

GESTIRE LE PAURE



**CROHN COLITE
SVIZZERA**

Associazione svizzera malattia
di Crohn/Colite ulcerosa

focus

Piccola guida per i pazienti



COLOPHON

Opuscolo di Crohn Colite Svizzera,
Associazione svizzera malattia
di Crohn/Colite ulcerosa

Tiratura: 1000 copie

Editore:

Crohn Colite Svizzera
Associazione svizzera malattia
di Crohn/Colite ulcerosa
5000 Aarau

Tel./Fax: 0800 79 00 79

E-mail: welcome@crohn-colitis.ch

Conto postale: 50-394-6

Consulenza specialistica:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Gerhard Rogler
Clinica di gastroenterologia e epatologia
Ospedale universitario di Zurigo

Grafica e Realizzazione:

Gutenberg Druck AG, Lachen
www.gutenberg-druck.ch

Fonti:

Archivio, Crohn Colite Svizzera

Traduzione:

Cinzia Pasquini

Ultimo aggiornamento:

I° edizione, ottobre 2023

IBDnet

In collaborazione con IBDnet
www.ibdnet.ch

INDICE

- 3 Gestire le paure
- 11 Autoipnosi: parlare con l'inconscio
- 14 Camminare sui carboni ardenti:
la regina del mental training
- 16 Farsela addosso
dalla paura
- 24 Le correlazioni
- 30 La diagnosi del morbo di Crohn
scatena infinite paure!
- 34 Condizioni
- 37 Contatti

La ristampa e la riproduzione, anche parziali, sono consentite solo previa autorizzazione della Direzione di Crohn Colite Svizzera. Le immagini utilizzate in questo opuscolo non sono necessariamente correlate al testo.

GESTIRE LE PAURE



**Prof. Dr. med.
Dr. phil.
Gerhard Rogler**

Clinica di gastroenterologia e epatologia
Ospedale universitario di Zurigo

Paura: l'hanno provata tutti e tutti sanno cos'è. La paura mette a disagio, compromette lo stile di vita, blocca l'attenzione e disturba la concentrazione. La paura assume diverse forme ed è un termine con cui, in fin dei conti, si indica un ampio ventaglio di sensazioni diverse.

Tutte le diverse sensazioni che vengono descritte in relazione alla paura hanno una cosa in comune: il disorientamento e l'insicurezza che ne deriva. Il disorientamento, spesso, dipende dal fatto di dover affrontare qualcosa che non si conosce. Se di fronte a un pericolo conosciuto la sensazione più comune è il timore, di fronte all'ignoto si prova paura. Il più delle volte è difficile definire i limiti della paura, individuare i fattori scatenanti e le possibili soluzioni per evitarla o superarla.

Nell'ambito delle **malattie infiammatorie croniche intestinali** le ansie compaiono in maniera ricorrente, accompagnano la malattia o ne influenzano il decorso. Per questa ragione è utile riflettere sull'argomento. Come prima cosa è bene ricordare che la paura è una reazione normale e naturale e che svolge funzioni importanti nella vita: nelle situazioni di pericolo aumenta l'attenzione e può indurre a comportarsi in maniera più consona e accorta. Ciò, naturalmente, è vero se la paura non prende il sopravvento e non blocca completamente l'azione.

Quando si manifesta la paura durante una malattia infiammatoria cronica intestinale? Nella maggior parte dei pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali la paura compare per la prima volta al momento della diagnosi ed è scatenata dall'insicurezza correlata all'udire termini quali «colite ulcerosa» o «morbo di Crohn»: all'inizio, infatti, è difficile immaginarsi qualcosa sentendo queste parole. È necessario un po' di tempo per imparare a conoscere la malattia e superare la paura. Tutte le malattie croniche presentano inizialmente un fattore d'ansia finché il paziente non si abitua e riesce a integrarla nella propria vita. Di conseguenza, è importante non essere colti alla sprovvista al momento della diagnosi. Affermazioni del tipo «Lei ha il morbo di Crohn, si tratta di una malattia infiammatoria cronica intestinale. Nei due terzi dei casi c'è il rischio di doversi operare. Probabilmente avrà bisogno di una terapia medica

duratura. La malattia l'accompagnerà per tutta la vita.» sono poco utili al momento della comunicazione della diagnosi. Non serve inondare il paziente di tali affermazioni che, fra l'altro, riguardano solo una parte delle persone interessate.

Secondo me è, invece, importante parlare delle diverse forme di evoluzione delle malattie infiammatorie croniche intestinali. In fondo, studi effettuati su popolazioni di pazienti dimostrano che 1/3 dei pazienti con morbo di Crohn o colite ulcerosa non ha mai bisogno di cortisone, ma può essere trattato con farmaci che interferiscono meno con il sistema immunitario e sono più «innocui». Poco più di un terzo dei pazienti presenta un andamento abbastanza aggressivo della malattia. Al momento della diagnosi non è ancora chiaro chi avrà un'evoluzione più aggressiva e chi no. Così come il paziente, anche il medico curante impara a conoscere la malattia con il tempo e capirà, nel corso delle settimane e mesi successivi, come evolverà la malattia in quell'individuo. Sicuramente è utile spiegare, con l'aiuto di semplici schemi, quali zone dell'intestino sono interessate dal morbo di Crohn o dalla colite ulcerosa, illustrare le terapie di base e parlare delle misure generali (per esempio smettere di fumare con il morbo di Crohn). Tuttavia, è importante non sopraffare il paziente durante il primo consulto sulla malattia in quanto, dal momento che la presentazione della diagnosi comporterà un certo terrore, soltanto una minima parte delle informazioni sarà recepita.

Sarà, invece, molto più importante affrontare le domande del paziente anche se, al momento, appaiono irrilevanti. Domande a cui non viene data una risposta generano ulteriore insicurezza e, quindi, ulteriori paure. Pertanto non è consigliabile tagliar corto su tali domande definendole al momento non importanti. In questo momento il medico è tenuto a rispondere a tutte le domande, anche a quelle che gli appaiono completamente irrilevanti. Sono domande che, evidentemente, il paziente si pone e, pertanto, sono rilevanti per lui/lei.

Anche nell'evoluzione successiva della malattia infiammatoria cronica intestinale le paure svolgono un ruolo importante per il successo del trattamento e la qualità della vita. La presenza di ansie limita la qualità della vita, non ultimo perché compromette la possibilità di vivere una vita normale. Chi prova grandi paure, orienterà la propria vita in funzione di tali paure e questo è controproducente per le malattie infiammatorie croniche intestinali. Chi, per esempio, ha paura di uscire dal proprio appartamento, è limitato nel modo di vivere. Se le malattie infiammatorie

croniche intestinali arrivano a influenzare la gestione completa della vita, allora diventano onnipresenti e determinano il pensiero, cosa non favorevole all'evoluzione della malattia.

Il secondo momento in cui le paure svolgono un ruolo importante è quello della prescrizione dei farmaci. I pazienti desiderano, da un lato, la miglior terapia possibile, ma, dall'altro, hanno una grande paura degli effetti indesiderati e degli effetti a lungo termine di tale terapia. Anche in questo caso la paura è la conseguenza di una grande insicurezza. Le informazioni sui medicinali contengono un lungo elenco di effetti indesiderati. In linea di principio non si può prevedere chi soffrirà di tali effetti e chi no. Nel caso dell'acido 5 aminosalicilico (Asacol, Pentasa, Salofalk), per esempio, un paziente su 2000–5000 sviluppa un danno renale, quindi raramente. Si sente dire, inoltre, che gli immunosoppressori come l'azatioprina triplicano il rischio di cancro alle ghiandole linfatiche. È inevitabile avere paura quando si sentono menzionare questi rischi con la conseguenza che, spesso, i farmaci non vengono assunti o lo sono solo in maniera irregolare, cosa che peggiora la malattia di base e ne compromette il trattamento. Per tutte queste ragioni viene data un'attenzione maggiore alla comunicazione fra medico e paziente e al rapporto di fiducia esistente. Ecco perché abbiamo messo a punto uno «strumento di comunicazione» per pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali: si tratta, in pratica, di grafici con un centinaio di simboli di uomini e donne colorati di grigio, mentre in un colore diverso è rappresentato il rischio di effetti indesiderati o delle fasi recidivanti della malattia infiammatoria cronica intestinale. La rappresentazione grafica dei rischi di ricadute e di effetti indesiderati nel caso della terapia con azatioprina, per esempio, mostra il vantaggio evidente e riduce così le paure.

**«The risks that kill you
are not necessarily the risks
that anger and frighten you.»**

Sandman 1987

Pazienti senza infiammazione grazie all'AZA

Rischio di una riacutizzazione dell'infiammazione in caso di **proseguimento*** o **arresto*** della terapia

5/100 pazienti



Median therapy period: 68,4 months

28/100 pazienti



* Median follow up after therapy stopped: 54,5 months

Profontaine E et al. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD000067. Review; Treton X et al. Groupe D'Etude Thérapeutique Des Affections Inflammatoires Du Tube Digestif (GETAID); Treton X et al. Clin Gastroenterol Hepatol. 2009 Jan;7(1):80–5. Epub 2008 Sep 4

Per raffigurare il rischio di cancro alle ghiandole linfatiche non sono sufficienti 100 piccoli simboli in quanto nella popolazione normale tale rischio è di 3 malati su 10 000 persone. Triplicare il rischio significa, pertanto, 9 malati ogni 10 000 persone. In una raffigurazione di 10 000 simboli il rischio è talmente basso da scomparire ed è evidente quanto sia effettivamente ridotto nella realtà. Queste immagini aiutano sicuramente molti pazienti a superare le proprie paure e sono utili e importanti nella pratica. Se, invece, si osserva il grado di rischio di cancro al colon-retto in seguito a una malattia infiammatoria cronica intestinale e, in particolare, della colite ulcerosa (fino a 20 su 100) e si considera che tale rischio, anche in caso di colite, può essere ridotto sensibilmente al livello delle persone sane grazie a un buon controllo dell'infiammazione (6 su 100), allora è evidente che il rischio di cancro alle ghiandole linfatiche si moltiplica per 3 su una popolazione di 10 000, mentre il rischio

di cancro al colon-retto si riduce di 6 volte su una popolazione di 100. Questo è solo un esempio di come, tramite delle rappresentazioni grafiche, sia possibile spiegare meglio le vere proporzioni e di come, alla fine, si possano dissipare le paure grazie a una buona comunicazione.

Pazienti con infiammazione cronica intestinale (colite ulcerosa)

Rischio di sviluppare un cancro intestinale in caso di infiammazione non controllata per 30 anni

18/100 pazienti



Eaden JA et al. Gut 2001;48:526-35

Pazienti con infiammazione cronica intestinale (colite ulcerosa)

Rischio di sviluppare un cancro intestinale in caso di assenza di infiammazione per 30 anni

6/100 pazienti



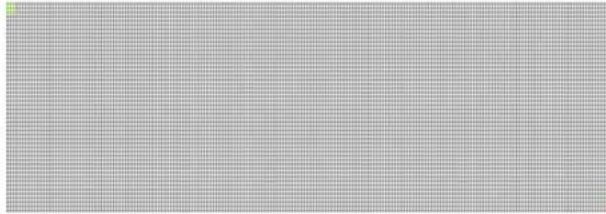
Eaden JA et al. Gut 2001;48:526-35

Pazienti con infiammazione cronica intestinale (colite ulcerosa)

Confronto fra il rischio di sviluppare un linfoma («cancro alle ghiandole linfatiche») con assunzione dell'immunosoppressore **azatioprina** e **senza farmaci**

5/10 000 pazienti

28 /10 000 pazienti



Beaugerie L et al. Lancet 2009;374:1617–1625

Le paure nel quadro di una malattia infiammatoria cronica intestinale dipendono anche da un'altra ragione, ovvero dal fatto che è difficile sentire l'intestino. Per molti pazienti il loro intestino diventa qualcosa di inquietante perché non hanno percepito alcun sintomo che annunciasse un'acutizzazione della malattia e, quindi, la vita è tutta influenzata dalla paura della recidiva successiva. La misurazione della calprotectina può, per fortuna, fornire un certo aiuto in questo senso: il dosaggio della calprotectina fecale consente, infatti, di monitorare lo stato infiammatorio della mucosa intestinale. Se, nel giro di quattro settimane, questo valore raddoppia o triplica, significa che probabilmente si avrà una ricaduta. In questo modo, i nuovi parametri marker dell'evoluzione della malattia consentono di ridurre ed eliminare la paura di nuove recidive e dare maggiore sicurezza ai pazienti.

Un altro motivo di paura nel quadro delle malattie infiammatorie croniche intestinali e, in particolare nel caso del morbo di Crohn, è dato dal timore delle operazioni. Il 50% di tutti i pazienti affetti da morbo di Crohn continua a dover essere sottoposto prima o poi a un intervento chirurgico. Tuttavia, tali interventi non comportano sempre l'asportazione di grandi sezioni dell'intestino. Adesso, è possibile intervenire in laparoscopia passando attraverso l'ombelico con la cosiddetta tecnica del buco della serratura che, in generale, non comporta la formazione di grandi cicatrici. La tendenza generale, oggi nel morbo di Crohn, è di asportare la porzione più piccola possibile dell'intestino. Occorre anche ricordare che talvolta, dopo un'operazione, non si manifestano disturbi per molti anni, se non decenni. L'intervento chirurgico, pertanto, non deve essere

considerato come l'ultima scelta terapeutica in caso di fallimento della terapia o come la conseguenza più terribile di una malattia infiammatoria cronica intestinale. Inoltre, nel rapporto di fiducia fra medico e paziente, l'intervento chirurgico dovrebbe anche essere sempre affrontato come una delle opzioni terapeutiche. Se si soppesano vantaggi e svantaggi di un'operazione e anni di terapia farmacologica, spesso l'intervento chirurgico può risultare più vantaggioso. In questi casi un chiarimento e un rapporto di fiducia con il chirurgo subito prima dell'operazione sono sicuramente di aiuto. Le paure legate all'operazione, tuttavia, possono essere evitate se l'intervento viene considerato sin dall'inizio come una delle opzioni terapeutiche. In questo modo non diventa l'ultima scelta, ma è sempre un'alternativa terapeutica i cui vantaggi e svantaggi possono essere discussi con calma.

Le paure possono essere ridotte soltanto se esiste un buon rapporto di fiducia fra il paziente e il suo medico curante. In alcuni casi può essere anche utile ricorrere a una seconda opinione, tuttavia è sconsigliato chiedere una terza o quarta opinione in quanto non ci si può aspettare che le opinioni di tre o quattro medici siano assolutamente identiche e, quindi, le eventuali contraddizioni generano nuovi timori e insicurezze. In assenza di un tale rapporto di fiducia può essere utile cambiare medico perché, nel caso di questo tipo di malattie altamente complesse, l'obiettivo è sempre la collaborazione fra medico e paziente. Le decisioni devono essere prese individualmente e, per questo, è necessaria la conoscenza reciproca. Infine, la fiducia è l'arma migliore contro paure e insicurezze.

In alcuni casi, tuttavia, le paure superano un livello sano. Troppa paura influisce su una peggiore evoluzione delle malattie infiammatorie croniche intestinali anche perché, da un lato, la paura impedisce l'avvio o la regolare assunzione della giusta terapia e, dall'altro, paura e depressione determinano un'evoluzione peggiore della malattia, a cui potrebbero contribuire anche lo stress provocato dalla paura e le oscillazioni di umore, anch'essi collegati all'ansia. Nei casi di timori pronunciati e pazienti molto ansiogeni si dovrebbe ricorrere anche a una consulenza di supporto psicologico o psichiatrico: fa parte del trattamento delle malattie infiammatorie croniche intestinali, è utile e può influire in maniera decisiva sull'evoluzione della malattia. Tuttavia, è importante che il terapeuta e il medico non si limitino a indirizzare il paziente a uno psicologo o a uno psichiatra qualsiasi, ma devono assicurarsi che il/la collega abbia una conoscenza della malattia infiammatoria cronica intestinale. Talvolta

si riscontra che gli psichiatri prescrivono farmaci non idonei, altre volte i colleghi hanno conoscenze poco estese sulle malattie infiammatorie croniche intestinali. Per questa ragione, da anni, abbiamo una collaborazione molto stretta con l'istituto di psicologia dell'ospedale universitario di Zurigo i cui collaboratori partecipano regolarmente a incontri di scambio di informazioni sui pazienti trattati in maniera congiunta.

Purtroppo, le paure, la comunicazione e la valutazione dei rischi continuano a essere dei temi marginali nella ricerca delle malattie infiammatorie croniche intestinali e nella pratica giornaliera; tuttavia, considerata l'importanza di questi aspetti, è necessario impegnarsi per cambiare questa situazione. Abbiamo affrontato questa tematica nell'ambito dello Swiss IBD Cohort Study. Il Prof. Dr. Roland von Känel ha creato un focus tematico specifico su questo aspetto e pubblicato già importanti risultati, dimostrando che la paura rappresenta un fattore negativo per la prognosi delle malattie infiammatorie croniche intestinali. In futuro sarà importante raccogliere ulteriori risultati al fine di migliorare ancora di più il trattamento.

Alla fine, però, un elemento è, a mio avviso, di rilevanza centrale: si eliminano le paure soltanto se si eliminano le insicurezze. E le insicurezze sono, generate, fra le altre cose anche dalla sfiducia: di conseguenza, è fondamentale un rapporto improntato alla fiducia reciproca fra medico e paziente. Questo rapporto di fiducia si costruisce soltanto se i pazienti si sentono sufficientemente informati perché le informazioni infondono sicurezza.

AUTOIPNOSI: PARLARE CON L'INCONSCIO



**Gabriela
Bretscher**

Coach/trainer per
lo sviluppo della
personalità
[www.mitherz
feuer.ch](http://www.mitherzfeuer.ch)

Ero giovane, avevo un bambino piccolo e gestivo un ricovero per animali. Un invito a una festa arrivò all'improvviso. Bello, no? Ma tornò anche lei ... la paura.

Si insinuò lentamente prendendo possesso del mio corpo, della mia mente e del mio spirito. Non dormivo più, i muscoli erano sempre contratti, il WC divenne il mio miglior amico. In generale questi inviti sono fonte di gioia, per me, invece, fu causa di stress, ansia e panico. La paura può essere del tutto irrazionale e diventa difficile fare affidamento su qualcuno.

Ebbi mille problemi, seguirono diverse operazioni e la mia gioia di vivere sparì.

Mi sentivo «impotente» e in balia del destino.

Ci volle del tempo prima di affrontare la sfida della «paura». Grazie all'autoipnosi e al training comportamentale ho vinto la battaglia. Oggi vivo la mia vita e la paura non decide più per me.

Il mio interesse si era svegliato. Il mio cammino iniziò ...

Mi chiamo Gabriela Bretscher-Sut, ho 53 anni, vivo e lavoro come trainer e coach nella meravigliosa Lucerna. Nel corso degli anni ho seguito diverse formazioni e perfezionamenti nell'ambito dello sviluppo della personalità. Da oltre 15 anni conduco seminari e ho aperto un mio studio sullo sviluppo della personalità, il conscio e l'inconscio. Sono specializzata nella paura.

Paura e dolore: un rapporto di amore? Una nave in porto è al sicuro, ma non è per questo che è stata costruita.

La paura blocca. Ci priva della fiducia in noi stessi, i muscoli si irrigidiscono e i dolori aumentano. L'interazione continua di paura e dolore ci priva dell'energia che potremmo utilizzare meglio in altro modo. Una soluzione per rompere questo «circolo» è il rilassamento e la motivazione,

entrambi possibili con l'autoipnosi. Il primo passo è decidere: «ora basta, rivotiglio il controllo su di me». Perché il cambiamento inizia dalla testa. Poi si tratta di allenarsi e individuare la «tecnica» migliore per ciascuno di noi.

Una tecnica molto efficace è l'ipnosi: ma cos'è l'ipnosi?


Vi è mai capitato di essere talmente concentrati nella lettura di un libro da non sentire nemmeno se qualcuno entra nella stanza in cui vi trovate? Oppure, vi è mai capitato di guidare così a lungo e, una volta arrivati, sorprendervi di essere già arrivati a destinazione?

In questi casi eravate già in uno stato ipnotico, uno stadio intermedio fra il sonno e la veglia consapevole.

L'ipnosi è uno stato di coscienza collegato a un profondo rilassamento e una maggiore influenzabilità. È quello che succede durante gli spettacoli di ipnosi e illusionismo.

L'ipnoterapia è utilizzata come forma terapeutica per stimolare il subconscio a risolvere problemi e l'autoipnosi è uno strumento di auto-aiuto. Si tratta di una modalità relativamente rapida per accedere al subconscio e ottenere cambiamenti duraturi.

Si entra in uno stato di trance nel quale l'attenzione è orientata completamente su qualcosa di preciso. Il rilassamento profondo e, allo stesso tempo, l'elevata concentrazione su qualcosa di specifico generano nuove connessioni cerebrali che consentono un cambiamento duraturo. L'allenamento regolare di autoipnosi permette di «programmarci» nella direzione desiderata. Può aiutare anche te!



**«La paura della sofferenza
è peggiore della sofferenza
stessa.»**



Facciamo insieme questo piccolo esercizio.

Chiudi gli occhi per un momento e fai finta che sia facile liberarti da paura e dolore. Può essere utile ripensare a un'esperienza meravigliosa, ripensa agli odori, alle sensazioni, cosa hai udito e, forse, ti ricordi ancora la temperatura. Non esitare, chiudi gli occhi e prova. Ora!

Allora? È stata una bella sensazione? Complimenti! Hai già fatto il primo passo verso l'autoipnosi. Forse è stato difficile, però ricorda: nessuno nasce maestro.

Nei nostri workshop e coaching individuali si impara ad aggirare la coscienza analitica per stimolare il contatto con l'inconscio.

Camminare sui carboni ardenti

LA REGINA DEL MENTAL TRAINING



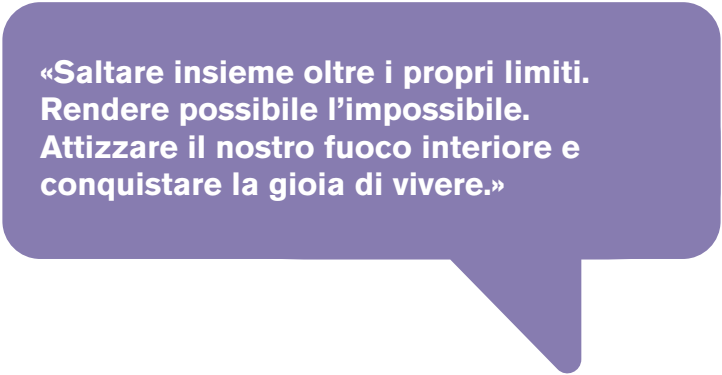
**Gabriela
Bretscher**

Coach/trainer per
lo sviluppo della
personalità
[www.mitherz
feuer.ch](http://www.mitherzfeuer.ch)

«La nostra paura più grande non è quella di essere imperfetti. La nostra paura più profonda è che siamo potenti oltre misura. È la nostra coscienza a incuterci più paura, non il nostro inconscio. Ci chiediamo: chi sono io per essere eccelso?» Discorso inaugurale di Nelson Mandela, 1994.

Spesso la forza vitale viene bloccata da tutte le nostre paure e da tutti i dubbi che abitano dentro di noi. Le culture antiche hanno tramandato che, da migliaia di anni, camminare sul fuoco riveste un significato speciale nell'interazione tra corpo, mente e spirito. Camminare sul fuoco produce effetti duraturi sulla nostra vita, sia che pratichiamo noi questa attività sia che siamo «solo» spettatori. Impariamo a gestire le nostre paure e ci rendiamo conto che la paura del fuoco è la stessa paura che, nella vita, ci impedisce di fare delle cose che potrebbero cambiare e migliorare la nostra vita. Camminando sui carboni ardenti riprogrammiamo il nostro inconscio e ci apriamo una strada verso una vita libera, di cui noi siamo gli artefici, imparando che possiamo rendere possibile l'impossibile. Raggiungiamo i nostri obiettivi scoprendo e rafforzando la fiducia in noi stessi e acquistando maggior energia. Creare cose nuove e viverle.





**«Saltare insieme oltre i propri limiti.
Rendere possibile l'impossibile.
Attizzare il nostro fuoco interiore e
conquistare la gioia di vivere.»**

Camminare sui carboni ardenti significa superamento e il superamento estende la propria comfort zone così che noi possiamo evolvere e crescere. Si spiana la strada verso la libertà interna. Può essere l'inizio per imparare ad avere fiducia in sé, vivere la propria vita e non farsi guidare dalla paura.

I contenuti di un seminario per imparare a camminare sui carboni ardenti sono un mental training pratico: esercizi per lasciarsi andare, per rafforzare la fiducia in sé e trovare fiducia nelle proprie forze per poter, infine, attraversare un letto di braci ardenti.

Gabriela Bretscher e il co-trainer ti accompagneranno durante la giornata.

FARSELA ADDOSSO DALLA PAURA

PD Dr. med.
Winfried Häuser

Medico caposervizio
del centro specializ-
zato in psicosoma-
tica dell'Ospedale
medicina interna 1
della clinica di
Saarbrücken

Cause psicosomatiche e terapia delle diarree nei casi di malattie infiammatorie croniche intestinali

Basi psicosomatiche della diarrea cronica e stimolo impellente a evacuare

Come per molte altre espressioni idiomatiche e saggezze popolari, anche la correlazione fra paura e feci molli/stimolo impellente a evacuare è provata scientificamente: in alcune persone, la paura accelera il passaggio attraverso l'intestino e comporta una maggiore frequenza delle evacuazioni. Molti, pur non soffrendo di malattie intestinali, conoscono le «diarree da esame» prima di un compito in classe o di un esame. La paura svolge un ruolo significativo nelle diarree croniche e nello stimolo impellente a evacuare nelle malattie intestinali non infiammatorie (sindrome dell'intestino irritabile). Dolori di pancia ricorrenti e diarrea possono essere causati da una sindrome dell'intestino irritabile nei pazienti MICI, nei quali l'endoscopia non rileva alcuna attività infiammatoria o ne rileva una minima. Anche nei pazienti MICI con recidiva acuta o un'evoluzione attiva cronica della malattia, i processi psicologici come paura o tensione interna in caso di stress possono aumentare la frequenza/intensità dei dolori di pancia e della diarrea. Il rilascio di ormoni dello stress associato all'ansia e alla tensione interiore può aumentare la sensibilità al dolore dell'intestino attraverso il sistema nervoso enterico («cervello addominale»), aumentare l'attività intestinale (contrazioni intestinali) e intensificare i processi infiammatori nell'intestino.

Ricorda: la paura accelera il passaggio intestinale. La paura può provocare diarrea anche nelle persone sane (diarrea da esame). In caso di MICI attive la paura può aumentare la frequenza delle scariche e la sensibilità al dolore dell'intestino.

Quando la paura e la diarrea condizionano la vita

Molti pazienti con MICI attive conoscono la preoccupazione, in caso di diarrea e/o di stimolo impellente a evacuare, di non trovare una toilette per tempo. Alcuni pazienti con MICI attive hanno fatto l'esperienza di farsela «nei pantaloni». Come per tutte le altre preoccupazioni e paure umane, anche nel caso delle «MICI/diarrea/paura» è possibile distinguere fra paure appropriate, esagerate o patologiche.

Si è in presenza di paure patologiche quando queste compromettono in maniera significativa la vita di tutti i giorni e il paziente ha la sensazione di non poterle più controllare ovvero che queste abbiano il pieno controllo su di lui. In alcuni pazienti MICI si osservano le paure patologiche seguenti. Per paura di non trovare una toilette per tempo e/o di «farsela nei pantaloni» evitano ogni attività quotidiana importante (per es. lavoro, formazione, acquisti). In casi esasperati i pazienti non escono più dal proprio appartamento perché si sentono sicuri soltanto se stanno vicino a una toilette. Già l'idea di dover uscire di casa può scatenare lo stimolo impellente a evacuare. Quando i pazienti con MICI attive non escono più o evitano molte attività quotidiane, lo psicosomatista/psicologo clinico fa una diagnosi di fobie multiple situazionali con comportamento di evitamento, la cosiddetta «agorafobia».

L'agorafobia può colpire anche pazienti con intestino irritabile o persone senza malattie fisiche. In presenza di una malattia fisica la paura che lega il paziente al proprio appartamento può essere riferita all'intestino (per es. diarrea, stimolo incontrollabile a evacuare) o ad altri organi (per es. paura di infarto cardiaco in caso di attività fisica). Sulla base della mia esperienza clinica, un'agorafobia si sviluppa soprattutto in quei pazienti MICI nei quali, già prima dei primi sintomi delle MICI, si manifestavano timori diffusi e comportamento di evitamento (per es. assembramento di persone). In alcuni pazienti affetti da MICI e agorafobia l'evacuazione incontrollabile al di fuori del proprio appartamento era il fattore scatenante del comportamento di evitamento. L'incontinenza fecale veniva vissuta con imbarazzo e vergogna dagli interessati.

Ricorda: alcuni pazienti con MICI attiva sviluppano un disturbo fobico. Per paura di non controllare l'evacuazione evitano importanti attività quotidiane (formazione, lavoro, spesa).



Meccanismi psicosomatici delle paure limitanti con MICI attiva

Le ansie multiple ereditarie e legate al proprio vissuto hanno un ruolo nella manifestazione delle paure limitanti nelle MICI attive. I fattori scatenanti possono essere episodi effettivamente vissuti di incontinenza o informazioni sulla possibile incontinenza fecale. Pensieri e comportamenti del paziente sono fattori di cronicizzazione. L'agorafobia è una reazione di timore condizionata (= appresa) che viene scatenata come stimolo condizionato da stimoli interni (per es. a livello fisico: dolori di pancia e stimolo all'evacuazione con MICI attiva o a livello mentale: «Spero di non dover andare ora alla toilette»). Le MICI e una maggiore attività intestinale provocata dalla paura possono influenzarsi a vicenda.



Le paure condizionate portano, nel corso del tempo, ad apprendere sempre di più comportamenti di evitamento perché fuggire da situazioni dominate dalla paura ed evitare tali situazioni riducono la reazione della paura (rafforzamento del comportamento di evitamento). Oltre a questi meccanismi di evitamento vi sono tutta una serie di processi mentali che svolgono un ruolo significativo nella cronicizzazione dei disturbi, come

per esempio: maggiore attenzione («La mia pancia brontola?»), pensieri disfunzionali (dannosi) («Se non riesco a trattenere le feci, proverò un imbarazzo indicibile e questa sarà la mia fine»), un bisogno irrealistico di sicurezza e rituali di andare in bagno (defecazione ripetuta prima di uscire di casa per avere la sensazione che l'intestino sia «completamente vuoto»). I pazienti cercano di evitare stimoli e sensazioni fisiche (per es. la sensazione di pressione sulla pancia) e stimoli mentali (per es. fantasie di vergogna) evitando stimoli esterni (per es. piazze, stanze, mezzi di trasporto, gruppi di persone).

Ricorda: i disturbi fobici con MICI attiva possono essere spiegati attraverso meccanismi di apprendimento.

Basi di psicoterapia delle diarree psicosomatiche e agorafobia

La terapia si basa su un idoneo trattamento medico (medicina tradizionale) della fase acuta del processo infiammatorio ovvero della malattia attiva cronica e degli altri fattori somatici che possono contribuire alle diarree croniche quali, per esempio, una superinfezione batterica, intolleranze e allergie alimentari oppure una colestasi (s.v. Bauchredner [Ventriloquo] 1/2012). Nel trattamento psicosomatico, inoltre, sono impiegati farmaci che riducono la frequenza dell'evacuazione e lo stimolo impellente a evacuare. Personalmente utilizzo, nella maggior parte dei casi, il loperamide. Sapere di avere con sé un medicamento che può essere assunto in caso di necessità per ridurre lo stimolo a evacuare riduce la «paura della paura» dello stimolo (incontrollabile) a evacuare. Talvolta utilizzo anche antidepressivi a basso dosaggio contro l'ansia (per es. doxepina) che hanno, come effetto collaterale desiderato, la riduzione dell'attività dell'intestino.

Il trattamento psicoterapeutico della paura consiste nell'apprendimento di tecniche psicologiche per «tranquillizzare» l'intestino e controllare la paura, oltre che superare il comportamento di evitamento. Per calmare l'intestino utilizzo la tecnica dell'ipnosi addominale. Una volta che i pazienti hanno imparato a «calmare» il proprio intestino tramite tecniche psicologiche, durante un programma di training apprendono come costruire comportamenti, per es. resistere allo stimolo di andare ripetutamente alla toilette per svuotare «completamente» l'intestino, e gradualmente recarsi in quelle situazioni fino a quel momento evitate. Durante questa esposizione graduale alla paura (la cosiddetta «desensibilizzazione psicologica sistematica») i pazienti iniziano a sperimentare situazioni che provocano meno paure (per es. fare un giro intorno alla



casa). Mano a mano che si supera con successo e ripetutamente questa fase si passa gradualmente alle situazioni che incutono maggiori paure (per es. andare in autobus, entrare in un bar). L'app «Toilet Finder» per iPhone che mostra tutte le toilette pubbliche nelle vicinanze, può aumentare il senso di sicurezza durante di training di esposizione graduata alle paure. In singoli casi è utile anche elaborare insieme al paziente il vissuto e i retroscena di questo forte bisogno di sicurezza e controllo e, tramite il dialogo, gli esperimenti comportamentali e/o l'ipnoterapia, costruire atteggiamenti più appropriati.

Ricorda: la terapia delle diarree psicosomatiche si basa sull'apprendimento di tecniche di rilassamento e immaginazione per calmare l'intestino. Alla base del superamento della paura vi è un confronto graduale con attività finora evitate perché fonte di paura e lo sviluppo di atteggiamenti più appropriati (per es. rispetto alla sicurezza).

Caso di esempio

La paziente, 30 anni, mi ha contattato spontaneamente dopo aver letto di propria iniziativa un articolo sull'ipnosi addominale nel numero 4/2012 del *Bauchredner*. Le era stata diagnosticata una colite ulcerosa nel 2006 e, al momento, la paziente aveva la terza recidiva. La sintomatologia delle due precedenti recidive (2006: CU lato sinistro, 2010: pancolite) era durata rispettivamente un anno. La paura di non raggiungere tempestivamente una toilette si era manifestata già durante la prima ricaduta. Durante le recidive precedenti la paziente non era uscita di casa per mesi e veniva accudita dai genitori. Al momento la sintomatologia consisteva da cinque mesi in anche dieci evacuazioni al giorno frammiste a sangue e talvolta accompagnate da dolori di pancia simili a crampi. La paziente usciva di casa solo per le visite mediche alle quali si preparava non mangiando e non bevendo per 24 ore e andando ripetutamente in bagno prima di uscire di casa. La paziente riportava, inoltre, una sempre maggiore irrequietezza e nervosismo, nonché preoccupazione per la propria salute e il proprio futuro professionale (congedo per malattia da cinque mesi).

L'endoscopia aveva rilevato una proctite (10 cm dall'ano). Era esclusa una superinfezione batterica o virale. Nonostante una terapia localizzata con schiume al cortisone, mesalazina 4,5 g/gg e prednisolone fino a 60 mg/gg, non si era manifestato alcun miglioramento. Il gastroenterologo aveva considerato l'avvio di una terapia con *Infliximab* (*Remicade*®).

La paziente aveva esperienze pregresse positive con il training autogeno e tecniche di respirazione. Facemmo due sedute di ipnosi addominale, mirate principalmente a creare autonomamente una sensazione di calma e sicurezza nella pancia attraverso la respirazione, calmare l'intestino iperattivo appoggiando la mano sulla pancia immaginandosi una piacevole sensazione di calore e immaginando che un'energia curativa lavasse via l'infiammazione e le preoccupazioni superflue. Le sedute di ipnosi addominale furono registrate e la paziente ricevette il file MP3 per esercitarsi ogni giorno.

Anche quando il dosaggio di cortisone è stato diminuito, si è verificata una riduzione della quantità di sangue nelle feci e della frequenza delle stesse. La paziente fu sottoposta a una terapia di confronto graduale con le paure iniziando con piccole passeggiate per finire con l'acquisto in autonomia della propria auto. Con il consenso della paziente cito qui alcuni estratti di una mail (due mesi dopo l'inizio del trattamento psicoterapeutico):

«Buongiorno Dr. Häuser,
è fantastico che la redazione del *Bauchredner* le abbia chiesto di scrivere un articolo sul trattamento psicologico della paura della diarrea. Può parlare del mio caso come esempio e utilizzare e citare le mie mail. Non vedo l'ora di leggere il suo articolo sul prossimo numero del *Bauchredner*. Spero che molti pazienti lo leggano e trovino il coraggio per non arrendersi.

... Sto meglio, giorno dopo giorno. Le feci sono più solide e le evacuazioni si sono ridotte, siamo a circa quattro al giorno. Esco sempre più spesso con mio figlio per delle passeggiate, la maggior parte delle volte addirittura senza Loperamide. Sono anche già andata a trovare la mia amica che non vedevo da tempo e vado sempre più spesso a fare la spesa (penso che in caso di crampi posso sempre uscire dal negozio, nessuno mi trattiene e poi mio marito è quasi sempre con me e, nella peggiore delle ipotesi, posso sempre sedermi in macchina). Vado sempre più spesso a fare visita ai miei genitori e ai miei suoceri in auto. E ricevo visite. Talvolta sono nervosa e questo si ripercuote sul mio inte-

Breve biografia

Il Priv.-Doz. Dr. med. Winfried Häuser è medico caposervizio del centro specializzato di psicosomatica dell'Ospedale di medicina interna 1 (gastroenterologia, epatologia, endocrinologia, malattie infettive, oncologia, psicosomatica) della Clinica di Saarbrücken.

E-mail: whaeuser@klinikum-saarbruecken.de

Bibliografia

1. Gorard DA, Gomborone JE, Libby GW, Farthing MJ. Intestinal transit in anxiety and depression. *Gut* 1996; 39 (4): 551–5.
2. Halpin SJ, Ford AC. Prevalence of symptoms meeting criteria for irritable bowel syndrome in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012; 107 (10): 1474–82.
3. Matthes H. Imperativer Stuhl drang – ein drängendes Problem. *Bauchredner* 2013, 1: 70–75.
4. Mawdsley JE, Jenkins DG, Macey MG, Langmead L, Rampton DS. The effect of hypnosis on systemic and rectal mucosal measures of inflammation in ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 2008; 103 (6): 1460–9.
5. Moser G. Hypnose bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED). *Bauchredner* 2012, 4: 38–41.

stino, ma cerco di controllarmi con l'ipnosi quotidiana. Certe volte non è così semplice guidare i miei pensieri, ma ci lavoro.

... Ho anche notato che non mi stresso più così tanto per ogni piccolezza e provo a fare cose che mi fanno bene. E non me la svigno più se suonano alla porta o squilla il telefono ... Il mio atteggiamento ora è che se va, va, e se non va, va bene lo stesso. Penso più a me stessa. Non so se forse è un atteggiamento troppo egoista ... ma ho notato che altrimenti mi buttavo sempre a capofitto quando qualcuno mi chiedeva qualcosa oppure cercavo di accontentare tutti, e questo spesso non mi faceva bene e spesso mi arrabbiavo con me stessa. Ora invece penso: no! In questo momento proprio no, basta!

In ogni caso, ogni giorno recupero un pezzetto della mia vita e di fiducia in me stessa e questa è una bella sensazione. Se le mie paure sparissero del tutto sarei felicissima.»

Postilla al caso di esempio

Non è possibile affermare scientificamente quanto la terapia farmacologica per l'infiammazione intestinale, il trattamento psicologico e il consumo di kefir iniziato dalla paziente abbiano contribuito al miglioramento dei sintomi o se, invece, si è trattato di una remissione spontanea che si sarebbe comunque verificata anche senza alcuna terapia.

LE CORRELAZIONI

Dr. med.
Katja Scholz

Medico capoclinica Servizio di consulenza e liaison, Clinica di psichiatria, psicoterapia e psicosomatica, Ospedale universitario psichiatrico Zurigo

Correlazione fra le malattie infiammatorie croniche intestinali e la psiche

I disturbi d'ansia, con una prevalenza nel corso della vita del 29%^[2], sono tra i disturbi psichiatrici più comuni, insieme a quelli affettivi e delle dipendenze. Si manifestano in caso di maggiore vulnerabilità verso i disturbi d'ansia a cui si aggiungono fattori che generano paure, per es. esperienze traumatiche infantili o situazioni di vita stressanti. I disturbi d'ansia compromettono in maniera considerevole la qualità della vita delle persone interessate. Tuttavia, tali disturbi sono ancora per lo più sconosciuti. Se non curati, i disturbi d'ansia hanno spesso un'evoluzione cronica.

La paura, in quanto cosiddetta emozione di base, rappresenta uno degli affetti primari. L'emozione della paura, in quanto segnale biosociale, contribuisce a confrontarsi con l'ambiente avendo consapevolezza dei rischi e svolge un ruolo importante nelle relazioni interpersonali.

La paura, in quanto fenomeno psicologico normale, rafforza anche le funzioni somatiche e psichiche di difesa ed è un sistema di allarme biologico evolutivo importante per la sopravvivenza. La percezione soggettiva della paura, in generale, è caratterizzata da una sensazione spiacevole di minaccia e preoccupazione.

Si parla di paura patologica quando si manifesta in maniera eccessiva rispetto alla situazione scatenante ovvero quando non esiste un pericolo oggettivo.

La paura come sintomo unico è aspecifica e può manifestarsi nel caso di molte malattie psichiche come, per esempio, depressione, schizofrenia, disturbi della personalità, dipendenze e può essere associata a malattie somatiche.

La paura colpisce tutto l'organismo e si manifesta a livello sia fisico che psichico. A livello fisico i sintomi più ricorrenti sono tremore, sudore, dolore al petto, insufficienza respiratoria, palpitazioni, nausea e parestesie.

sia. A livello cognitivo il paziente soffre di disturbi della concentrazione, nervosismo, sonnolenza e ha paura di perdere il controllo.

Epidemiologia

I disturbi d'ansia possono manifestarsi sempre, tuttavia, l'infanzia e l'adolescenza sono le età di maggior rischio per sviluppare i sintomi della paura. La prevalenza del 20% già in età infantile e adolescenziale è molto alta tanto che i disturbi d'ansia in questa fase dello sviluppo rappresentano il fenomeno psicopatologico più frequente.

Risultati di studi epidemiologici suggeriscono che i disturbi d'ansia sono associati a caratteristiche socio-demografiche, genetiche, di personalità e ambientali. Un fattore sociodemografico è, per esempio, il sesso femminile, mentre un fattore ambientale è lo stile educativo dei genitori e esperienze di vita durante l'infanzia (abuso, abbandono, separazione dei genitori)^[2]. Occorre tuttavia sottolineare che i disturbi d'ansia sono un'interazione estremamente complessa di molti fattori differenti che non può essere spiegato soltanto dal punto di vista epidemiologico.

Diagnosi e evoluzione

La diagnosi di un disturbo d'ansia viene effettuata attraverso un'anamnesi dettagliata, che comprende gli aspetti patologici, biografici, di personalità e somatici.

Per una diagnosi differenziale è necessario escludere le malattie cardiovascolari, endocrinologiche, metaboliche, neurologiche, polmonari e immunologiche. Inoltre deve essere redatta un'anamnesi completa dei farmaci e delle dipendenze^[1,2].

Sul piano clinico, si distinguono, in base alla sintomatologia presente, i vari disturbi d'ansia come, per esempio, il disturbo d'ansia generalizzato (GAD), l'attacco di panico con o senza agorafobia, le fobie sociali, i disturbi da stress post-traumatico e fobie specifiche così come i disturbi ossessivo-compulsivi. Con il termine fobie vengono indicate le paure di eventi, situazioni, oggetti o persone che suscitano nell'interessato il desiderio di evitare il motivo all'origine della paura. Le fobie possono essere molto diversificate:

- l'agorafobia definisce la paura degli spazi pubblici o dei raggruppamenti di persone;

- le fobie sociali si caratterizzano per il terrore di essere giudicati negativamente o ridicolizzati dagli altri, spingendo gli interessati a evitare tali circostanze;
- gli attacchi di panico sono caratterizzati da gravi crisi di ansia improvvise, inattese e ricorrenti senza che vi sia un motivo somatico.

La sensazione di ansia è quasi sempre accompagnata da tachicardia, sensazione di costrizione toracica e difficoltà respiratoria. Altri disturbi sono: vertigini, dolori addominali, nausea e vomito.

Comorbidità

I disturbi d'ansia sono, di frequente, associati a numerose malattie somatiche e psichiche, fra cui principalmente le malattie cardiocircolatorie e cardiovascolari, emicrania, epilessia, morbo di Parkinson, diabete mellito, malattie intestinali ed epatiche croniche, cancro e ictus.

Un trattamento psicoterapeutico e farmacologico dell'ansia è, dunque, necessario per migliorare la qualità della vita e dovrebbe essere iniziato prima possibile.

Terapia farmacologica

Per il trattamento dei disturbi d'ansia sono impiegati, prevalentemente, antidepressivi, fra cui gli inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina (SSRI), gli inibitori della ricaptazione di serotonina e noradrenalina (SNRI), gli inibitori delle monoamino ossidasi (MAO) o, anche, i neurolettici atipici come la quietapina^[1]. Inoltre, le benzodiazepine sono considerate una delle opzioni terapeutiche più efficaci grazie al loro rapido effetto. L'uso prolungato, tuttavia, è considerato problematico in quanto è possibile che si sviluppi una tolleranza e una dipendenza.

Oltre alla terapia farmacologica, il successo del trattamento richiede anche il ricorso a metodi psicoterapeutici come, per esempio, la terapia comportamentale cognitiva^[4], la terapia psicodinamica o le tecniche di rilassamento quali il metodo di rilassamento muscolare progressivo di Jacobsen. I pazienti dovrebbero, inoltre, essere informati sulle origini della malattia e sui meccanismi d'azione delle terapie. Fino a pochi anni fa era convinzione comune che i pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), per esempio la colite ulcerosa o il morbo di Crohn, non traessero alcun beneficio dalla psicoterapia. È stato, invece,

dimostrato che i pazienti con MICI e umore depressivo e ansie presentano un rischio più alto di un'attività più accentuata della malattia. La psicoterapia può, quindi, contribuire a una riduzione delle ricadute se i pazienti imparano a gestire le paure e le sensazioni depressive^[4].

Malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) e stress

Le malattie infiammatorie croniche intestinali sono considerate malattie fisiche con predisposizione genetica e sono influenzate da fattori ambientali, fra cui lo stress occupa una posizione centrale. Le malattie intestinali, da un lato, sono fonte di stress e, dall'altro, lo stress comporta spesso un peggioramento della malattia. Le fasi di forte riacutizzazione della malattia possono portare umore depressivo, isolamento sociale e problemi sociali. Lo stress nella vita quotidiana, a sua volta, si ripercuote in maniera sfavorevole sullo stato generale provocando l'aumento dei dolori addominali, della diarrea e la riacutizzazione della malattia.

I pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), oltre alla diarrea, soffrono della paura di nuove ricadute, perdita del posto di lavoro o della capacità lavorativa e, inoltre, provano forte vergogna nei confronti dei familiari, del partner, dei conoscenti e dei colleghi^[11]. Circa il 30%^[9] dei pazienti con MICI nascondono, in base alla loro esperienza, la malattia sul posto di lavoro. I disturbi psichici possono essere una conseguenza del morbo di Crohn a causa dello stress legato alla malattia. Gli adolescenti con MICI^[7], rispetto ai loro coetanei sani, sono più ansiosi e depressi e riportano maggiori difficoltà di tipo sociale. Il trattamento della malattia depressiva è, inoltre, indice di una cattiva qualità della vita.

Studi prospettivi hanno dimostrato che i pazienti con MICI e umore depressivo, stress acuto e ansie presentano un rischio più alto di un'attività più accentuata della malattia^[9]. Bitton et al.^[3] hanno dimostrato che nei pazienti con morbo di Crohn che presentano meno stress e meno tendenza all'isolamento risulta inferiore anche l'attività della malattia.

I pazienti con morbo di Crohn, rispetto a quelli con colite ulcerosa o altre malattie croniche, soffrono con maggior frequenza di disturbi psichici (50% depressioni) e presentano una peggiore qualità della vita. Miehsler et al.^[6] hanno dimostrato che nei pazienti con morbo di Crohn l'ansia è un problema più frequente della depressione (37% vs 18%). Fuller-Thomsen et al. hanno dimostrato che la depressione è tre volte più frequente nei pazienti con MICI che nella popolazione generale (16,3% vs 5,6%)^[5].

L'Organizzazione europea del morbo di Crohn e della colite ulcerosa (ECCO)^[4] raccomanda un supporto psicoterapeutico a quei pazienti che, oltre alla depressione e disturbi d'ansia, soffrono anche di un elevato livello di stress e una gestione sfavorevole della malattia. Il trattamento psicoterapeutico persegue soprattutto l'obiettivo di migliorare la gestione della malattia e l'elaborazione dello stress.

Conclusioni

I disturbi d'ansia sono fra le malattie di base psichiatriche più frequenti. Possono manifestarsi in qualsiasi momento e sono associate, per esempio, a caratteristiche sociodemografiche e genetiche. I pazienti di sesso femminile, per esempio, presentano una tendenza maggiore ad ammalarsi di ansia; inoltre lo stile educativo dei genitori e esperienze di vita traumatiche durante l'infanzia svolgono un ruolo importante nello sviluppo dei disturbi d'ansia. I disturbi d'ansia sono associati a numerose malattie somatiche e psichiche, in primo luogo quelle cardiovascolari, il diabete mellito e le malattie croniche intestinali. Oltre a una terapia farmacologica sono impiegati soprattutto metodi psicoterapeutici come, per esempio, la terapia comportamentale cognitiva.

I pazienti con MICI soffrono di diverse paure: paura di nuove recidive, paura dell'isolamento sociale, paura degli effetti indesiderati dei farmaci; inoltre, spesso, si osserva un senso di profonda vergogna nei confronti del prossimo. Lo stress comporta, spesso, un peggioramento della malattia. I pazienti con MICI e umore depressivo e ansie presentano un rischio più elevato di attività acuta della malattia. La psicoterapia è consigliata ai pazienti con MICI che, oltre a depressione e disturbi d'ansia, soffrono anche di un elevato livello di stress e una gestione sfavorevole della malattia. La psicoterapia persegue l'obiettivo di imparare a gestire la malattia e a elaborare lo stress.

Bibliografia

1. Bandelow B. Pharmakotherapie der Angststörungen. In Angststörungen. Klinik-Forschung-Therapie. Kohlhammer Verlag.
2. Beesdo-Baum K., Knappe S. Epidemiologie: Häufigkeit, Verlauf und Therapie. In Angststörungen. Klinik-Forschung-Therapie. Kohlhammer Verlag.
3. Bitton A., Dobkin PL., Edwardes MD., Sewitch MJ., Meddings JB., Rawal S. Predicting relapse in Crohn's disease: a biopsychosocial model. *Gut* 2008; 57: 1386–92.
4. Evertsz', Bennebroek F. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the quality of life of patients with inflammatory bowel disease: multi-center design and study protocol (KLIC- study) *BMC Psychiatry*, 12 (1), p. 227, Dec 2012.
5. Fuller-Thomsen E., Sulman J. Depression and inflammatory bowel disease: findings from two nationally representative Canadian surveys. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12: 697–707.
6. Iacovides A, Siamouli M. Comorbid mental and somatic disorders: an epidemiological perspective. *Current Opinion in Psychiatry* 2008, 21: 417–421.
7. Mackner LM, Crandall WV, Szigethy EM. Psychosocial functioning in pediatric inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12: 239–44.
8. Miehlsler W., Weichselberger M., Offerlbauer E. Which patients with IBD need psychological interventions? A controlled study. *Inflamm Bowel Dis* 2008; 14: 1273–80.
9. Moser G. Psychosomatics (Diagnostics and treatment of Chron's Disease – results of an evidence-based consensus conference of the German Society for Digestive and Metabolic Diseases) *Z Gastroenterol* 2003; 41: 50–1.
10. Ortega AN., Feldman JM. et al. Co-occurrence of mental and physical illness in US Latinos. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 927–934.
11. Sonnenmoser M.: Morbus Crohn: Schamgefühle prägen den Alltag. *Deutsches Ärzteblatt* PP 8, Ausgabe Januar 2008, 29–31.
12. Zwanzger P., Dlugos A. Diagnostische Einteilung von Angststörungen. In: Angststörungen. Klinik-Forschung-Therapie. Kohlhammer Verlag.

LA DIAGNOSI DEL MORBO DI CROHN SCATENA INFINITE PAURE!



Patrick Widmer

Supervisore-coach
bso www.cso-widmer.ch

Mi chiamo Patrick Widmer, ho 51 anni e vivo a Zizers, GR.

Durante la scuola reclute, avevo spesso problemi digestivi, ero debole, spento e in generale molto stanco. Per molto tempo le visite mediche non hanno riscontrato niente. Fui bollato come simulatore. Quando i dolori addominali divennero insopportabili e la febbre sali pericolosamente, finii al pronto soccorso dell'ospedale distrettuale di Aarberg con una sospetta appendice scoppiata. Un'operazione d'emergenza mi salvò la vita.

Dopo una degenza di tre settimane fui dimesso con un drenaggio nell'addome per il liquido purulento.

Poiché, dopo diverse settimane, continuava a fuoriuscire pus dalla ferita, fui sottoposto ad altri accertamenti e a una nuova grande operazione durante la quale mi fu asportato un pezzo d'intestino e mi fu diagnosticato il morbo di Crohn. Era la primavera del 1989. Non avevo idea di cosa avrebbe significato per me, per la mia futura vita personale e professionale. Ero del tutto insicuro e avevo PAURA.

Dopo alcuni mesi di cure con molti farmaci a me sconosciuti e riposo potei lentamente tornare a lavorare.

Nei mesi e anni successivi, fortunatamente, ebbi raramente dei disturbi. L'evoluzione era dunque così buona che presto smisi di pensarci. Conclusi gli studi alla scuola universitaria professionale di telecomunicazioni/informatica, segui poi uno studio come ingegnere in economia: la mia responsabilità sul lavoro aumentava sempre di più.

Nel 1999 la situazione professionale era difficile e lo stress sul lavoro enorme. Nella primavera del 2000 sarebbe dovuto andare tutto meglio: matrimonio in vista e un viaggio intorno al mondo di quattro mesi. La fe-



licità all'idea di questi cambiamenti era enorme ... ma poi arrivò il fulmine a ciel sereno. Il sabato di Pasqua, dieci anni dopo la prima attività della malattia, improvvisamente sentii forti dolori addominali. Capii subito che il morbo di Crohn era tornato. Segui un ricovero ospedaliero di diverse settimane. Gli specialisti tentarono invano di tenere sotto controllo la recidiva con diversi farmaci. Segui una seconda operazione con l'asportazione di un altro pezzo di intestino. Ero completamente distrutto. Ero fermamente convinto che non avrei mai più avuto ricadute. Mi ero aggrappato alla speranza di una diagnosi errata, il mio castello di carte era crollato e avevo molta paura!

Paura del futuro, paura di non poter più tornare alla mia «vita normale», paura di non poter più fare niente, di non essere più abbastanza, sì, paura di perdere il lavoro. Paura della prossima ricaduta, paura di problemi nel rapporto di coppia a causa della malattia, paura di dovermi sottoporre a continue visite e ricoveri ospedalieri, del dolore ... Non riuscivo più ad addormentarmi, stavo a letto sveglio e avevo paura. Seguirono dei veri e propri attacchi di panico, con piedi freddi, fronte sudata, tachicardia ... paura della paura!

Nei mesi successivi provai diverse cose per controllare la paura: parlavo con mia moglie, gli amici e la famiglia, esercizi di rilassamento, training autogeno, kinesiologia, ecc. Lentamente, passo dopo passo la situazione migliorò. La mia vita tornava alla normalità.

Rimanevano piccole ansie: per esempio un'influenza o un normale disturbo di stomaco facevano subito riaffacciare alla mente il pensiero del morbo di Crohn.

Alcuni anni fa iniziai a confrontarmi con questioni esistenziali e decisi di fare una formazione come supervisore-coach. Durante la formazione mi sono confrontato intensamente con me stesso, ho riflettuto e pensato molto e ho lavorato su di me. Ho imparato un nuovo modello che mi ha aiutato incredibilmente in questo mio percorso: la logosintesi^{®*}. Utilizzo

Breve biografia di Patrick Widmer

Mi chiamo Patrick Widmer, ho 55 anni, sono sposato e vivo con mia moglie e due mice a Zizers, cittadina vitivincola dei Grigioni. Sono cresciuto a Arosa.

I miei hobby preferiti sono i viaggi e le immersioni. Adoro immergermi e scoprire il mondo subacqueo nei luoghi più diversi. In inverno, per recuperare dalla fatica del lavoro, vado a sciare o leggo.

Al termine degli studi ho lavorato per alcuni anni come ingegnere Telecom a Winterthur prima di ritornare nei Grigioni. Ho fatto una formazione postdiploma in economia e da oltre 20 anni ricopro una posizione di quadro in Swisscom. In questo ruolo ho sentito il bisogno di occuparmi delle persone in maniera più intensa: lasciare la tecnica e avvicinarmi all'individuo. Alla fine del 2008 ho deciso di approfondire e professionalizzare le mie competenze sociali con una formazione specifica come supervisore-coach presso l'Istituto di Scienze Sociali Applicate ias di Bad Ragaz. Dopo il diploma ho aperto un mio studio nell'interessante ambito della supervisione e coaching.

Tutte le informazioni sul mio curriculum possono essere visualizzati sul mio CV sul mio sito web: www.cso-widmer.ch

molto spesso e volentieri questo modello nella mia attività di coach perché si presta in maniera straordinaria a sciogliere l'ansia e i blocchi.

Lavorando con la logosintesi® sono riuscito a superare molte paure. Quando ripenso ai molti giorni trascorsi nel letto d'ospedale non mi viene più la tachicardia, se ho un disturbo di stomaco non vado subito in panico, l'idea di visite future non mi fa rabbrivire. Riesco a gestire in maniera rilassata la mia malattia. Decido io sulla mia vita, pianifico il futuro e non permetto al morbo di Crohn di dettare la mia vita.

* Le malattie scatenano paure, la sofferenza genera rabbia, dolore e tristezza. Si formano idee e aspettative su come avrebbe dovuto essere la vita. I trattamenti, le visite e i farmaci causano paura. Le operazioni sono situazioni dolorose e stressanti e hanno un impatto anche sull'immagine del nostro corpo.

La logosintesi® è un sistema nuovo e completo per lo sviluppo personale. Viene impiegata nel coaching, nella psicoterapia e nella consulenza così come forma di auto-aiuto.

La logosintesi utilizza il potenziale antico delle parole: elegante ed efficiente. Libera le energie vitali bloccate e ricentra la persona nel qui e ora. Il modello è stato sviluppato dal Dr. Willem Lammers e si basa su un coerente approccio olistico.

CONDIZIONI



**Andrea C.
Messora**

La strada per il paradiso talvolta passa per l'inferno, ma conviene percorrerla!

Nella primavera del 2022 ho vissuto tre mesi a Firenze: palazzi, giardini, chiese, ponti, dipinti e sculture catturano ancora oggi i visitatori e li riportano all'epoca del Rinascimento che ha reso famosa e potente la città. Negli spazi più ristretti si possono ammirare, in questa città sull'Arno, opere d'arte di inestimabile valore come, per esempio, il David. È una sensazione straordinaria girovagare per la città sapendo che, molti anni prima, uomini come Leonardo da Vinci o Michelangelo hanno percorso gli stessi vicoli.

Personalmente trovo che il Duomo di Santa Maria del Fiore sia l'opera in assoluto più maestosa della città. La quarta cattedrale al mondo per dimensioni fu consacrata nel 1436 da Papa Eugenio IV e da allora è l'emblema di Firenze.

Mi ricordo ancora perfettamente la prima volta che percorsi la Via dei Pecori che porta a Piazza Duomo. Un passo dopo l'altro ero letteralmente sopraffatta dalla bellezza del Duomo e dovevo fermarmi per ammirare questo spettacolo.

I fiorentini dicono che non si può non salire sulla cupola e godersi la magnifica vista. Mi hanno consigliato di salire i 463 gradini la mattina presto perché dopo le dieci la piazza del Duomo si riempie di interminabili file di turisti.

Comprai quindi un biglietto e iniziai a salire, gradino dopo gradino, verso la vetta: la salita si snoda fra la parete esterna del Duomo e quella interna, per lo più su una scala a chiocciola. A destra, sinistra, sopra e sotto si è circondati da grandi pietre scure. Non c'è molto spazio e questo spiega il perché del percorso a senso unico. Delle lampadine fanno un po' di luce e attraverso le finestrelle si riesce a immaginare più o meno dove ci si trova. L'aria è piacevolmente fresca. Salii in cima senza problemi. Poco prima di arrivare su diventa più luminoso e finisce il percorso fra le due pareti del Duomo. Seguì le poche persone che avevano avuto



la mia stessa idea. Arrivai quindi sulla soglia di un piccolo balcone che costeggiava l'intera cupola del Duomo con un diametro di 45 metri. Adesso avevamo la straordinaria opportunità di ammirare da vicino i maestosi affreschi all'interno della cupola.

Ebbi la sensazione improvvisa che nelle mie vene scorresse il doppio di sangue, il mio cuore batteva così forte che ogni battito sembrava rimbombare in tutto il corpo, sembrava che le gambe non mi reggessero più. Trattenni il respiro e mi morsi il labbro inferiore, le mie mani si strinsero involontariamente in un pugno. Fui attraversata da brividi di caldo e freddo, migliaia di pensieri mi attraversavano la testa alla velocità della luce e mi disorientavano. Mi ricordo ancora tutte queste reazioni.

Non serve che dica che in quel momento non ero più interessata né agli affreschi del Vasari né alla rivoluzionaria cupola del Brunelleschi.

Ma non avevo scelta. Il percorso a senso unico mi costringeva a uscire sul balcone. Iniziai a percorrere lo stretto balcone a 55 metri di altezza in maniera incontrollata, mettendo un piede davanti all'altro. La mia mano destra bagnata di sudore stringeva la ringhiera in pietra. Non guardavo né verso il basso né verso l'alto, soltanto davanti a me. Il mio obiettivo era

una porticina proprio di fronte al posto in cui mi trovavo. Ebbi l'occasione di gustare a pieno il mio stato di paura, perché le persone che avevo davanti, al contrario di me, non volevano lasciare il balcone prima possibile: si prendevano del tempo, ammiravano gli affreschi e scattavano foto. Poiché il percorso è così stretto da non consentire di superare gli altri, chiusi gli occhi nell'attesa di poter fare un passo avanti. Finalmente riuscii a uscire dal balcone. Quando mi ritrovai al sicuro fra le pareti del Duomo, tutte le paure scomparvero con la stessa velocità con cui erano comparse. L'ultima tappa fu un gioco da ragazzi.

Arrivata in cima mi si presentò allo sguardo un'immagine superlativa: una vista fantastica su questa città straordinaria. Stavo d'incanto anche se ora mi trovavo a più di 80 metri dal suolo. Mi sedetti su una panca e gettai lo sguardo sul mare di infiniti tetti di tegole rosse, interrotto ora da un palazzo, ora da una chiesa o da un giardino.

Da allora sono tornata a Firenze tante volte. Nonostante le paure angoscianti patite durante la salita, a ogni visita torno sulla cupola. Affronto questo stato di terrore sapendo che ciò che mi attende lassù è qualcosa di travolgente.

CONTATTI



Gabriela Bretscher

6003 Lucerna
www.mitherzfeuer.ch
hallo@mitherzfeuer.ch



Patrick Widmer

7205 Zizers
pw@cso-widmer.ch
www.cso-widmer.ch



Diana Dietrich

3012 Berna
diana@crohn-coaching.ch

Indirizzi utili per persone che soffrono di disturbi d'ansia e depressione

Organizzazioni di auto-aiuto e pazienti

Angst- und Panikhilfe Schweiz (aphs)

Hotline 0848 801 109

E-mail: aphs@aphs.ch

www.aphs.ch

EQUILIBRIUM

Associazione per far fronte alla depressione

Telefono 0848 143 144

E-mail: info@depressionen.ch

SOS: help@depressionen.ch

www.depressionen.ch

Auto-aiuto Svizzera – assistenza di gruppi di auto-aiuto

Telefono 0848 810 814

E-mail: info@selbsthilfeschweiz.ch

www.selbsthilfeschweiz.ch

GRAAP

Gruppo di accoglienza e azione psichiatrica

Telefono 021 647 16 00

Fax 021 643 25 83

info@graap.ch

www.graap.ch

VASK

Associazione delle organizzazioni regionali dei familiari dei malati psichici

Telefono 044 240 12 00

E-mail: info@vask.ch

www.vask.ch

Fondazione Svizzera Pro Mente Sana

Consulenza per questioni sociali, legali e psicologiche
Telefono 0848 800 858
www.promentesana.ch

NPG/RSP Rete Salute Psicica Svizzera

Informazioni su alleanze contro la depressione
Telefono 031 350 04 04
www.npg-rsp.ch

Alleanze contro la depressione

Appenzello Esterno: www.buendnis-depression.ar.ch
Appenzello Interno: www.buendnis-depression.ai.ch
Basilea città (Alles Gute): www.allesgutebasel.bs.ch
Berna: www.berner-buendnis-depression.ch
Ginevra: www.alliance Depression.ch
Grigioni: www.bbgd.ch
Lucerna: www.kantonsarzt.lu.ch/index/luzerner_buendnis
Soletta: www.solothurner-buendnis.so.ch
San Gallo: www.forum-psychische-gesundheit.ch
Thurgau: www.buendnis-gegen-depression.tg.ch
Zugo: www.zugerbuendnis.ch

Associazioni professionali

SSAD

Società svizzera per l'ansia e la depressione

E-mail: info@sgad.ch
www.sgad.ch



Crohn Colite Svizzera
5000 Aarau
www.crohn-colitis.ch

Conto postale per donazioni: 50-394-6
0800 79 00 79
welcome@crohn-colitis.ch

Con il gentile supporto di:



abbvie