

مؤلفه‌های نوروپسیکوسوشیال در IBS

دکتر سید کمال صولتی دهکردی*

خلاصه

سندرم روده تحریک پذیر^۱ یک اختلال عملکرد روده است که با ناراحتی و درد شکمی مرتبط با اجابت مزاج یا تغییر در عادات روده مشخص می‌شود (لانگ استریت و همکاران، ۲۰۰۶). این بیماری هیچ‌گونه اختلال عضوی مشخصی ندارد (تامپسون و همکاران، ۲۰۰۲). شیوع این بیماری بین ۳ تا ۲۰ درصد در کشورهای غربی گزارش شده است (ال سراگ، ۲۰۰۳). در ایران شیوع این بیماری حداقل ۱۰٪ برآورد می‌شود (انجمن گوارش و کبد ایران، ۱۳۸۸). IBS اگرچه کشنده و خطرناک نیست اما اثرات منفی زیادی روی زندگی بیماران به جا گذاشته و هزینه های سنگینی بر سیستم بهداشتی و درمانی جامعه تحمیل می‌کند. بسیاری از پژوهش‌ها اثرات درمان‌های دارویی - روان‌شناختی را مؤثرتر از درمان دارویی صرف روی علائم این بیماران گزارش کرده اند (بلانچارد و همکاران، ۲۰۰۷). این امر نشان از علت شناسی چند گانه بیماری دارد. این سندرم چیزی حدود ۲۰ تا ۶۰ درصد با اختلال‌های روانی همراه مربوط است. وقایع استرس زای روزانه در وخیم شدن علائم نقش اساسی دارند (بلانچارد و همکاران، ۲۰۰۷). پاتوفیزیولوژی IBS هنوز ناشناخته مانده است. بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته برخی نظریه‌ها علت این اختلال را به اختلال حرکتی (موتیلیتی) روده اسناد می‌دهند که حرکات واسپاسم‌های بیش از حد منجر به اسهال و اسپاسم‌های کند منجر به یبوست می‌شوند. نظریه‌های شناختی و یادگیری نیز در خصوص علت شناسی این بیماری تبیین‌هایی به دست داده‌اند.

واژه های کلیدی: سندرم روده تحریک پذیر، نوروپسیکوسوشال.

* استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

^۱ Irritable bowel syndrome

مقدمه

سندرم روده تحریک پذیر از شایعترین اختلال‌های گوارشی است که با درد شکمی مزمن و تغییر اجابت مزاج در غیاب هر گونه اختلال عضوی مشخص می‌شود (تامپسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). افراد مبتلا بسته به شدت علائم این بیماری درجاتی از اختلال در کیفیت زندگی پیدا کرده، به گونه ای که این بیماری در گروه قابل توجهی از بیماران سبب غیبت از کار، به هم خوردن قرار ملاقات، پرهیز از مقاربت جنسی و حتی ممانعت از حضور در اجتماع به علت ترس از ایجاد علائم می‌شود (فلدمن^۲ و همکاران، ۲۰۰۲).

اختلال‌های عملکرد دستگاه گوارش شامل چندین اختلال است که یکی از آنها اختلال‌های عملکرد روده است. این اختلال خود به ۵ طبقه بیماری تقسیم می‌شود: الف) سندرم روده تحریک پذیر، ب) اختلال نفخ عملکردی، ج) اختلال یبوست عملکردی، د) اختلال اسهال عملکردی، و) اختلال نامشخص عملکرد روده (لانگ استریت^۳ و همکاران، ۲۰۰۶).

همه گیر شناسی

سندرم روده تحریک پذیر، در آمریکا ۱۲ درصد از مراجعات پزشکان عمومی و ۲۸ درصد از مراجعات متخصصان گوارش را به خود اختصاص می‌دهد و سالانه ۸ میلیون دلار از درآمد این کشور، صرف هزینه های بهداشتی این بیماری می‌شود (میچل و دروسمن، ۱۹۸۷). این بیماری هر دو جنس را در سنین مختلف گرفتار می‌کند، هر چند شیوع آن در زنان و جوانان بیشتر است (هانجین، و رول، تاک، مارین^۴، ۲۰۰۳). زنان حدوداً دو برابر بیشتر از مردان به این بیماری دچار می‌شوند (گرینبرگ، آمیترون، گالیزینسکی^۵، ۲۰۰۲). شیوع بالاتر در زنان می‌تواند به علت مراجعه بیشتر آنها به پزشک باشد. همچنین میزان شیوع می‌تواند تحت تأثیر عوامل فرهنگی قرار گیرد. به عنوان مثال در کشور هند که مردان بیشتر به پزشک مراجعه می‌کنند، این بیماری در آنان شایع تر است (فلدمن و همکاران، ۲۰۰۲).

^۱ Thompson, W, G

^۲ Feldman, M

^۳ Longstreth, G, F

^۴ Hungin & Whorwell & Tack & Mearin

^۵ Greenberg & Amitron & Galiczynski

بین ۳ تا ۲۰ درصد افراد جامعه به سندرم روده تحریک پذیر مبتلا هستند (ال سراگ^۱، ۲۰۰۳). شیوع این بیماری در جوامع غربی شایع تر از کشورهای شرقی است (گی و همکاران، ۲۰۰۱). شیوع آن در فرانسه ۴/۷٪ (داپوژنی، بلانگر، بونز، برولی، بینو، کافین^۲، ۲۰۰۴)، نیوزلند و دانمارک ۲۰ - ۱۰٪ (مورفی^۳، ۲۰۰۵) و آمریکای شمالی ۲۰٪ (سایتو و همکاران، ۲۰۰۲) گزارش شده است.

ملاک‌های تشخیصی

تشخیص سندرم روده تحریک پذیر و سایر بیماری‌های مشابه که علت و بیماری زایی مشخصی ندارند، پیش از آن که منوط به نتایج آزمایش‌های متعدد باشد، به هنر و درک پزشک معالج او بستگی دارد. اگر چه برخی از علائم این بیماری در سایر بیماری‌های گوارشی از قبیل بیماری التهابی روده دیده می‌شود و همچنین بسیاری از بیماران مبتلا با علائم خارج روده ای مراجعه می‌کنند. از آنجا که هیچ آزمون آزمایشگاهی برای تشخیص قطعی سندرم روده تحریک پذیر وجود ندارد، از ملّت‌ها قبل کوشش‌های زیادی به منظور تدوین استاندارد تشخیصی بر اساس علائم بالینی این سندرم صورت گرفته است. در سال ۱۹۸۱ مانینگ و همکارانش بر اساس مجموعه ای از علائم مطرح کننده این بیماری معیاری برای تشخیص عنوان کردند. سپس در سال ۱۹۹۲ با توجه به حساسیت، ویژگی و ارزش اخباری مثبت پایین این معیار به ویژه در مردان مسن، گروهی از پژوهشگران معیار جدیدی به نام "رم ۱"^۴ مطرح کردند که در سال ۱۹۹۹ پس از بازبینی مجدد تحت عنوان "رم ۲"^۵ ارایه گردید (تامپسون و همکاران، به نقل از ابراهیمی دریانی و همکاران، ۱۳۸۴).

ملاک‌های تشخیصی سندرم روده تحریک پذیر بر اساس ملاک Rome-II عبارتند از: ناراحتی و درد شکم دست کم سه روز در ماه در ملّت زمان دست کم سه ماه در ارتباط با دو یا بیش از دو مورد زیر: با دفع برطرف شود، شروع آن با تغییر در فراوانی مدفوع مرتبط باشد

^۱ El-Serag

^۲ Dapigny & Bellanger & Bonz & Bruley & Bueno & Coffin

^۳ Murphy

^۴ Rome I

^۵ Rome II

(همراه با تغییراتی در دفعات اجابت مزاج باشد)، و شروع آن با تغییر در شکل مدفوع مرتبط باشد (همراه با تغییراتی در قوام مدفوع باشد).

وجود برخی علائم برای تشخیص ضروری نیست، ولی همراهی آنها به تأیید و تقویت تشخیص کمک می‌کند: قوام غیر طبیعی دفع (بیش از سه بار در روز یا کمتر از سه بار در هفته)، قوام غیر طبیعی مدفوع (زور زدن، فوریت در دفع، احساس تخلیه ناکامل مدفوع)، خروج آب لیز، و نفخ یا احساس اتساع شکم. سندرم روده تحریک پذیر بر اساس غالب بودن الگوی مدفوع به چهار گروه تقسیم می‌شود:

1. سندرم روده تحریک پذیر با غالب بودن یبوست (C - IBS)^۱ - مدفوع سفت و توده ای بیشتر از ۲۵٪ و مدفوع شل و آبکی کمتر از ۲۵٪ در هنگام اجابت مزاج.
2. سندرم روده تحریک پذیر با غالب بودن اسهال (D - IBS)^۲ - شل یا آبکی بودن مدفوع بیشتر از ۲۵٪ و سفت و توده ای بودن کمتر از ۲۵٪ در هنگام اجابت مزاج.
3. سندرم روده تحریک پذیر مخلوط (M - IBS)^۳ مدفوع شل یا آبکی بیشتر از ۲۵٪ و مدفوع سفت یا توده ای هم بیشتر از ۲۵٪ در هنگام اجابت مزاج.
4. سندرم روده تحریک پذیر نامشخص (U - IBS)^۴ - در این طبقه دلایل کافی برای غیر طبیعی بودن مدفوع وجود ندارد. به طوری که نمی‌توان آن را در هیچ‌کدام از زیر گروه‌های یاد شده جای داد (لانگ استریت و همکاران، ۲۰۰۶).

علائم بالینی^۵

بر اساس ملاک Rome-II درد شکمی^۶ یا ناراحتی آن، پیش نیاز تشخیص بالینی سندرم روده تحریک پذیر است. شدت و محل درد حتی در فرد واحد بسیار متغیر است. هر چند درد می‌تواند در هر محلی از شکم احساس شود ولی معمولاً در قسمت تحتانی شکم خصوصاً در طرف چپ حس می‌گردد. عوامل متعددی مانند غذا خوردن و استرس‌های عاطفی سبب

^۱ Canstipation

^۲ Diarrhea

^۳ Mixed

^۴ Unsubtyped

^۵ Clinical symptoms

^۶ abdominal pain

تشدید درد می‌شوند. دفع اغلب سبب بهبودی نسبی درد در بیماران می‌گردد (فلدمن و همکاران، ۲۰۰۲). چندین عامل درد را تشدید یا تخفیف می‌دهند، در بسیاری از بیماران هنگام استرس علائم افزایش می‌یابد، اجابت مزاج ممکن است بهبود موقتی درد را باعث شود در حالی که خوردن غذا، ناراحتی گوارشی را ۶۰ - ۹۰ دقیقه پس از مصرف غذا تشدید می‌کند (هاسلر و اوینگ^۱، ۲۰۰۳، به نقل از یاماد^۲، ۲۰۰۳). تغییر در اجابت مزاج از دیگر علائم مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر است. این بیماران از اسهال، یبوست و اسهال و یبوست متناوب شکایت دارند.

یبوست می‌تواند برای هفته‌ها تا ماه‌ها باقی مانده و با مدت کوتاهی از اسهال، متوقف گردد. احساس تخلیه ناکامل مدفوع ممکن است منجر به تلاش‌های مکرر جهت اجابت مزاج در طول روز گردد. بیماران با اسهال غالب، مدفوع شل و مکرر و با حجم روزانه طبیعی دارند. اسهال معمولاً در ساعات بیداری و اغلب در روز گزارش شده و خروج موکوس^۳ یا آب لیز در ۵۰ درصد بیماران گزارش گردیده است. همانند درد شکمی، استرس باعث تشدید حالت اسهال می‌شود (یاماد، ۲۰۰۳). علائم دستگاه گوارش فوقانی در این بیماران شایع است، به طوری که ۲۵ تا ۵۰ درصد از بیماران از درد سوزشی پشت جناغ، سیری زود رس، تهوع و استفراغ شکایت دارند و ۸۷ درصد افراد از سوء هاضمه متناوب رنج می‌برند. این بیماران معمولاً از افزایش گازهای شکمی و اتساع شکم^۴ شکایت دارند، اگر چه بیشتر آنها افزایش تولید در گاز روده ای ندارند (یاماد، ۲۰۰۳). علائم خارج روده ای از علائم دیگری است که بیماران با سندرم روده تحریک پذیر از آن رنج می‌برند و سبب می‌شود که میزان مراجعه بیماران به پزشک حدود ۷۵ درصد افزایش یابد (وایت هد، پلاسون، جونز^۵، ۲۰۰۲). این علائم و اختلال‌ها شامل سردردهای میگرنی، علائم تنفسی ناشی از افزایش حساسیت مجاری هوایی، دردهای عضلانی - استخوانی^۶ درد سینه غیر قلبی، احساس طعم ناخوشایند در دهان،

^۱ Hasler & Owyang

^۲ Yamad

^۳ distension

^۴ distension

^۵ Whitehead& Plasson& Jones

^۶ musculoskeletal

بی‌خوابی^۱، سرگیجه^۲، کاهش میل جنسی و اختلال جنسی، قاعدگی دردناک^۳، مقاربت دردناک^۴، دردهای مزمن لگنی، تکرر و فوریت ادرار، شب‌اداری و تخلیه ناکامل مثانه هستند (وایت هد و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین سایر اختلال‌های گوارشی از قبیل برگشت محتویات معده به مری^۵ و سوء هاضمه بدون زخم^۶ با این بیماری همراهی دارند.

اختلال‌های روان‌شناختی از دیگر علائم بیماران با سندرم روده تحریک پذیر است. این اختلال‌ها در ۸۰٪ موارد ذکر گردیده است اگر چه هیچ تشخیص غالب روانی وجود نداشته است. اختلال‌های روان‌شناختی در ۶۵ تا ۸۵ درصد بیماران قبل یا همزمان با بروز علائم گوارشی اتفاق می‌افتد که نشان می‌دهد علائم سندرم روده تحریک پذیر عامل ایجاد کننده بیماری روانی نیست. ارتباط بین سوء استفاده جسمی و جنسی و بروز سندرم روده تحریک پذیر گزارش شده است (هاسلر و اوپانگ، به نقل از یاماد، ۲۰۰۳).

بلانچارد و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی گسترده به این نتیجه رسیدند که ۵۵ درصد از بیماران با سندرم روده تحریک پذیر دچار یک اختلال روان‌پزشکی محور I هستند. در این میان همواره اختلال‌های خلقی به ویژه افسردگی عمده و افسرده‌خویی، اختلال‌های اضطرابی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر و هراس و اختلال‌های جسمانی سازی به ویژه خود بیمارانگاری، شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی همراه بوده‌اند (اولاتونجی، تولین، لری، ۲۰۰۴).

برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند ۳۵/۱ درصد بیماران وسواس فکری - عملی، ملاک‌های سندرم روده تحریک‌پذیر را دارا بوده‌اند. این سندرم چیزی حدود ۲۰ تا ۶۰ درصد با اختلال‌های روانی همراه، مربوط است، اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های افسردگی و اختلال‌های شبه جسمی با فراوانی بیشتری توأم با این بیماری گزارش شده‌اند. پیش از این استرس‌های روانی و تاریخچه‌ای از سوء استفاده و عوامل تروماتیک نقش مهمی در شروع و

^۱ insomnia

^۲ dizziness

^۳ dysmenorrheal

^۴ dyspareunia

^۵ Gastroesophageal

^۶ non ulcer dyspepsia

^۷ Olatunji & Tolin & Lohr

تداوم علائم این سندرم داشته است (فولکز، ۲۰۰۴). در پژوهش جارت و همکاران (۱۹۹۸) علاوه بر اختلال‌های مذکور، سوء مصرف و وابستگی به الکل بین ۹ تا ۳۲ درصد در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر گزارش شده است. در بیماران با سندرم روده تحریک پذیر ممکن است افسردگی شدید وجود داشته باشد اما فرق آن با بیمار افسرده شدید در تصور از خود^۱ است. به این صورت که بیماران IBS خود را افسرده نمی‌دانند. در پژوهش دیگری که در کارولینای جنوبی آمریکا صورت گرفت حدود ۵۰ تا ۹۰ درصد بیماران IBS که در صدد درمان بیماری خود بودند به تاریخچه ای از اختلال‌های روانی در طول زندگی خود اشاره می‌کردند که شامل افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال هراس، اختلال جسمانی کردن و اختلال استرس پس از سانحه بوده است (لایدیارد و فالستی، ۱۹۹۹).

مطالعات نشان داده اند این بیماری می‌تواند روی جنبه های مختلف زندگی افراد از جمله خواب، شغل، عملکرد جنسی، تفریحات و مسافرت تأثیر سوء بگذارد، به طوری که این بیماری دومین علت غیبت از کار یا مدرسه پس از سرماخوردگی محسوب می‌شود و مبتلایان به آن سه برابر افراد غیر مبتلا از محل کار و کلاس درس غیبت می‌کنند (آگراول و وروول، ۲۰۰۶).

علی رغم تصور بسیاری از پزشکان تشخیص IBS آسان نیست و مشخص شده است که هر بیمار مبتلا به IBS قبل از رسیدن به این تشخیص به طور متوسط به سه پزشک مختلف در طی سه سال مراجعه می‌کند. از سوی دیگر بسیاری از این بیماران برای رد علل عضوی احتمالی تحت بررسی‌های تشخیصی پیچیده، پرهزینه، و اغلب غیر ضروری قرار می‌گیرند که نه تنها کمک چندانی به تشخیص نمی‌کند، بلکه نگرانی از ابتلا به یک بیماری نامعلوم و خطرناک را در این بیماران که اغلب از مشکلات روانی همراه نیز رنج می‌برند، تشدید می‌نماید (ابراهیمی دریانی و همکاران، ۱۳۸۵).

علت شناسی

به نظر می‌رسد عوامل مختلفی شامل اختلال‌های حرکتی، حس‌احشائی، ژنتیک، عوامل غذایی، التهاب، انتقال دهنده های عصبی و پدیده درک حس در مغز و اختلال‌های روان‌شناختی در بروز این سندرم دخیلند (دروسمن و همکاران، ۲۰۰۲). آسیب شناسی فیزیولوژیک IBS هنوز

^۱ Self - Schema

ناشناخته است ولی تأثیر عوامل ارثی و محیطی در آن گزارش شده است. بسیاری از مطالعه‌ها بر نقش اختلال‌های حرکتی دستگاه گوارش^۱، افزایش حساسیت احشائی^۲، اختلال‌های روان-شناختی و فشارهای عصبی - روانی در این بیماران تأکید کرده اند. با وجود این تاکنون هیچ اختلال واحد فیزیولوژیک یا روان‌شناختی خاص این بیماری به دست نیامده و هیچ الگوی غالب خاصی به عنوان یک نشانگر برای IBS مشخص نشده است. ادراک متأثر از دستگاه گوارش، ناشی از تحریک گیرنده های شیمیایی و مکانیکی مختلف در دیواره روده است. این گیرنده ها علائم را از طریق مسیرهای عصبی آوران به شاخ خلفی نخاع و سپس به مغز منتقل می‌کنند. مطالعات متعدد حجم گاز دستگاه گوارش بیمارانی که از نفخ و افزایش گاز شکایت دارند مشابه افراد گروه شاهد، و افزایش حساسیت اختصاصی اعصاب آوران احشائی روده را به عنوان نشانگر زیست شناختی احتمالی سندرم روده تحریک پذیر معرفی کرده اند (لاسر، بوند، لویت، ۱۹۷۵، سرا و همکاران، ۲۰۰۱).

دست کم سه عامل را می‌توان در آسیب شناسی فیزیولوژیک این بیماری دخیل دانست: الف) پاسخ تغییر یافته روده (حرکتی - ترشحی) به محرک‌های داخل مجرانی (انسداد روده، غذا، التهاب و عوامل باکتریائی) و محرک‌های محیطی (استرس‌های روانی - اجتماعی)، ب) افزایش درک احشائی روده، ج) اختلال در تنظیم محور مغز - روده مرتبط با افزایش تحریک پذیری به استرس و تغییر در تعدیل سیگنال‌های آوران احشائی IBS و عوامل روانی اجتماعی (ابراهیمی دریانی و همکاران، ۱۳۸۴).

در پژوهشی بنگسون، رانینگ، واتن، هاریس (۲۰۰۶) رشد دوران جنینی (سن و وزن) و ارتباط آن با سندرم روده تحریک پذیر بعد از تولد را مورد مطالعه قرار دادند که نتایج نشان داد وزن زیر ۱۵۰۰ گرم در هنگام تولد شانس بروز سندرم روده تحریک پذیر را در سال‌های بعد افزایش می‌دهد. این پژوهش تأثیر عوامل ژنتیکی در این سندرم را مورد تأکید قرار می‌دهد. افزایش احساس درد احشائی یک نشانگر زیست شناختی اختصاصی برای IBS نبوده و این وضعیت در بیماران فاقد علائم روده ای و واجد سایر نشانگان درد مزمن مانند درد قفسه صدری در ناحیه مری، درد قفسه صدری یا عروق کرونر طبیعی و درد رشته ای - عضلانی^۳ نیز دیده می‌شود (چان و همکاران، ۱۹۹۹).

^۱ Motility

^۲ Vicerial hypersensitivity

^۳ Fibromyalgia

هنوز روشن نیست که افزایش احساس درد احشائی از طریق سیستم عصبی موضعی یا تعدیل مرکزی در مغز و یا ترکیبی از این دو اعمال می‌شود. در یک پژوهش مربوط به پاسخ به اُتساع رکتوم، مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر افزایش فعالیت در کر تکس پره فرونتال چپ^۱ را نشان داده اند در حالی که افراد سالم افزایش فعالیت در کر تکس قدامی سینگولیت مغز^۲ را داشتند (سیلورمن، موناکات، انز، ۱۹۹۷).

نتایج پژوهش‌ها مؤید نقش مهم سیستم اعصاب مرکزی در تعدیل تکانه های آوران احشائی در مبتلایان به IBS است و احتمالاً واسطه هایی مانند سروتونین، پپتید مربوط به ژن کلسی تونین ماده P، برادی کینین، تاکی کینین ها و نوروتروفین ها در این خصوص نقش دارند (بونو، فیورامونتی، گارسیا - ولار، ۲۰۰۰). از این رو می‌توان گفت که پایه زیست شناختی مشخصی برای افزایش احساس درد احشائی در مبتلایان به IBS وجود ندارد و احتمالاً عوامل روان‌شناختی علت تمام یا قسمتی از افزایش حساسیت به درد در مبتلایان به IBS هستند. شاید عوامل روان‌شناختی بیشتر بر درک این بیماران از علایم مذکور و مراجعه به پزشک تأثیر داشته باشند. بسیاری از مبتلایان به IBS که به پزشکان و مراکز درمانی مراجعه می‌کنند در مقایسه با افراد سالم، اضطراب، افسردگی، هراس و جسمانی کردن بیشتری از خود نشان می‌دهند. ولی مبتلایانی که به پزشک مراجعه نمی‌کنند از نظر روان‌شناختی با افراد سالم تفاوت ندارند (وایت هد و همکاران، ۱۹۸۸).

آسیب شناسی و درمان سندرم روده تحریک پذیر در طی ۳۰ سال گذشته از یک دیدگاه ساده انگارانه زیستی - پزشکی به صورت یک دیدگاه پیچیده زیستی - روانی - اجتماعی در آمده است (تامپسون، ۲۰۰۲). این الگو در کنار عوامل زیستی (آمادگی ژنتیکی و فیزیولوژی دستگاه گوارش)، رفتار، فرایندهای شناختی و تعامل بین آنها را نیز در بر می‌گیرد. مهمترین علت IBS به یک اختلال جنبشی کلونیک و نوعی نابهنجاری حرکتی نسبت داده می‌شود که به اسپاسم های عضلانی در دستگاه گوارش منجر می‌شود. حرکات و انقباض های بیش از حد منجر به اسهال و کاهش حرکات و انقباض ها منجر به یبوست می‌شود (لاکنر، ۲۰۰۵).

نظریه های شناختی تبیین های قابل توجهی در مورد IBS فراهم نموده اند. در نظریه های شناختی فرض بر این است که بیماران دارای تحریکات شناختی و الگوهای ناسالم تفکر

^۱ Left prefrontal cortex

^۲ anterior cingulate cortex

در مورد جهان اطراف و بیماری خود، دچار نوعی بی‌نظمی و بی‌تعادلی بین مراکز شناختی و هیجانی دستگاه عصبی مرکزی^۱، سیستم عصبی - هورمونی^۲ و سیستم عصبی - روده ای^۳ هستند که این نابهنجاری، علایمی همچون درد شکمی و اسهال را به وجود می‌آورد (لاکتر، ۲۰۰۵). نظریه یادگیری اجتماعی معتقد است افراد در یک محیط خانوادگی که یکی از آنها به بیماری IBS مبتلا شده است، پاسخ و پسخوردهای دیگران را نسبت به او مشاهده کرده و در پاسخ به علایمی که خود تجربه می‌کنند، از آنها الگو برداری می‌کنند. به عبارت دیگر علایم فرد IBS از سوی سایر اعضای خانواده یاد گرفته و تکرار می‌شود از طرف دیگر بین علایم IBS و میزان استرس و سوء استفاده جنسی و جسمی دوران کودکی رابطه معنی داری به دست آمده است (لاکتر، ۲۰۰۵).

از نظر ویژگی‌های شخصیتی افراد مبتلا به این سندرم، افرادی فوق العاده وظیفه شناس و حساس هستند. آنها در هر زمینه‌ای تلاش می‌کنند تا به اوج کمال برسند. بسیار منظم و دقیق و متعهد هستند و به اعضای خانواده، والدین و دوستان پایبندی زیادی دارند. آنها هرگز در وعده‌های خود دیر نمی‌کنند و روی لباسشان هیچ لکه‌ای دیده نمی‌شود. این افراد به دلیل اشتباه مرتکب نشده احساس گناه می‌کنند و تمایل دارند خودشان را به دلیل دست نیافتن به کمال واقعی یا خیالی تنبیه کنند. به احتمال زیاد سندرم روده‌تحریک پذیر حاصل بر آورده نشدن آرزوهای ناخودآگاه آنان مبنی بر تنبیه خود به دلیل به کمال نرسیدن است.

منابع

- ابراهیمی دریانی، ناصر؛ منصورنیا، نسرین؛ منصورنیا، محمدعلی. (۱۳۸۴). سندرم روده تحریک پذیر، فصلنامه طب و تزکیه، سال چهاردهم، ۷۲-۸۷.
- ولمن، بیجامین. (۱۳۷۵). اختلالات روان‌تنی. ترجمه بهمن نجاریان، محسن دهقانی، بهرام دباغ، چاپ اول، تهران: انتشارات رشد.
- Bengtson, M.B., Ronning, T., Vatn. M.H., Harris, J.R. (۲۰۰۶). Irritable bowel syndrome in twins: genes and environment. Gut . ۵۵(۱۲): ۹۰-۱۷۵۴.

^۱ Central nervous system

^۲ hormonal nervous system

^۳ Enteric nervous system

- Blunchard , E.B., Lakner, J.M., Sanders,K, Krasner, S., Kefer, L., Payne, A., Gudleski, G. D. (۲۰۰۷). A controlled evaluation of group cognitive therapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behavioral Research and Therapy*. ۴۵ (۴):۶۳۳-۴۸.
- Bueno, L., Fioramonti, J.Garcia –Villar,R. (۲۰۰۰). Pathobiology of visceral Pain: Molecular mechanisms and therapeutic . III. Visceral afferent Pathways: A source of new therapeutic targets. For abdominal pain. *American Journal physiological Gastrointestinal Liver Physiology*. ۲۷۸ , G۶۷۰ -۶.
- Dapoigny, M., Bellanger,J.,Bonz, B., Bruley desvarannes, S.,Bueno, L., Coffin , B. (۲۰۰۴). IBS in France: a common disability and costly disorder. *European Journal Gastroenterology Hematology*. ۱۶ :۹۹۵ -۱۰۰۱.
- Drossman, D.A., Camilleri, M.M.,Mayer, E.A.,Withead, W.E.(۲۰۰۲).AGA Technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. ۱۲۳ :۲۱ ۰۸ -۳۱.
- EL-seragy, H.(۲۰۰۳).Impact of IBS: Prevalence and effects on Health –related Quality of Life . *Rev Gastroenterology Discord*. ۳ : ۳-۱۱.
- Feldman,M.,Scharschmidt,B.F.,Sleizenger,M.H.,eds.(۲۰۰۲).Sleizenger and Fordtran's gastrointestinal and livey diseases. ۷th ed. Philadelphia, PA: Saunders Co. ۱۷۹۴-۱۸۰۵.

- Greenberg, M., Amitron, H., Galiczynski, E. (۲۰۰۲). A contemporary review of IBS. *Physician Assistant*. ۲۶(۸):۲۶-۳۳.
- Gwee, A. K., Wai, C.T., Wong, M.L., Pang, D.C. (۲۰۰۱). Epidemiology of irritable bowel syndrome in a Asian urban society. *Journal Gastroenterology Hepatology*. ۱۶: ۳۷-۴۱.
- Hungin, A.P., Whorwell, P.J., Tack, J., Mearin, F. (۲۰۰۳). The prevalence, Patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of ۴۰۰۰ subjects. *Aliment Pharmacology Therapy*. ۱۴: ۶۴۳-۶۵۰.
- Jarrett, M., Heikemper, M., Cain, K.C., Tuftin, M., Walker, E.A. (۱۹۹۸). Relationship between psychological distress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Journal Nursing Research*. ۴۷ (۳): ۱۵۴-۱۶۱.
- Longstreth, G.F., Thompson, G., Chey, W.D., Houghton, L.A., Mearin, F., Spiller, R.C. (۲۰۰۶). Functional Bowel disorders. *American Gastroenterological Association Institute*. ۱۳۰: ۱۴۸۰-۱۴۹۱.
- Lydiard, R.B., Falsetti, S.A. (۱۹۹۹). Experience with anxiety and depression treatment studies: implications for designing irritable bowel syndrome clinical trials. *American Journal Medicine*. ۸: ۱۰۷(۵A): ۶۵-۷۳.
- Murphy, P.A. (۲۰۰۵). Prevalence and characteristics of irritable bowel syndrome among women with chronic

pelvic pain. *Journal Midwifery Women's Health* . ۵۰ : ۵۸
-۹.

- Olatunji, B.O., Tolin, D.F., Lohr, J.M. (۲۰۰۴). Irritable bowel syndrome: Associated features and the efficacy of psychological treatment . *Applied and Preventive Psychology*, ۱۱ , ۱۲۵ -۱۴۰.
- Saito, YA., Schoenfeld, P., Locker, GRI. (۲۰۰۲). The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review. *American Journal Gastroenterology*. ۹۷ : ۱۹۱۰-۱۹۱۵ .
- Thompson, W.G., Irvine, E. J., Pare, P. (۲۰۰۲). Functional gastrointestinal disorders in Canada: First population based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire. *Digestive Disorders Sciences*. ۴۲ : ۲۲۵ -۲۳۵.
- Whithead, W.E., Plussan, O., Jones, K.R. (۲۰۰۲). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implication ? *Gastroenterology*. ۱۲۲: ۱۱۴۰-۱۱۵۶.
- Yamad, T., Alpers, D.H., Laine, L. (۲۰۰۳). Text book of Gastroenterology. ۴th edition. *Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins*. ۱۸۱۷ -۱۸۳۵.