים או שבטנם מתוחה והם אומרים כי הם "מלאים בגז". תופעה זו שכיחה במיוחד אצל נשים. התופעה מחמירה במהלך היום והקשר שלה עם גזים במעי אינו מובן היטב. רעשים מהקיבה, המתוארים לעתים כקרקורים או רטינה, מוכרים ברפואה כבורבוריגמי. קולות אלה נובעים מערבוב של אוויר עם נוזלים בעת מעברו דרך המעיים הנמצאים בתנועה מתמדת. למרבה המזל, מצבים אלה המערבים גזים, לעתים נדירות מרמזים על מחלה קשה. יחד עם זאת, הם יכולים להטריד ולהדאיג, ולכן חשוב שהרופא/ה ת/ידע כיצד מתבטאים תסמיני הגז כדי שהוא/היא ת/יוכל לפרש את התלונה.

בחילה

בחילה היא "תחושה לא נעימה של חולי המקדימה לעתים קרובות הקאה". בחילה

אינה מהווה מונח לא מדויק - כולנו מכירים את התחושה. הבעיה היא שבחילות מלוות כל כך הרבה הפרעות ומצבים, עד שבפני עצמן אין להן כל משמעות אבחונית. מחלת ים או בחילות של הריון הן אבחנות ברורות רק אם הרופא/ה מודעת/ת לסיפור המתאים. בחילות יכולות לעתים קרובות, אך לא תמיד, להקדים או ללוות הקאות. ההפרעות הגורמות לבחילה שונות ומגוונות וכוללות בחילה מתנועה (אוזן תיכונה), חסימת מעיים, מחלות הפוגעות במוח, תופעות לוואי של תרופות, שינויים הורמונאליים ומצבים של פחד או חרדה. לפעמים מראה של אוכל יכול לעורר בחילה. אם התלונה העיקרית של מטופל/ת היא בחילה, רק הנסיבות, התסמינים והתרופות המלווים את הבחילה יכולים לעזור לרופא/ה לחפש את הסיבה.

הקאות

הקאות הן לכאורה תסמין קל להבנה. מדובר בחזרה של תוכן הקיבה, לרבות מזון וחומצות קיבה, מהקיבה דרך הפה. אולם, ישנם תסמינים פחות מוכרים המתבלבלים לעתים עם הקאות. חזרה של חומצה ומזון אל תוך הוושט יכולה להתרחש כתוצאה מחולשה של הסוגר התחתון של הוושט. למצב זה קוראים **החזר קיבה-וושט**, ההפרעה היסודית העומדת בבסיס GERD (מחלת החזר הוושטי). להבדיל מהקאות, החומר העולה

חוזר אל הקיבה מבלי להיפלט דרך הפה. בשני המקרים המטופלים עלולים לסבול מצרבת כתוצאה מחשיפה של הוושט לחומצה. סוג נדיר יותר של חזרת תוכן נקרא העלאת גירה. במצב זה הארוחה חוזרת מהקיבה אל הפה ולאחר מכן נבלעת שוב, ללא אי נוחות או דאגה. הארוחה חוזרת מייד, לפני ערבובה עם חומצות הקיבה, ולכן המטופל/ת אינו/ה סובל/ת מצרבת.

בקע סרעפתי

אצל אנשים רבים, החיבור בין הוושט לבין הקיבה "בוקע" דרך הסרעפת כלפי מעלה אל תוך חלל בית החזה. תופעה זו יכולה להיות זמנית או קבועה, והיא לעתים קרובות נחשבת אחד הגורמים למחלת ההחזר הוושטי (GERD). אולם, בקע סרעפתי (הנקרא גם הרניה היאטלית) הוא הפרעה אנטומית ולא תסמין, ונוכחותו או העדרו אינם קשורים באופן חד משמעי לתסמינים של GERD. במקום להתלונן על "הבקע הסרעפתי שלי", יהיה זה מדויק יותר לתאר את התחושה עצמה. התלונה השכיחה ביותר היא צרבת-תחושה של שריפה מאחורי עצם החזה. תיאור מדויק של הצרבת, וציון הגורמים המחמירים אותה (שכיבה, ארוחות גדולות, מאמץ, וכו') יסייע מאוד לרופא/ה אשר ת/יבחן GERD, ולא בקע סרעפתי.

שיטות טיפול לא תרופתיות בתסמונת המעי הרגיש

היפנוזה רפואית

מאת: דר' שאול נבון, מנהל השירות לפסיכולוגיה שיקומית, המרכז הרפואי תל-אביב.

היפנוזה היא מצב אחר של מודעות. בזמן הטיפול בהיפנוזה, האדם מרוכז בחוויות של עצמו, ומגיע אל רמת מודעות אחרת: חשיבה בתמונות, האטה של חשיבה לוגית-מושגית וחוויות חושיות של מראות וצלילים - מצב הדומה לחלום. למרות זאת, בניגוד לאדם הישן בלילה וחולם, המטופל אינו ישן. היפנוזה היא אינה מצב של שינה - המטופל מודע וחש את כל הקורה סביבו באופן מחשבתי, רגשי וגופני בזמן הטיפול. הוא שומע, מקשיב ומגיב. היפנוזה היא גם אינה מצב של חוסר הכרה - המטופל נמצא בהכרה מלאה, יודע, חש ומרגיש. ערנותו הפנימית (הפניית הקשב כלפי פנים) אף רבה יותר מערנותו הפנימית בחיי היומיום.

בטיפול בהיפנוזה, לא ניתן "להביא", "להכריח" או "לשכנע" את המטופל למעשים והתנהגויות הנוגדים את המוסר, האתיקה או

עקרונות החיים שלו. אין ההיפנוזה מנוגדת ליושר האישי של המטופל והיא פועלת על-פי נורמות החיים המקובלות על ידיו.

בזמן התהליך ההיפנוטי, ניתן לחשוב על משהו, לדמיין אותו, ואז תהיה איזושהי תגובה של הגוף. במילים אחרות, "את/ה חושב/ת על משהו ומדמיין/נת אותו, והגוף מגיב בהתאם". לדוגמה: המטופל חושב על "מיץ לימון", מנסה לדמיין "מיץ לימון" בעזרת ההנחיה של המטפל ואז הוא עשוי להרגיש כפיו טעם של מיץ לימון, ריח של מיץ לימון וכו'. דוגמה אחרת: המטופל חושב על "אגם מים יפה בטבע", מנסה לדמיין אותו, שוב בעזרת ההנחיה של המטפל, ואז הוא עשוי להרגיש ירידה במתח השרירים במקומות שונים בגוף. במצב היפנוטי, המטופל שומע כל מלה של המטפל, אך בעת ובעונה אחת גם נמצא במצב תודעתי אחר, למשל בשפת הים, בטבע, בעבודה, בבית, בשנות ילדותו, או בכל מקום אחר בדמיון.

היפנוזה איננה מסוכנת בתנאי שהטיפול בה נעשה על-ידי מטפל בעל רשיון מתאים על-פי

חוק ההיפנוזה שחוקקה הכנסת. התעודה הניתנת למטפל בהיפנוזה נקראת בשם: "הרשאה להיפנוט". זוהי תעודה לעסוק במקצוע טיפולי בדומה לרשיון משרד הבריאות לעסוק ברפואה או בפסיכולוגיה. הטיפולים הניתנים בהיפנוזה מקובלים בארץ ובעולם כשיטת טיפול בבעיות רפואיות שונות. בנוסף, נמצא כי טיפול זה יעיל ומומלץ לאנשים הסובלים מתסמונת המעי הרגיש.

IBS והטיפול הקוגניטיבי- התנהגותי תל-אביב

מאת: גב' אלונה בורוכוב בן-יעקב, המרכז הרפואי תל-אביב.

התמודדות עם מחלה גופנית היא משימה קשה ומורכבת. מחלות גופניות נוטות להגביל את התפקוד, מקטינות את תחושת השליטה במהלך החיים ועשויות לפגוע בתחושת הביטחון העצמי ובאמונה של האדם ביכולתו להגיע להישגים בהתאם ליכולותיו. מחלה פוגעת במערך האמונות וההסכמים הפנימיים שיש לאדם עם העולם, כמו "לי זה לא יקרה", "אנשים טובים מקבלים

כהסבר נוסף למצוקה הגופנית ירחיק את החולה מראיה מורכבת יותר של קשייו, ימנע ממנו להכיר בהשפעת המצוקה הנפשית על סבל ולא יאפשר לו לחפש התייעצות עם מטפלים מתחום הנפש.

היכולת לפתוח את עצמך לאתגר של בדיקת ההסברים והאמונות שהתרגלת להחזיק בהם מאפשרת למטפל לשלב איתך כוחות, ידע ורגישות שמיועדים לאפשר הקלה בסבל ובעוצמת הסימפטומים. המטפל הקוגניטיבי יודע ללמד טכניקות להפחתת מתח. לאחר תרגול, טכניקות אלה יאפשרו לך להיכנס לתהליכי הבירור של האמונות והתפיסות שהצמדות אליהן רק חיזקה את מעגל תשומת הלב למידע שגוי. מעגל זה מגביר את הדבקות בתפיסות שעד היום לא הביאו להקלה, וכן הלאה.

הבחירה בטיפול הקוגניטיבי מרמזת על אומץ ורצון לבדוק את מה שעד היום נתפס כ"נתון". הטיפול הקוגניטיבי מחייב את הרצון להתמודד בדרך חדשה עם המערך המורכב של בריאות גופנית ובריאות נפשית. הפניה לטיפול נפשי וההיענות לאתגרים הכרוכים בו אינה בחירה פשוטה. האומץ להביט פנימה ואחורה תוך כדי תרגול של טכניקות להפחתת מתח, טכניקות להסחת תשומת לב וטכניקות לחשיפת אמונות שעוצבו במהלך ההיסטוריה האישית אינו מובן מאליו.

מחקרים וניסיון קליני של מטפלים קוגניטיביים שונים מראים שיש בכוחו של הטיפול הקוגניטיבי לקדם הקלה בסימפטומים ולחזק את יכולות ההתמודדות של החולים שנעזרו בו. אולי יהיה במידע זה להוסיף דחיפה קטנה למאמציכם של אלה המחפשים את הדרך לרווחה.

(COGNITION) והתנהגות (BEHAVIOR) - מודל ABC. מאחר והקשרים בין רגשות, מחשבות והתנהגות הם מורכבים, יש צורך בחשיפתם ובאיתור ההשפעות ההדדיות שלהם.

ביטוי אחד מרבים לקשרים מורכבים אלה נוסח במודל עיבוד המידע. מודל זה טוען שאנשים מחזיקים בעמדות ובתפיסות, מפנימים מידע שמחזק את עמדותיהם ונוטים להתעלם ממידע חיצוני ופנימי (חושי) שאינו מתאים לעמדותיהם הקודמות. המודל מתאר את ההתנהגות האנושית ביחס למידע חדש, מה גורם לנו למקד את תשומת הלב, לזכור ולאמץ מידע חדש ומה גורם לנו להתעלם ולהזניח מידע אחר. במוקד המודל נמצא הניסיון האקטיבי לשמר תפיסות קודמות בעזרת הפנית תשומת הלב למה שמתאים והטייתה ממה שאינו מתאים.

בעזרת מודל זה ניתן להסביר איך חולים נוטים להתעלם ממידע פנימי וסביבתי שעשוי להקל עליהם או להסביר את הסימפטומים הגופניים מהם הם סובלים ואיך הם נוטים לאמץ מידע שעשוי לחזק את סבלם. הסברים כמו לחצי חיים, מצוקה רגשית, קונפליקטים בין-אישיים, היסטוריה של פגיעה או התעללות, אובדן (כמו מוות של אדם קרוב) - כל אלה יידחו אם החולה מחזיק בעמדה שאין כל קשר בין מחלתו לגורמים רגשיים או סביבתיים. לעומת זאת, מידע על עוצמת הסבל הגופני והמגבלות התפקודיות יזכו בתשומת לב מרבית מאחר והם מתאימים לתפיסה המתגוננת שהמחלה היא גופנית בלבד. מיקוד תשומת הלב בתחושות הגופניות יתרום ויחזק את ההתנהגות שמיועדת לחפש מידע רפואי נוסף, בדיקות גופניות נוספות והתייעצויות עם רופאים מומחים נוספים. לעומת זאת, הרחקה של אירועי חיים קשים ומצוקה נפשית

טוב בחזרה" או "מי שמטפל בגופו, גופו יחזיר לו בכריאות טובה". פגיעה כזו באמונות וביכולת להבין את אופן ההתנהלות של העולם, בנוסף לסבל הגופני ולהגבלות התפקודיות, מגביר את הסבל והמצוקה הרגשית של החולה.

לסובלים מתסמונת המעי הרגיש נוספים קשיים ייחודיים הנובעים מהגדרת התסמונת כ"מחלה פונקציונאלית". חולים אלה נוטים לסבול מהתחושה שאחרים בסביבתם, כולל חלק מהצוות הרפואי והסיעודי, חושבים שהבעיה הגופנית היא "לא אמיתית". בעיה גופנית כזו, שמקורה בתפקוד של מערכת העיכול, לא מופיעה בכלי האבחון האופייניים של הרפואה ולכן, לבטח, מקורה "בראש" של החולה. המחלה הפונקציונאלית נתפסת לעתים כנובעת מאיזה שהוא פגם נפשי או פגם מוסרי של החולה. חלק מהחולים עצמם חוששים שמה שהם חשים גופנית, מקורו אינו בגוף ולכן הם חווים מועקה נפשית נוספת.

הסובלים מתסמונת המעי הרגיש מפגינים רגישות רבה לכל סימן מהסביבה החברתית. עיקר תשומת הלב מופנה לסימנים של חוסר אמונה בחומרת הסבל הגופני ולעוצמת המגבלות התפקודיות שסבל זה מביא על החולה.

הטיפול הפסיכולוגי שמתמקד בקוגניציה (תהליכי חשיבה) מתייחס ברצינות מרובה לתהליכי תשומת הלב. מטרת הטיפול הפסיכולוגי בחולים אלו הנה להקל על ההתמודדות עם הסימפטומים הגופניים והמצוקה הרגשית. הטיפול הפסיכולוגי הקוגניטיבי מחבר שני מומחים, את החולה ואת המטפל, ושניהם ביחד בודקים את הקשרים בין רגשות (AFFECT) מחשבות

צ'לם וש'לח

לכבוד פרופ' עמי ספרבר, עורך איגרת המידע

המכון לגסטרואנטרולוגיה, המרכז הרפואי סורוקה, באר-שבע 84101 פקס. 08-6233083

קיבלתי את איגרת המידע ישירות אלי, אך אינני מעוניין/ת לקבל אותה בעתיד. נא למחוק את שמי מרשימת הכתובות.

לא קיבלתי ישירות את איגרת המידע, אך אני מעוניין/ת לקבלה באופן ישיר בעתיד. נא לרשום אותי ברשימת הכתובות.

שם _____ כתובת _____

טל. בבית _____ פקס. _____ טל. בעבודה _____

ת.ז. _____ שנת לידה _____ E-Mail _____

אני מעוניין/ת לקבל מידע נוסף לגבי השתתפות אפשרית במחקרים. אני מסכים/ה ששמי ופרטי ההתקשרות אתי יועברו לרופא מומחה באזור המגורים שלי המנהל מחקר מאושר בנושא IBS:

כן, אם כן, לבית חולים _____ לא

אני מעוניין/ת לקבל מידע לגבי מפגשי חולים. נא לשלוח לי הודעות על קיום מפגשים מסוג זה.

כן, בכל מקום בארץ _____ כן, רק באזור המגורים שלי _____ לא