

SUPSI

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale (DEASS)
Corso di laurea in Cure Infermieristiche

**IL RAPPORTO MENTE-CORPO NELLA SINDROME DEL COLON
IRRITABILE: APPROCCIO DI CURA INTEGRATA NELLA PRATICA
INFERMIERISTICA**

Lavoro di tesi (*Bachelor Thesis*)

di

Sheryl Balestra

Direttore di tesi: Giorgio Tarabra

Manno, 2022

ABSTRACT

Background:

Nell'erogazione della cura, quali professionisti, è fondamentale considerare sempre i meccanismi attraverso cui la mente e il corpo si influenzano reciprocamente in modo da attuare interventi mirati a migliorare il benessere psico-fisico del paziente.

Il seguente lavoro ha come obiettivo quello di comprendere approfonditamente la relazione mente e corpo e le relative implicazioni, più nello specifico nella sindrome dell'intestino irritabile.

Essendo la sindrome del colon irritabile un disturbo molto diffuso, questo elaborato vuole cercare di comprendere il ruolo infermieristico atto ad incrementare la qualità di vita dei pazienti.

Metodo:

La metodologia usata per questo lavoro è la revisione della letteratura. Gli articoli utilizzati sono stati tratti dalle seguenti banche dati: CINAHL Complete (Ebsco) e PubMed; a compimento della ricerca, sono stati identificati quattro articoli.

Risultati:

La figura dell'infermiere risulta essere fondamentale nel percorso di cura di questa tipologia di pazienti, siccome permette di promuovere l'autogestione dei sintomi somatici e in particolare del dolore intestinale attraverso il sostegno relazionale.

Emerge inoltre, che spesso questi utenti non si sentono accolti e ascoltati dal personale curante, ma anzi, riportano sentimenti di frustrazione relativi alla sensazione che i professionisti banalizzino i loro vissuti di malattia; da ciò ne deriva un aumento dei costi della salute dovuto alle molteplici visite mediche.

Conclusioni:

È necessario che i curanti assumano una visione sistemica basata su un approccio di cura salutogenico che tenga conto di tutti i determinanti della salute; le ricerche della psico-neuro-endocrino-immunologia (PNEI) rappresentano un valido riferimento per orientare lo sguardo in questo senso.

I professionisti della salute devono considerare che quello che succede nella psiche di una persona può avere delle conseguenze importanti sulla sua salute somatica; inoltre, il modo in cui la persona vive la malattia è influenzato da molteplici fattori che vanno considerati nella loro interazione complessa.

Keywords:

Irritable bowel syndrome, Nursing, Quality of life

Sommario

1.	Introduzione	5
1.1	Motivazione personale	5
1.2	La definizione del problema	6
2.	Scopo e obiettivi	7
3.	Presenza in cura di un paziente affetto da IBS da un punto di vista interprofessionale	8
4.	Background	14
4.1	LA SINDROME DEL COLON IRRITABILE	14
4.1.1	Definizione e sintomi	14
4.1.2	Eziologia ed epidemiologia	14
4.1.3	Diagnosi	14
4.1.4	Trattamento	15
4.1.5	Diagnosi differenziale	15
4.2	ADOPTARE UNO SGUARDO ADEGUATO	16
4.2.1	La definizione di paradigma	16
4.2.2	Il paradigma positivista	17
4.2.3	Il paradigma ecologico	17
4.3	LA RELAZIONE MENTE E CORPO	19
4.3.1	Le parole attivano le stesse vie dei farmaci	21
4.3.2	Effetto placebo e implicazioni	22
4.3.3	L'influenza dell'attaccamento sulle malattie	23
4.4	LO STRESS E LA MALATTIA	25
4.4.1	Il prezzo biologico dello stress	26
4.4.3	La prevenzione dello stress	28
5.	Metodologia	30
5.1	Revisione della letteratura	30
5.2	Il PIO	30
5.3	Chiavi di ricerca	31
5.4	Criteri di inclusione e criteri di esclusione	31
5.5	Il diagramma di flusso	32
6.	Risultati	33
6.1	Analisi degli articoli selezionati	33
6.2	Aspetti comuni degli articoli	39
6.3	Valutazione dei risultati	40
6.4	Discussione dei risultati	42
6.5	Limiti della ricerca	43
7.1	Ruolo infermieristico	44
7.2	Le competenze dell'infermiere SUP	44
7.3	Raccomandazioni ai professionisti	45

8. Conclusioni.....	46
9. Ringraziamenti	46
10. Bibliografia	47
11. Allegati	50

1. Introduzione

Ho deciso di affrontare la tematica della sindrome dell'intestino irritabile e l'influenza dello stress su questo disturbo e qual è il ruolo infermieristico nella gestione dei pazienti.

La scelta di questo argomento deriva dal vissuto personale come paziente e dalla mia esperienza professionale che mi hanno permesso di osservare come la maggioranza dei curanti avesse uno scarso interesse nel considerare anche l'aspetto psicologico dei pazienti, cioè un atteggiamento nei confronti delle malattie psico-somatiche perlopiù banalizzante. Inoltre, si tratta di una patologia molto diffusa, siccome solo in Svizzera più di una persona su dieci accusa disturbi gastrointestinali racchiusi nel nome di sindrome dell'intestino irritabile (Concordia, s.d).

1.1 Motivazione personale

Sempre più frequentemente tutti noi sentiamo parlare di malattie gastrointestinali croniche di origine autoimmune, come per esempio il morbo di Crohn e la colite ulcerosa, che sono sempre più diffuse soprattutto in età giovanile.

Esse però, a differenza della sindrome di cui parlerò in questa tesi, sono delle patologie cosiddette organiche e, come tali, vengono trattate attraverso delle terapie specifiche e un accompagnamento multidisciplinare.

Quando si sente parlare di sindrome del colon irritabile invece, nonostante essa sia più diffusa, raramente si hanno delle conoscenze su di essa e a quali difficoltà va incontro la persona che ne è affetta.

Questa malattia è un disturbo di tipo funzionale, ovvero che non provoca nessun danno all'intestino.

Il motivo per cui ho deciso di affrontare questo tema, è che ritengo sia importante riuscire a sensibilizzare le persone su come nonostante sia considerata 'solo' un disturbo psicosomatico, essa possa condizionare in modo importante la qualità di vita dei pazienti. Alla base di questa scelta, vi è un'esperienza e un interesse personale nei confronti dei disturbi somatici che alla base trovano anche una causa psicologica, ma non solo.

Durante il terzo stage del mio percorso formativo effettuato in un reparto di chirurgia, ho potuto constatare come alcuni pazienti giovani affetti da problematiche di natura ansiosa, poi accusassero dei disturbi anche a livello gastrointestinale. Il comportamento dei curanti nei loro confronti mi ha spinto ad elaborare delle riflessioni a cui accennerò ora e che avrò la possibilità di approfondire in seguito.

La riflessione che ritengo più importante sottolineare per giustificare questa mia scelta di tesi, è la seguente: tra tutti gli infermieri con cui ho avuto il piacere di lavorare, soltanto una di loro si avvicinava ai pazienti considerando prevalentemente anche lo stato psico-emotivo e le possibili implicazioni a livello fisico; questo è sicuramente un aspetto su cui ritengo importante soffermarmi e riflettere.

Negli ultimi anni, nonostante i progressi della medicina, si fatica a considerare la mente e il corpo come un'unica entità, le cui componenti sono in grado di influenzarsi vicendevolmente.

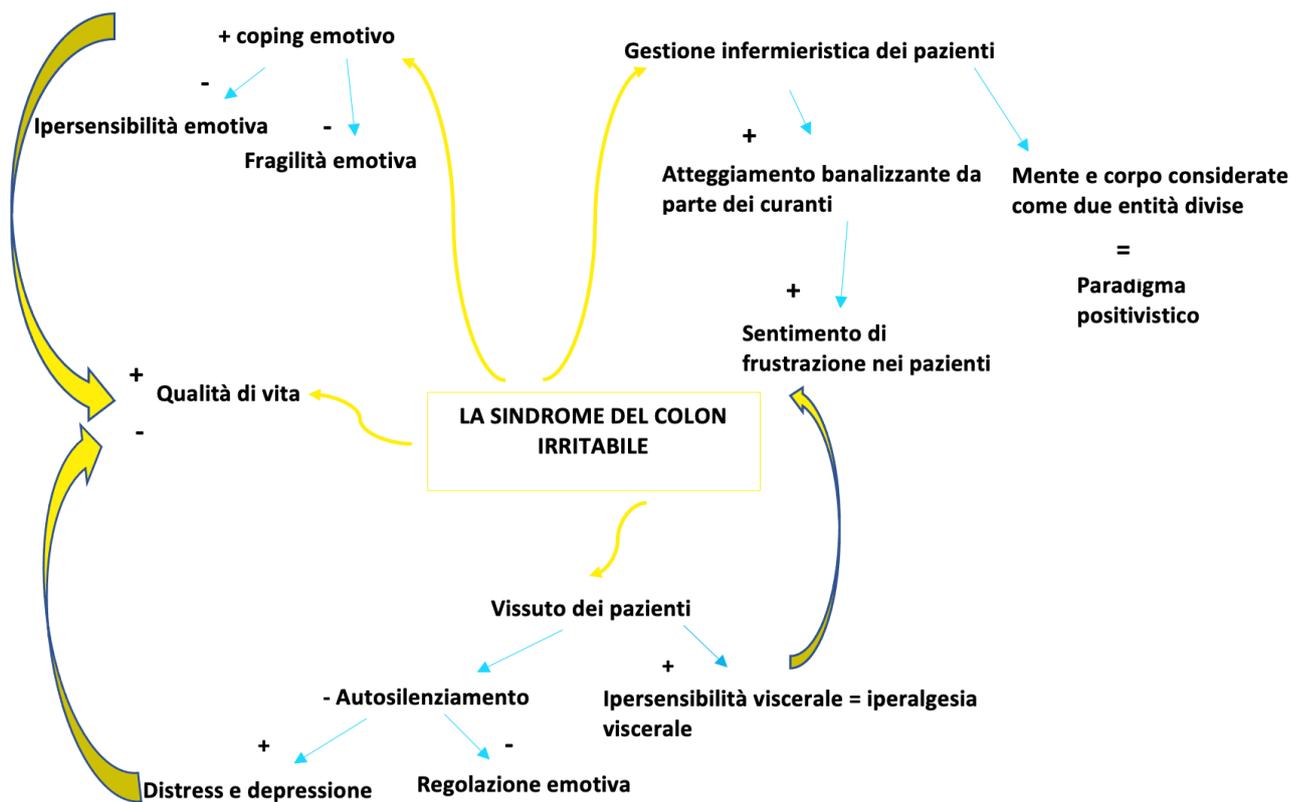
Il mio auspicio è che in futuro sempre più colleghi riescano a dare un maggior peso all'aspetto psicologico dei pazienti di cui si prendono cura, e soprattutto che, durante l'erogazione delle cure, si cerchi sempre di favorire l'emergere di emozioni gradevoli, in quanto esse favoriscono il processo di guarigione.

1.2 La definizione del problema

Per definire il problema che si è scelto di indagare ed affrontare attraverso l'elaborazione di questa tesi, si è deciso di costruire una mappa mentale che raffigurasse i potenziali ostacoli ad una corretta gestione infermieristica di una persona affetta dalla sindrome dell'intestino irritabile.

La mappa seguente evidenzia a livello grafico quale può essere una lettura della complessità in gioco; essa non intende essere esaustiva, ma ha l'ambizione di mostrare quanto le variabili si influenzino a cascata e ci sia quindi una relazione tra le stesse.

Accanto alle frecce vi è un segno + o un segno - che indicano la qualità del *feedback*, ovvero se esso è di potenziamento (*feedback* positivo) o di equilibrio (*feedback* negativo).



La sindrome del colon irritabile è una patologia funzionale basata su tre meccanismi fisiopatologici principali:

- Aumento della percezione degli stimoli provenienti dal tratto digestivo (detta anche ipersensibilità viscerale)
- Modificazioni dell'attività motoria gastrointestinale
- Disturbi della dimensione psicologica (Unigastro, s.d.).

Numerosi studi hanno documentato la presenza di disturbi di natura psicologica nei pazienti; inoltre, quelli affetti da patologie gastrointestinali, sono più soggetti a sviluppare sintomi somatici esaltati come conseguenza a eventi stressanti (Unigastro, s.d.).

Un altro aspetto importante è che a lungo termine anche i disturbi somatici gastrointestinali possono causare dei malesseri psicologici; pertanto si ritiene che la relazione tra i fattori psicologici e i disturbi digestivi funzionali, siano di natura bi-direzionale (Unigastro, s.d.). Tutto ciò porta a una diminuzione della qualità di vita.

In passato, la ricerca suggeriva che la maggioranza degli infermieri che si occupavano di questa tipologia di pazienti assumevano atteggiamenti negativi nei loro confronti;

quest'ultimi erano considerate persone in cerca di attenzione, incapaci di affrontare le difficoltà della vita e che consultavano inutilmente i medici (Smith, 2006).

Mancin (2019), si domanda se i curanti, ma soprattutto i medici di oggi, sono stati formati e cresciuti con un pensiero positivista, per cui sono in grado di concepire un cambiamento di paradigma che li porti fuori da questa visione.

Secondo questa prospettiva deve essere considerato reale solo ciò che può essere dimostrato attraverso delle evidenze scientifiche oppure applicabile alla maggioranza delle persone; tutto quello che non rientra nel mondo scientifico, va considerato privo di consistenza (Mancin, 2019).

Diventa quindi fondamentale che i curanti abbiamo una visione più completa nella quale considerino la sfera psichica e fisica come un tutt'uno; una prospettiva scientificamente adeguata a svolgere questo arduo compito è rappresentata dalla visione del paradigma ecologico.

2. Scopo e obiettivi

Lo scopo è adottare un approccio sistemico nella presa in cura di pazienti affetti da patologie di tipo funzionale, attraverso una conoscenza approfondita della relazione mente e corpo.

Gli obiettivi della tesi sono divisi in due gruppi: conoscitivi ed esplicativi.

A. Obiettivi conoscitivi:

- Conoscere le principali interazioni derivanti dalla relazione mente e corpo nel percorso di malattia della sindrome del colon irritabile
- Indagare la problematica di presa a carico di un paziente affetto dalla sindrome del colon irritabile da un punto di vista interprofessionale

B. Obiettivi esplicativi:

- Riconoscere quali sono le principali implicazioni per la competenza di promotore della salute del profilo infermieristico SUP
- Comprendere in che modo l'infermiere può intervenire per incrementare la qualità di vita e ridurre la sintomatologia del paziente affetto da IBS
- Riconoscere quali sono le principali implicazioni per la competenza di comunicatore del profilo infermieristico SUP

3. Presa in cura di un paziente affetto da IBS da un punto di vista interprofessionale

Per introdurre il tema del lavoro di Bachelor, si è deciso di elaborare quattro domande concernenti l'argomento della relazione mente e corpo e la sindrome del colon irritabile da rivolgere ad un medico specialista in medicina interna generale.

È stata fatta questa scelta per avere la possibilità di considerare anche il parere di un esperto che, con il suo lavoro, si trova confrontato ogni giorno con questa tipologia di pazienti.

Qui di seguito è riportata l'intervista realizzata.

I. Le è mai capitato di occuparsi di pazienti affetti da patologie psicosomatiche? Ricorda se vi erano riflessioni particolari che distinguevano la loro presa in cura dal punto di vista medico?

Sì, è una parte importante del mio lavoro, ed è estremamente frequente.

La tematica della sindrome del colon irritabile consiste in un dolore addominale, di tipo funzionale, ed è sicuramente ricorrente.

Sono pazienti difficili, sono tra i pazienti più complessi e che rappresentano una bella sfida quale medico. Spesso sono anche pazienti che arrivano nel mio studio già in seconda o terza battuta; hanno già consultato vari medici; sono pazienti che fanno un certo tipo di turismo medico alla ricerca di una diagnosi alternativa a quella psicosomatica, perché spesso fanno fatica ad accettare di essere affetti da un disturbo funzionale e quindi vanno sempre alla ricerca di un nuovo medico che possa eventualmente trovare una soluzione al loro problema. Ricercano una diagnosi perché mettono in discussione le diagnosi precedenti. Al giorno d'oggi, avendo la possibilità di visitare Google, riescono a farsi delle idee e vanno anche a cercare delle indagini che non sono state eseguite, perché non ritenute opportune o perché, dopo un certo numero di anni di disturbo, sia utile andare nuovamente ad investigare. Già in questo caso bisogna fare attenzione a non cadere nell'errore di ripartire dall'inizio, ma di tenere presente quello che è stato fatto in precedenza, perché altrimenti si rischia di iniziare con l'idea errata (quando avevo aperto lo studio, ero invaso da questi pazienti). L'intenzione è quella di ricercare una nuova diagnosi, ma in questo modo si fa lo stesso gioco del paziente, perché si entra nell'ottica di eseguire una sequenza di esami che da un certo punto di vista soddisfano il paziente, ma poi arriva comunque la frustrazione di avere una diagnosi diversa da quella/e precedente/i. Di conseguenza, sono pazienti esigenti e quindi bisogna, in qualche modo, anche controllare il nostro impulso di medico di andare ad approfondire determinati percorsi diagnostici che hanno poco senso, e questo comporta anche un aumento dei costi della salute che è reale.

Le è mai capitato che dopo determinate indagini diagnostiche scoprisse che in realtà i disturbi del paziente non erano da ricondurre ad una patologia psicosomatica?

Solitamente, se capita, ci si arriva in fretta e poco dopo la diagnosi; ritengo che sia rarissimo scoprire veramente una patologia che per anni è stata sconosciuta, perché sono pazienti che per il resto stanno bene; hanno il loro dolore/gonfiore addominale/diarrea e fondamentalmente non hanno una compromissione dello stato di salute generale (non hanno sintomi allarmanti), quindi già quello è un criterio abbastanza importante per capire che non si è di fronte a una patologia grave.

È successo però, per esempio, che una mia paziente, con cui ancora oggi a distanza di anni sto cercando di fare un percorso nella quale gestire questi aspetti, l'ho visitata per la prima volta anni fa, in concomitanza con dei disturbi funzionali intestinali che erano già stati indagati. A un certo momento, per un'ipertensione, gli avevo dato un farmaco antipertensivo ed è successa una cosa interessante. Questo farmaco l'ha assunto per diversi anni, e un giorno mi ha telefonato e mi disse che sapeva quale fosse il suo problema, ovvero che la colpa dei suoi disturbi gastrointestinali era da attribuire al farmaco antipertensivo perché sul foglietto illustrativo c'era scritto che poteva causare dolori addominali. Io gli dissi che tanti pazienti che seguivo che erano trattati con questa tipologia di farmaco non avevano avuto quel tipo di problema, ma che sarei andato ad informarmi a riguardo. Effettivamente sul foglietto illustrativo c'era scritto ciò che la paziente mi aveva riferito. A quel punto, la paziente quindi mi disse di aver smesso il farmaco antipertensivo e di stare bene. Naturalmente questi disturbi addominali li aveva già precedentemente all'assunzione del farmaco, ma ogni paziente elabora a modo suo il vissuto; io l'ho comunque confrontata con il fatto che era già venuta in clinica dove aveva questi disturbi; la paziente sosteneva però che erano disturbi diversi.

Un mese dopo la paziente venne in studio e avanzava una rivendicazione nella quale diceva che in quegli anni aveva avuto una spesa economica non indifferente a causa delle indagini diagnostiche svolte, per questo voleva un risarcimento siccome alla fine il problema era stato causato dall'assunzione del farmaco antipertensivo.

Passarono altri due mesi e la paziente tornò in studio lamentando ancora dolori addominali, venne mandata dallo specialista a Zurigo dove la diagnosi venne comunque confermata. In queste situazioni, come medici, bisogna anche fare attenzione a ciò che si dice al paziente; nel suo caso, infatti, dopo l'esecuzione di una TAC, un gastroenterologo le disse che aveva una ptosi dello stomaco (anomalo spostamento dello stomaco nella porzione inferiore dell'addome), la paziente quindi diceva che le avevano trovato quale era la causa dei suoi disturbi. In questi casi, lo specialista deve essere attento a ciò che dice, perché non conoscendo la dinamica della paziente, rischia che la paziente fraintenda le sue parole; infatti, la paziente è rimasta per sei mesi convinta che la causa fosse quella, finché poi non è stata smentita. La paziente ha continuato a venire da me per i suoi dolori, adesso ho un ottimo rapporto con questa paziente, è sempre però oscillante nel pensare che abbia qualcosa che non le è stato diagnosticato e quindi, in realtà, non ha mai elaborato fino in fondo il problema. Le ho proposto anche un supporto psicologico, ma non ha mai voluto, perché in realtà sosteneva che non avesse un disturbo di tipo psicologico, ma somatico.

Il percorso classico di questi pazienti è il seguente: prima passano dalla dietista, poi eventualmente dallo psicologo, alcuni possono andare anche a fare dell'ipnosi; spesso vi è anche la possibilità di trattarli con degli antidepressivi ma, i pazienti che non hanno ancora accettato la diagnosi psicosomatica non accettano questa soluzione (reputano che in questo modo venga psichiatrizzato un disturbo somatico).

Alle volte capita che i pazienti si rechino dal gastroenterologo ogni anno per sottoporsi a dei controlli; a mio parere questo ha poco senso a meno che lo specialista abbia un certo interesse ad occuparsi di questi pazienti; solitamente un gastroenterologo non ha nessun interesse a fare questo siccome hanno già abbastanza lavoro. Spesso mi è capitato che mandassi pazienti da un gastroenterologo per avere una presa a carico comune, ma lo visitavano una sola volta e poi me lo rimandavano. C'è poca propensione nei gastroenterologi a prendere a carico questi pazienti, che poi restano a carico dei medici di famiglia, con eventualmente, se possibile, il supporto di psichiatri o psicologi.

Solitamente i pazienti hanno il loro armamentario di medicinali che prendono secondo il sintomo che accusano, ogni tanto vengono a chiedere se è uscito il farmaco nuovo, ma fondamentalmente non vi sono novità per la sindrome del colon irritabile.

Il paziente che però riesce a capire che è un disturbo psicosomatico, poi lo si vede poco; tanti fanno fatica a collegare il disturbo somatico con un vissuto psicologico; quelli che riescono a fare questo passaggio, spesso vivono anche meglio il momento del peggioramento.

II. Lei si è mai occupato di pazienti con la sindrome del colon irritabile? Se sì, l'approccio medico tradizionale si differenziava in qualcosa riguardo al rapporto mente-corpo?

In questi casi, anche se spesso viene a cozzare un po' con il limite del tempo, è importante dedicare del tempo all'ascolto lasciando parlare il paziente.

Ci sono anche due aspetti fondamentali: uno è quello di dare un senso al suo sintomo, il paziente ha dolore e non si immagina di avere dolore, spesso lo dico al paziente "io credo che lei abbia dolore e che non stia bene, su questo non c'è nessun dubbio. Non c'è nessuna differenza tra il dolore che prova lei che ha un disturbo funzionale e quello che può provare una persona che ha una malattia somatica (come il Morbo di Crohn)." È importante dare questo valore al paziente, perché altrimenti non si sente creduto e va a cercare un altro medico che farà magari lo stesso errore o che ripeterà una serie di esami e non farà un buon servizio al paziente.

L'altro aspetto, sempre legato al sintomo, è l'attenzione a cogliere la possibilità che ci sia qualcosa di nuovo, perché in realtà il rischio che corri con questi pazienti, è di tacciarli ogni volta di un disturbo psicosomatico quando in realtà magari ci può essere qualcosa di nuovo. Quindi, in questo senso, è importante dedicare del tempo, rifare un'anamnesi adeguata, vedere se c'è qualcosa di nuovo, rifare degli esami indicati senza eccedere, tranquillizzare il paziente e visitarlo (anche se è un addome che si conosce bene, è importante rivalutarlo, perché i pazienti queste cose le osservano).

Ha notato se in questa tipologia di pazienti vi è spesso la paura di avere una patologia grave che magari non viene riconosciuta?

Si vi è anche la paura di avere qualcosa di serio, ma non in tutti i pazienti; spesso vi è anche il bisogno di trovare una diagnosi alternativa e in alcuni c'è il timore però di avere una malattia grave.

III. Come medico, secondo la sua esperienza professionale, cosa ritiene importante sul piano della relazione con un paziente affetto da una patologia psico-somatica?

A livello della relazione, è importante che come medico io precisi quello che penso che il paziente abbia, non continuare a lasciare il discorso vago dove si dice che si potrebbe andare a cercare qualcosa d'altro; quindi, non dare false speranze, fare un iter diagnostico corretto (diagnosi ad esclusione), dedicare del tempo (spesso io li visito in momenti dove non ho nessun altro in agenda dopo o gli dedico almeno mezz'ora di tempo). Deve esserci una relazione di fiducia dove loro si possano fidare di me e, in virtù di questa relazione, devo poter definire e spiegare il rischio di arrivare sempre alla stessa diagnosi e quindi dico al paziente "so che c'è questo rischio e so che anche lei ha paura che io possa considerare sempre e solo quella diagnosi, ma da parte mia posso assicurarle che io sono attento a questo aspetto"; lui quindi capisce che, come medico, lo sto prendendo sul serio. Allo stesso tempo, bisogna spiegare che eccedere negli esami

diagnostici non ha senso, è necessario spiegarli la ciclicità della malattia nella quale possono esserci dei mesi in cui sta bene e dei mesi in cui sta peggio.

IV. La relazione mente-corpo in pazienti affetti dalla sindrome del colon irritabile: ha dei suggerimenti medici per favorire lo sviluppo di strategie di coping che possano aiutare a migliorare la qualità di vita e portare quindi a una riduzione della sintomatologia gastrointestinale? Quali sono i principali ostacoli alla loro attuazione, secondo la sua esperienza?

Bisogna cercare di mettere in evidenza quegli elementi della quotidianità del paziente che sono potenzialmente negativi, quindi agire sullo stress, sul tipo di alimentazione, fargli tematizzare questi aspetti e far uscire la correlazione tra i periodi di stress e il peggioramento dei sintomi.

Mi capita di proporre delle attività che favoriscono l'ascolto del corpo e anche il prendere le distanze da tutte le costruzioni mentali che ci sono nel disturbo psicosomatico. Bisogna rendersi conto di quanto la mente, che continua a lavorare, è parte del problema psicosomatico. Io chiaramente propongo queste attività, ci sono pazienti che vengono agli incontri di Mindfulness e altri che invece sono indirizzati più verso lo yoga o altri che vanno a fare pilates. I risultati secondo me sono abbastanza buoni, andando a lavorare con la consapevolezza del corpo si possono ottenere dei buoni risultati.

Sono però pazienti che bisogna selezionare, non sono attività adatte a tutti.

Il principale ostacolo alla loro attuazione è la resistenza del paziente; se noto che il paziente è ancora tanto nella fase dove fa fatica a riconoscere che è affetto da un disturbo di interazione mente e corpo, cerco di portarlo prima lì e poi, solo dopo questa consapevolezza, si può proporre un approccio di questo genere, altrimenti è difficile.

Ci possono essere anche delle modifiche nella gestione del tempo, introdurre delle misure di salutogenesi (attività corporee, come per esempio stare maggiormente a contatto con la natura).

Alcune volte mi è capitato di rivolgermi anche a dei counselor che sono degli esperti che possono anche dare consigli più pratici e mirati per l'organizzazione della vita quotidiana.

Se guardo la mia biografia di medico, questi pazienti all'inizio mi davano un gran fastidio, erano estremamente difficili, ma probabilmente perché il mio approccio era quello sbagliato. L'obiettivo era quello di risolvere il problema, ma in realtà quello che fai è accompagnare il paziente nella sua malattia cronica. È necessario anche dire al paziente che è illusorio credere che guarisca dalla malattia, ci saranno sicuramente fasi in cui starà meglio e altre in cui starà peggio.

Io personalmente credo poco nei farmaci in questo contesto, se devo guardare per esempio il paziente fibromialgico, ho visto raramente dei risultati provando tutti i farmaci classici. Si possono somministrare i soliti antidepressivi che modulano la soglia del dolore; il rischio però è anche quello di attuare delle escalation terapeutiche prescrivendo farmaci antidolorifici potenti, tipo Tramal oppure oppiacei.

La maggior parte sono pazienti apprensivi, un po' ossessivi, che si osservano moltissimo, e poi c'è anche una biografia di vita.

Il paziente con la fibromialgia è una persona che ha lavorato tantissimo nel corso della sua vita, ma in lavori poco retribuiti. Frequentemente, la classica situazione (senza giudizio), è la donna di origini balcaniche che è venuta qui crescendo due o tre figli e che ha il marito in invalidità per dolore alla schiena; questa donna è attiva sul piano lavorativo e poi attorno ai 50 anni comincia ad avere un dolore ad un braccio, poi la spalla, poi mal di schiena e non vi è niente di organico.

È proprio una vita da un punto di vista professionale poco gratificante, perché hanno lavorato tanto e guadagnato relativamente poco; si sono impegnate un sacco e poi il marito, già prima di loro, non lavorava più e quindi, in quel momento, scatta qualcosa a livello inconscio (è difficile dire cosa); poi emerge un dolore cronico e a quel punto diventa un problema, perché perdono il lavoro. Dopo un anno, viene inoltrata la richiesta di invalidità ma la fibromialgia, da sola, non da diritto e quindi ci deve essere una seconda diagnosi, che spesso è quella psichiatrica.

Se è possibile, bisogna prendere in tempo questi pazienti e cercare di reinserirli. I farmaci hanno degli effetti reali su questo tipo di dolore, ma bisogna vedere se il paziente sopporta i medicinali, in quanto hanno degli effetti collaterali importanti (sedazione, ecc.). È chiaro i medicinali mitigano un po' la malattia ma non la guariscono; la fibromialgia è cronica.

Nelle malattie psicosomatiche ci sono questi due grossi capitoli: la sindrome del colon irritabile e la fibromialgia.

Ci sono anche pazienti che hanno delle manifestazioni psicosomatiche nel contesto di un disturbo ansioso-depressivo.

Come medico bisogna evitare di cadere nella trappola del dire “io sono meglio del medico precedente che l’ha visitata”.

A seguito dell’elaborazione di questa intervista, si è deciso di analizzarla identificando le tematiche più rilevanti al fine di permettere al lettore un’anticipazione degli argomenti che verranno trattati in questo lavoro. Le tematiche identificate sono riepilogate nella tabella sottostante:

Identificazione della tematica	Estratto della ricerca di sfondo
È sorta una problematica legata alla mancanza di fiducia nei curanti e una scarsa consapevolezza di malattia, aspetti che portano il paziente a richiedere molteplici e diverse visite mediche.	“...perché spesso fanno fatica ad accettare di essere affetti da un disturbo funzionale...” “...avendo la possibilità di visitare Google, riescono a farsi delle idee e vanno anche a cercare delle indagini che non sono state eseguite...”
Emerge l’importanza di cercare sempre di confrontare il paziente con la realtà della patologia e le sue implicazioni. Compare anche l’importanza di eseguire un percorso di psicoterapia, al fine di ottenere una conoscenza migliore di sé stessi.	“...io l’ho comunque confrontata con il fatto che era già venuta in clinica dove aveva questi disturbi...” “...adesso ho un ottimo rapporto con questa paziente...” “Le ho proposto anche un supporto psicologico, ma non ha mai voluto...”
Affiorano delle criticità dovute alla scarsa multiprofessionalità all’interno della rete di cura attorno a questa tipologia di pazienti; la base del disturbo di IBS risulta essere la relazione tra mente e corpo.	“C’è poca propensione nei gastroenterologi a prendere a carico questi pazienti...” “...tanti fanno fatica a collegare il disturbo somatico con un vissuto psicologico; quelli che riescono a fare questo passaggio, spesso vivono anche meglio il momento del peggioramento.”

<p>Compare il concetto di ascolto attivo e l'importanza di accogliere sempre i vissuti che il paziente racconta attraverso l'empatia.</p> <p>È necessario porre attenzione al rischio sempre presente di banalizzare ciò che il paziente riferisce, dando per scontato che tutti i suoi sintomi siano causati dalla sindrome del colon irritabile.</p>	<p>“...è importante dedicare del tempo all'ascolto lasciando parlare il paziente.”</p> <p>“...il rischio che corri con questi pazienti, è di tacciarli ogni volta di un disturbo psicosomatico quando in realtà magari ci può essere qualcosa di nuovo.”</p>
<p>Alla base di ogni relazione di cura vi deve essere un rapporto di fiducia, nel quale il paziente possa potersi esprimere liberamente senza sentirsi giudicato dai curanti.</p>	<p>“Deve esserci una relazione di fiducia dove loro si possano fidare di me...”</p>
<p>Si può osservare il grande ruolo dello stress sulla comparsa di sintomi somatici, come avviene in questa patologia.</p> <p>Non bisogna dimenticarsi che si tratta di una condizione benigna, ma pur sempre cronica e talvolta invalidante.</p>	<p>“...fargli tematizzare questi aspetti e far uscire la correlazione tra i periodi di stress e il peggioramento dei sintomi.”</p> <p>“L'obiettivo era quello di risolvere il problema, ma in realtà quello che fai è accompagnare il paziente nella sua malattia cronica.”</p>

“Non vi sono malattie di gruppo A o di gruppo B; meritano tutte la stessa attenzione e dedizione.

Il dolore che prova il paziente è uguale in entrambi i casi, a prescindere da ciò che lo causa” (Balestra, 2022).

4. Background

4.1 LA SINDROME DEL COLON IRRITABILE

4.1.1 Definizione e sintomi

La sindrome del colon irritabile (SII o IBS per *Irritable Bowel Syndrome*) è una tra le patologie gastrointestinali più frequenti (Dr. Schär AG, s.d.).

Non si tratta di una malattia organica, ma di un disturbo funzionale causato da un malfunzionamento della comunicazione tra il sistema vegetativo nervoso e la muscolatura intestinale (Concordia, s.d.).

Questa condizione è due volte più comune nelle donne e si manifesta più frequentemente nelle persone di età compresa tra i 20 e i 30 anni (Mason, 2014).

I pazienti affetti da IBS lamentano dolore addominale continuo o crampiforme legato alla defecazione, alterazioni della frequenza e consistenza delle evacuazioni (diarrea o stipsi); è frequente anche la presenza di sintomi extraintestinali quali per esempio affaticabilità, fibromialgia, disturbi del sonno e cefalea cronica (Stephanie M. Moleski, 2020).

4.1.2 Eziologia ed epidemiologia

Le cause dell'IBS sono sconosciute, tuttavia sono state date alcune spiegazioni possibili tra le quali: un'ipersensibilità viscerale, una condizione post-infettiva (a seguito di un'infezione gastrointestinale risolta o ad un ciclo di antibiotici), un'intolleranza alimentare, stress o eventi della vita che possono causare o peggiorare i sintomi (Mason, 2014).

L'epidemiologia, l'incidenza e la prevalenza della sindrome del colon irritabile variano in base ai criteri diagnostici; infatti, non essendo una condizione con un quadro patologico ben definito, è difficile determinare dei dati significativi, la prevalenza varia tra il 2,5 e il 25% (Dr. Schär AG, s.d.).

Inoltre, nel Regno Unito per esempio, si stima che la sintomatologia causata dalla sindrome del colon irritabile costi oltre 200 milioni di sterline (ca. 235 milioni di franchi) all'anno al sistema sanitario; per questo motivo, visto che questa condizione è molto comune è importante che le spese economiche siano monitorate (Akehurst et al., 2002, citato in Mason, 2014).

4.1.3 Diagnosi

La diagnosi della sindrome del colon irritabile viene formulata per esclusione, quando i sintomi riscontrati non riconducono a nessuna causa organica o patologica (Dr. Schär AG, s.d.).

Diagnosticare questa sindrome può essere difficoltoso, siccome può presentarsi con sintomi simili ad una malattia organica e per questo, abitualmente, i pazienti si ritrovano a richiedere molteplici indagini e consultazioni prima di ricevere la diagnosi (Mason, 2014).

Quest'ultima viene formulata (oltre che ad esclusione) sulla base dei criteri di Roma, i quali comprendono la presenza di addominalgia per almeno 1 die/settimana negli ultimi tre mesi con ≥ 2 dei seguenti disturbi: dolore connesso alla defecazione, dolore associato a un cambiamento nella frequenza delle evacuazioni e nella consistenza delle feci (Stephanie M. Moleski, 2020).

In aggiunta, esiste una classificazione suddivisa in tre sottotipi che si basano sulla presenza di dolore addominale associato a: se predomina la costipazione è definito IBS-

C, se prevale la diarrea IBS-D, e se invece vi è un'alternanza tra costipazione e diarrea IBS-M (Mason, 2014).

4.1.4 Trattamento

Il trattamento della sindrome dell'intestino irritabile si basa sul cambio di dieta e stile di vita, in particolare la guida NICE fornisce dei consigli quali per esempio l'assunzione di pasti regolari mangiando lentamente e masticando, evitare di saltare i pasti, limitare il tè e caffè a tre tazze al giorno e moderare il consumo di cibi ricchi di fibre; inoltre, durante il periodo sintomatico, si raccomanda l'assunzione di probiotici per almeno quattro settimane (Mason, 2014).

Nel trattamento di questa sindrome, vi deve essere una relazione tra curante e paziente efficace, siccome quest'ultimo deve essere incoraggiato a esprimere la sua sintomatologia, ma anche il suo atteggiamento verso di essa (Stephanie M. Moleski, 2020).

È importante che ad esso vengano fornite informazioni relative alla malattia e che contemporaneamente sia informato sull'assenza di una malattia dal decorso grave (Stephanie M. Moleski, 2020).

Sul piano della farmacoterapia, molte ricerche sostengono che i farmaci convenzionali per la gestione del dolore come i FANS, il paracetamolo e l'aspirina non migliorino in modo efficace la sintomatologia (Chen et al., 2017).

Solitamente i farmaci di prima scelta sono gli ansiolitici e gli antidepressivi, soprattutto laddove vi sono delle comorbidità come per esempio ansia e depressione (Chen et al., 2017).

Frequentemente, i farmaci che risultano essere efficaci nel trattamento dei disturbi psichiatrici come per esempio le benzodiazepine, sono anche comunemente usati nei pazienti con IBS, poiché entrambi i disturbi possono coesistere; esse dovrebbero venire usate nei pazienti che hanno come comorbidità l'ansia (Chen et al., 2017).

Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e gli inibitori della ricaptazione della serotonina-norepinefrina (SNRI) hanno un effetto discreto nel ridurre i sintomi dell'IBS e dovrebbero essere prescritti ai pazienti che hanno una diagnosi di comorbidità di depressione (Chen et al., 2017).

4.1.5 Diagnosi differenziale

I pazienti con la sindrome dell'intestino irritabile possono sviluppare anche delle patologie organiche, per questo motivo negli anni seguenti, i sintomi devono essere monitorati ed eventualmente si possono eseguire altri test diagnostici qualora si sviluppino dei segnali di allarme: febbre, perdita di peso, sanguinamento rettale, vomito (Stephanie M. Moleski, 2020).

Vi sono alcune malattie comuni che possono essere confuse con la sindrome del colon irritabile, tra cui per esempio le malattie intestinali infiammatorie croniche (morbo di Crohn e colite ulcerosa), la celiachia, l'intolleranza al lattosio, la sovracrescita batterica dell'intestino tenue, ecc. (Stephanie M. Moleski, 2020).

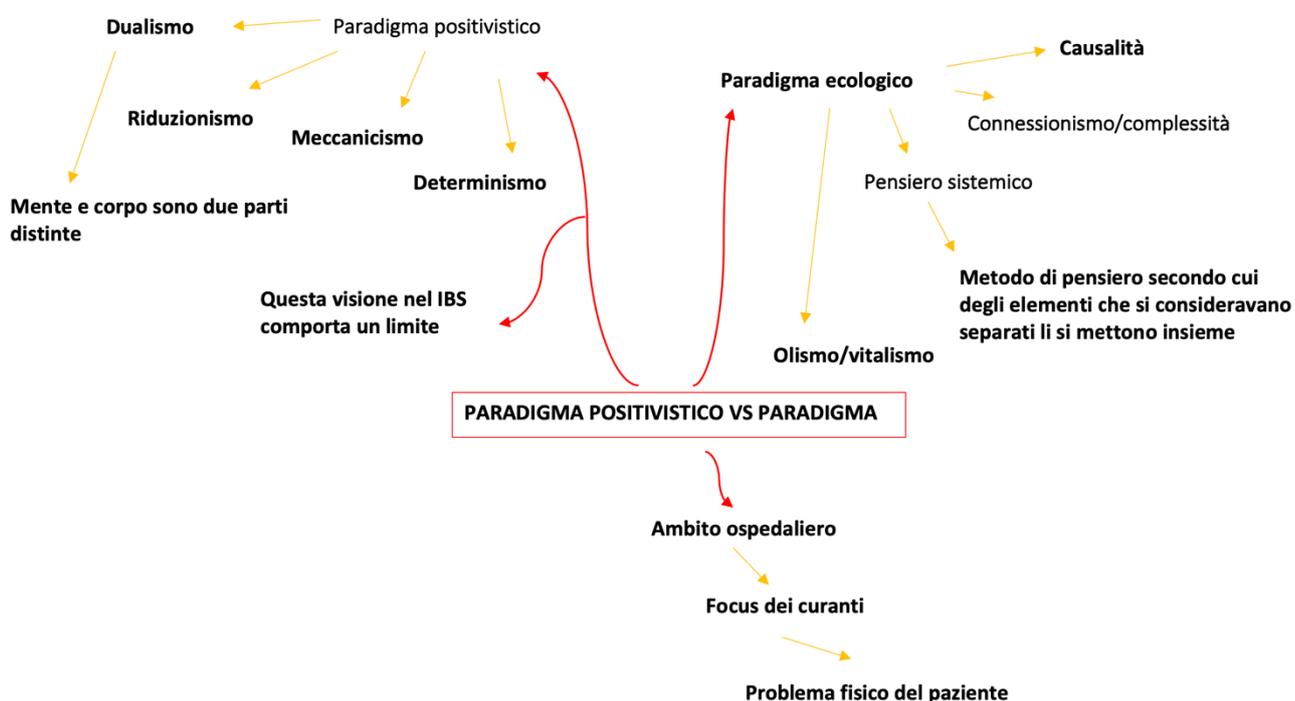
“La maggior parte delle malattie psicosomatiche sono la conseguenza inevitabile di un sentimento represso che, una volta reso muto, diventa lacerante nel suo bisogno di farsi ascoltare” (Carotenuto, s.d.).

4.2 ADOTTARE UNO SGUARDO ADEGUATO

A questo punto si ritiene importante chiarire degli aspetti che orientano lo sguardo tenendo insieme il concetto della mente e il concetto del corpo, che altrimenti sarebbero considerate come due entità divise.

Per chiarire questi aspetti, possiamo decidere di chiederci se esiste un orientamento teorico adeguato a tenere insieme queste due polarità; sul piano teorico vi sono quindi due tipi di paradigma: il paradigma positivistico ed il paradigma ecologico, qui sotto vi è una breve mappa mentale che illustra i concetti principali di questi due paradigmi.

4.2.1 La definizione di paradigma



Non è facile dare una definizione al concetto di paradigma, ma lo si può intendere come un insieme di assunzioni o premesse che “guidano l’azione” epistemica, ovvero l’agire sulla base di un pensiero fondato su delle conoscenze (Guba, 1990, citato in Mortari, 2007).

Gli individui conoscono, pensano e agiscono secondo i modelli assimilati culturalmente; questi sistemi di idee sono quindi profondamente organizzati in virtù dei paradigmi (Morin, 2008).

Non è quindi possibile che vi sia un paradigma accettato o meno sulla base di un’evidenza scientifica inconfutabile; si sceglie semplicemente per quello che, secondo la nostra esperienza, sembra più adeguato (Mortari, 2007).

Secondo Mortari (2007), si può comprendere maggiormente il valore di un paradigma se lo si intende come un organigramma concettuale complesso creato da presupposizioni di tipo ontologico, gnoseologico, epistemologico, etico e politico.

4.2.2 Il paradigma positivistico

Nel dopo guerra, tra i tanti cambiamenti, ha avuto una veste importante anche la nascita del cognitivismo in psicologia; vi fu una metafora di Von Neumann che, per decenni, distinse la visione del funzionamento della mente come una macchina che processa informazioni (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016). Il compito della scienza, secondo questo approccio, era quindi di comprendere come funziona il cervello, non condizionato dall'organismo (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

La nascita di questo paradigma è associata principalmente ai nomi di Galileo, Cartesio e Newton (Mortari, 2007).

Punti critici del paradigma positivistico

Negli anni, però, sono stati sollevati dei giudizi al paradigma positivistico, secondo i quali un approccio quantitativo-sperimentale non garantirebbe la capacità di comprendere la complessità dei problemi del mondo umano (Mortari, 2007).

Il paradigma positivistico si basa su 4 principi quali: il meccanicismo, il determinismo, il riduzionismo e infine il dualismo (Morin, 2008). Quest'ultimo è il problema che si pone anche nelle patologie psico-somatiche, ma perché?

Il dualismo consiste nel considerare l'essere umano, ovvero il corpo e la mente, in due parti ben distinte; questo modo di osservare le situazioni ebbe inizio nel 1600 con Galileo Galilei (Morin, 2008).

Galileo Galilei sostenne infatti che, per descrivere i fenomeni naturali in modo efficace, bisognava ridursi ad esaminare le caratteristiche dei corpi materiali (forma, numero e movimento) che potevano essere misurate e quantificate (Mortari, 2007).

Le altre caratteristiche, erano delle rappresentazioni mentali, che dovevano essere escluse dalla ricerca della scienza in quanto considerate astratte (Galilei, s.d., citato in Capra & Luisi, 2014).

Il modello è quindi quello della mente disincarnata, i cui sviluppi possono essere disgiunti e analizzati secondo modelli matematici; possiamo quindi dire che a metà del secolo scorso il paradigma riduzionista era pienamente definito (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016). Nel paradigma riduzionista la ricerca delle cause segue una procedura di analisi nella quale si passa dal complesso al semplice (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

4.2.3 Il paradigma ecologico

Agli inizi del XX secolo, alcuni ricercatori, attraverso alcune loro riflessioni favorirono la nascita di un nuovo pensiero, ovvero quello sistemico (Capra & Luisi, 2014).

Secondo questa visione sistemica, un organismo è un insieme le cui caratteristiche fondamentali non possono essere ridotte a quelle delle sue parti; esse nascono dalle interazioni e dalle relazioni fra quest'ultime (Capra & Luisi, 2014).

Questo cambiamento di paradigma fu contraddistinto dalla metafora del mondo come una macchina, a quella del mondo come rete o *network*; il nuovo paradigma consisteva nel vedere il mondo come un'unica entità piuttosto che come una serie di parti separate (Capra & Luisi, 2014).

Nel paradigma ecologico non vi sono più oggetti isolati da studiare, ma eventi relazionali; studiare la realtà, quindi, significa studiare i legami di relazione che creano e seguirle nei loro cambiamenti (Mortari, 2007).

Fritjof Capra (1998), nel paradigma ecologico, scompone il presupposto della separazione fra soggetto e oggetto, poiché il soggetto risulta immancabilmente intervenire sullo sviluppo di manifestazione del fenomeno.

La meccanica quantistica rivela quindi una fondamentale unità dell'universo: mostra che non possiamo scomporre il mondo in parti minime indipendenti (Capra, 1998).

Per quanto ci addentriamo nella sostanza, la natura non ci rivela la presenza di nessun “mattoncino fondamentale” unico, ma ci appare come una complessa rete di rapporti tra le varie parti (Capra, 1998).

È importante fermarsi e comprendere cosa si intende quando si parla di “pensiero sistemico”; esso è un modo di pensare che serve per imparare a valutare gli elementi che consideravamo separatamente e metterli insieme per conoscere le connessioni fra gli avvenimenti, acquisendo una migliore capacità di interpretazione (Capra & Luisi, 2014).

È anche emerso il paradigma di cura contenuto in quello ecologico della Psiconeuroendocrinoimmunologia, questo a causa di numerosi cambiamenti nelle scienze fondamentali quali: fisica, endocrinologia, immunologia, neuroscienze, genetica e biologia molecolare (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Si passa quindi da una visione deterministica e meccanicistica ad una complessa e sistemica (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Questo significa che nel contesto della salute/malattia, non conta solo ciò che è scritto nel DNA, ma anche l'influenza dei fattori ambientali e comportamentali; è necessario quindi inserire l'individuo in un contesto fisico e sociale (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Veniamo infatti da una cultura positivista che ha insegnato a considerare la mente e il corpo come due binari distinti; o si cura la mente, o si cura il corpo. Infatti, spesso, negli ambiti ospedalieri si osserva come il focus dei curanti sia perlopiù sul problema fisico del paziente che sulla relazione mente e corpo.

La sindrome del colon irritabile è considerata una patologia di tipo funzionale, per la quale quindi non è presente un danno all'organo; se si assume la visione del paradigma positivista, quindi, non si saprebbe come approcciarsi a questo tipo di sindrome, siccome non vi è un “danno fisico” da risolvere ma nemmeno un “danno psicologico” talmente rilevante da dover ricorrere a una farmacoterapia.

In questo momento quindi, ci si rende conto del limite che ha questo paradigma, il quale non considera l'influenzarsi reciprocamente del corpo e la mente.

Il paradigma ecologico, invece, andrà ad indagare il funzionamento complesso di questa relazione per dare una risposta a una sindrome complessa come quella dell'intestino irritabile.

La salute è “un'esperienza di benessere risultante da un equilibrio dinamico che implica gli aspetti fisici e psicologici dell'organismo, oltre che le sue interazioni col suo ambiente naturale e sociale.” (Capra & Luisi, 2014)

4.3 LA RELAZIONE MENTE E CORPO

La Psiconeuroendocrinoimmunologia studia le relazioni bidirezionali tra psiche e sistemi biologici, ciò significa che la psiche è in grado di modificare la funzione dei sistemi biologici e viceversa (Ader, 2007; Bottaccioli, 2005, citato in Bottaccioli, 2014).

Attraverso il modello della Psiconeuroendocrinoimmunologia, il neuropsichiatra Michael Sigmund Freud ebbe un ruolo importante nello studio delle relazioni psiche-corpo; il focalizzarsi sul riconoscimento del ruolo centrale della psiche nel percorso di cura, diede vita a dei cambiamenti nelle scienze biomediche e fu così che nacque la Psiconeuroendocrinoimmunologia (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Nel campo della PNEI è partita una nuova fase di ricerca che tratta l'innovazione nella diagnosi e nella cura; alla base vi deve essere un concetto di integrazione, soprattutto tra le scienze biomediche e le scienze psicologiche (Kiecolt-Glaser, 2009, citato in Bottaccioli, 2014).

L'obiettivo è quello di testare degli strumenti diagnostici che colgano i fattori di instabilità di una persona, indagando sia gli aspetti psicologici che quelli biologici (Bottaccioli, 2014). I canali tramite cui la psiche condiziona gli altri sistemi sono riuniti nel sistema nervoso centrale e periferico, in particolare nel sistema dello stress e i suoi legami neuroendocrini, nervosi e immunitari (Bottaccioli, 2014).

L'aspetto psicologico non è influenzato solo dal sistema nervoso centrale, ma anche dagli altri sistemi che rispondono a stimoli ambientali e comportamentali; la psiche inoltre, può essere condizionata dall'alimentazione, dall'attività fisica e dall'attività del sistema immunitario (Bottaccioli, 2014).

In molteplici persone affette da depressione, è stato riscontrato un elevato livello del neurotrasmettitore glutammato; l'eccesso di questa sostanza si è scoperto che deriva dallo stress (Bottaccioli, 2014).

Il principale ormone dello stress è il cortisolo, che causa un rapido rilascio di glutammato in varie aree cerebrali; un inibitore naturale a questa produzione eccessiva è dato dall'attivazione degli endocannabinoidi che vengono prodotti durante l'attività fisica (Bottaccioli, 2014).

Quando lo stress è particolarmente intenso o cronico, ci si trova confrontati con una diminuzione dell'eliminazione del glutammato con conseguenze negative; sia di tipo tossico, sia di alterazione della normale produzione di glutammato, che come detto precedentemente in alcune aree può risultare eccessiva (Bottaccioli, 2014).

Secondo Bottaccioli (2014) a seguito di ciò vi possono essere delle conseguenze strutturali sul cervello, le quali comportano delle trasformazioni comportamentali (deficit cognitivi, di memoria...) e umorali (ansia e depressione, impulsività e disturbi nel controllo emozionale).

Il campo della Psiconeuroimmunologia ha reso noti alcuni esiti che dimostrano le conseguenze dello stress, tra cui l'alterazione della funzione dei globuli bianchi e la diminuzione della loro risposta alle infezioni e ai tumori, la minor efficacia delle vaccinazioni e la lenta guarigione delle ferite (Shapiro, 2015).

Inoltre, questi studi hanno dimostrato come uno stato emotivo negativo durante il periodo pre-operatorio (paura e angoscia) causino un recupero post-operatorio più complicato, sia nella guarigione delle ferite, sia nella gestione del dolore; il tipo di risposta del paziente al trattamento, è influenzato in maggior misura dal suo comportamento e dalle sue aspettative in merito alla sua condizione (Shapiro, 2015).

Alcune persone affette da depressione infatti, presentano nel sangue dei valori infiammatori elevati; allo stesso modo, individui vaccinati contro il tifo o trattati con citochine infiammatorie (impiegate per l'immunoterapia del cancro e dell'epatite virale)

presentano depressione e un'alterazione dei circuiti cerebrali (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Negli anni novanta un neuropsichiatra belga Michael Maes ha fornito un importante contributo al modello della PNEI, nella quale ha esposto l'esistenza di una connessione tra depressione e infiammazione; infatti, un paziente con in atto un processo infiammatorio può essere affetto da depressione, ma anche quest'ultima a sua volta produce un'infiammazione (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

A tal proposito, basta pensare all'efficacia dimostrata dalla somministrazione della curcuma (antinfiammatorio naturale) nella diminuzione dei sintomi depressivi (Maes et al., 2012, citato in Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

È stato dimostrato che la relazione tra disagio psicologico e sintomi gastrointestinali funzionali è legata a delle variabili psicosociali tra cui "l'autosilenziamento" (Ali et al., 2000, citato in Bowers & Wroe, 2016).

Il processo di autosilenziamento entra in atto ogni qualvolta si limita un'emozione e vi è un accumulo di tensione che deve essere liberata (Nanetti, 2006). Nel momento in cui viene rilasciata, tale stato diminuisce; molto spesso però, per vari motivi non si riesce ad esprimerle liberamente, imparando così a respingerle (Nanetti, 2006).

In molti pazienti affetti dalla sindrome del colon irritabile è spesso stata osservata la prevalenza di pensieri negativi; secondo uno studio di 25 pazienti con IBS e 26 individui sani, sono state analizzate le espressioni facciali, gli indicatori psicologici (ansia, depressione, alessitimia) e i parametri neurofisiologici (cortisolo, frequenza cardiaca) mentre essi osservavano una scena paurosa (Fournier et al., 2018).

Da questo studio è risultato che i pazienti con IBS possiedono una maggior espressività emotiva con una prevalenza negativa; questo indica come essi abbiano una fragilità potenzialmente correlata a delle scarse capacità di autoregolazione emotiva (Fournier et al., 2018).

Questa categoria di pazienti, è risultato che hanno livelli di ansia e depressione più elevati rispetto ai soggetti sani; per questo motivo alcuni segni premonitori di ansia o depressione non dovrebbero sottovalutarsi nei pazienti con IBS, poiché regolano la gravità e la persistenza dei sintomi (Fond et al., 2014).

Un soggetto affetto dalla sindrome del colon irritabile spesso manifesta delle chiare caratteristiche di personalità come ad esempio un'accentuata ambizione lavorativa, una sorta di perfezionismo, un'importante paura dell'abbandono, ecc. (Nanetti, 2006).

Secondo una meta-analisi di 27 studi, eseguita all'interno di alcune ricerche, sono emersi i vantaggi dell'integrazione di interventi psicologici nel contesto delle cure mediche in caso di patologie di tipo funzionale; in particolare l'efficacia è percepibile a 1 anno di distanza per quanto riguarda l'autogestione del disturbo e della sintomatologia fisica (Kleinstäuber et al., 2011, citato in Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Gli stimoli da cui scaturiscono delle emozioni non sono mai esclusivamente emotivi, ma sono un insieme di emozione e cognizione (Pessoa, 2015, citato in Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Quando si vive un'emozione, soprattutto se essa è veloce e potente, è presente un contenuto cognitivo che può far capire se quell'emozione per è buona o cattiva;

è quindi l'attribuzione di valore che si fornisce ad essa che condiziona la risposta del soggetto sia sul piano fisiologico che su quello comportamentale (Etkin et al., 2015, citato in Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Come sosteneva Bowlby, frequentemente la risposta è inconscia e avviene attraverso un modello interno appreso nella mente precocemente (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

4.3.1 Le parole attivano le stesse vie dei farmaci

Il prossimo tema lo si vuole introdurre attraverso una frase di Benedetti (2018), e che la scienza in primis sostiene: “le parole sono delle potenti frecce che colpiscono dei precisi bersagli nel cervello; quest’ultimi sono gli stessi dei farmaci che vengono usati nella medicina”.

Alcune recenti scoperte, sostengono che le parole possono innescare le stesse vie biochimiche di alcuni medicinali come, per esempio, la morfina (Benedetti, 2018).

Detto ciò, può venire spontanea una domanda: quanto è importante in tutto ciò lo stato psicologico del malato?

Il supporto psicologico è sicuramente una risorsa ma, non sempre, risolutivo; tuttavia, l’assenza di un sostegno da parte dei curanti gioca un ruolo importante, contribuendo ad alimentare il dolore (Benedetti, 2018).

Benedetti (2018), nel libro “La speranza è un farmaco”, racconta l’esperienza di una donna affetta da una malattia tumorale che conviveva da anni con dei forti dolori invalidanti. Un giorno decise di partecipare ad uno studio scientifico diretto da Benedetti (2018) che consisteva nel somministrare un placebo nell’ambito di una relazione medico-paziente ricca di empatia, calore umano e parole di speranza. Ciò che si andava ad osservare in questo studio, era capire cosa succedeva nel cervello del paziente; il dolore, infatti, si è osservato che attiva diverse aree cerebrali; di conseguenza, se esso diminuiva realmente, lo si sarebbe dovuto vedere anche nell’attività del cervello (Benedetti, 2018).

Durante l’esame, prima della somministrazione del placebo, Benedetti cominciò a comunicare alla paziente Cornelia parole di speranza e di fiducia relative al fatto che il dolore lentamente si sarebbe attenuato utilizzando una voce calma ed empatica (Benedetti, 2018).

Dopo la somministrazione del placebo, Cornelia cominciò a muovere in assenza di dolore quelle parti del corpo che prima erano dolenti; inoltre, nel suo cervello cominciavano ad attivarsi e a colorarsi le stesse aree attivate dalla morfina, nonostante le era stato somministrato solamente acqua distillata (Benedetti, 2018).

Fu così che Benedetti (2018) si rese conto che, in realtà, a Cornelia le aveva somministrato un’iniezione di parole di fiducia e speranza.

Sempre attraverso questo studio, si è giunti alla scoperta che i partecipanti che avevano ricevuto una terapia sostenuta da un dialogo rassicurante, mostravano dei risultati migliori rispetto a quelli a cui lo stesso trattamento era stato prescritto con incertezza (Benedetti, 2018).

Secondo questo autore (2018), il paziente spesso può avere due bisogni: il primo è un desiderio razionale, egli vuole sapere tutte le informazioni relative a ciò che gli viene somministrato; il secondo, invece, può essere esclusivamente di carattere emotivo, dove emerge il bisogno di empatia con il personale curante.

In seguito, con un’altra paziente venne fatto uno studio che mirava a capire la differenza fra una terapia eseguita in associazione a delle parole e una senza; esso, quindi, consisteva nel somministrare un antidolorifico in due situazioni differenti (Benedetti, 2018).

Nella prima condizione, l’antidolorifico doveva essere iniettato alla vista del paziente unitamente a delle parole rassicuranti; nella seconda invece, la dose veniva somministrata da un computer senza la presenza del personale curante e all’insaputa del paziente (Benedetti, 2018).

Durante la prima somministrazione, venne inoculata la dose di antidolorifico associata alle parole di rassicurazione del curante; il risultato era un affievolirsi e successivamente una scomparsa dei dolori (Benedetti, 2018).

Dopo qualche ora, i dolori fecero ritorno, per cui come da protocollo si decise di somministrare un'ulteriore dose di antidolorifico attraverso il computer e senza la presenza dei curanti; il risultato fu che la paziente, dopo diversi minuti, si lamentò dei dolori e chiese al curante di rifargli l'iniezione di antidolorifico fatta precedentemente (Benedetti, 2018).

Da questo studio si capì che il farmaco somministrato funzionava solo se correlato alle parole; senza di esse perdeva la sua efficacia (Benedetti, 2018).

Nella prima fase erano state quindi le parole del curante a ridurre la sintomatologia della paziente, e non il medicamento stesso (Benedetti, 2018).

4.3.2 Effetto placebo e implicazioni

Secondo Bottaccioli (2016), il termine placebo indica una sostanza inattiva o un trattamento medico senza carattere terapeutico. L'effetto placebo è ciò che avviene a seguito dell'assunzione della sostanza ed è il risultato di un cambiamento somatico o mentale dato dall'attribuzione ad essa di un simbolico significato (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Il contesto psicosociale può essere composto da qualsiasi oggetto o persona presente durante il trattamento; esso ruota intorno alla terapia e al paziente svolgendo un ruolo importante (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Alla base dell'effetto placebo vi sono due meccanismi: il primo è legato all'aspettativa del paziente di una riduzione del sintomo che può quindi diminuire l'ansia o attivare dei meccanismi di ricompensa che permettono di anticipare un evento piacevole; il secondo, è il condizionamento della risposta placebo che può essere spiegata da un meccanismo di apprendimento, ovvero che la frequente e ripetuta associazione fra il contesto sanitario e la sostanza farmacologica induce una riduzione del sintomo (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Qualora la somministrazione della sostanza venga effettuata all'insaputa del paziente o in piena vista, ed ha lo stesso effetto, significa che il farmaco risulta efficace (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Tuttavia, se il medicamento somministrato davanti al paziente risulta efficace ma la stessa somministrazione attuata di nascosto non porta benefici, è un indicatore chiaro che il farmaco è inefficace ma la sua somministrazione produce un effetto placebo, ovvero psicologico (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Tale concetto permette di svolgere alcune riflessioni: la prima è che la somministrazione di nascosto evidenzia come la componente placebo sia presente anche durante la somministrazione di un farmaco contenente un principio attivo efficace; inoltre, quando il soggetto non è al corrente che sta ricevendo un medicamento efficace e di conseguenza non nutre delle aspettative, l'effetto del farmaco risulterà minore (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Oltre a ciò, è da notare come il reale effetto del farmaco lo si osservi durante la somministrazione nascosta (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

4.3.3 L'influenza dell'attaccamento sulle malattie

L'espressione "comportamento di malattia" indica la modalità in cui i soggetti valutano se stessi in merito alla salute e alla malattia; una gran parte della popolazione avverte il funzionamento del proprio organismo in modo bilanciato, per cui si reca dal medico solo quando ne sente il bisogno (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Talvolta, vi sono però degli individui che prestano un'attenzione eccessiva alle attività fisiologiche del proprio corpo e che sono costantemente angosciati dall'idea di essere malate, ovvero i pazienti cosiddetti ipocondriaci (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Altre persone lamentano sintomi corporei non giustificabili da un danno biologico, come avviene nei disturbi somatici o funzionali (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Alcune ricerche eseguite negli ultimi anni, hanno mostrato come il comportamento di malattia e la tendenza alla somatizzazione sono correlati ai legami di attaccamento e alla manifestazione degli schemi di rappresentazione interna (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Le analisi hanno rivelato che i soggetti con uno stile di attaccamento insicuro prevalentemente di tipo distanziante, mostrano più spesso preoccupazioni ipocondriache o tendono a lamentare disturbi fisici senza motivazione somatica; le persone con un attaccamento distanziante spesso sono cresciute in condizioni ambientali pericolose costanti e prevedibili, sia a livello fisico che psicologico (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

In alcune di queste situazioni, la condizione di malessere è percepita solamente attraverso gli aspetti corporei, per cui la persona chiederà aiuto per i disturbi somatici e non psicologici; in altri casi, invece, essi sono allontanati al punto che i pazienti non richiedono mai un aiuto medico favorendo così la possibile comparsa di danni organici (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Anche le persone con uno stile di attaccamento preoccupato possono soffrire di disturbi funzionali; la differenza tra i due stili di attaccamento consiste nella differente funzione del comportamento di malattia (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

I soggetti preoccupati ingrandiscono il proprio disagio e caricano i familiari per attirare la loro attenzione senza mai esserne appagati; mentre le persone distanzianti possono esprimere dei sintomi corporei come esito del loro scarso controllo emotivo e ricercano aiuto tramite i loro disturbi fisici, in quanto l'espressione dei sentimenti e dei bisogni psichici è inibita (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Vi sono diversi dati in merito alla relazione tra attaccamento e malattia:

- Associazione tra attaccamento insicuro e malattia durante il periodo dell'infanzia: questa relazione è stata dimostrata da studi controllati effettuati su infanti affetti da patologie croniche (per esempio le difficoltà di crescita, la fibrosi cistica, l'epilessia e disturbi senza spiegazione medica). In queste circostanze il rapporto con i genitori sembra che possa condizionare la manifestazione e l'andamento della malattia. L'influenza dell'attaccamento è possibile che si manifesti maggiormente in quelle situazioni in cui la presenza della patologia produceva all'interno dei genitori ansie e preoccupazioni che interferivano nel rapporto con il bambino incoraggiando lo sviluppo di un attaccamento insicuro.
- Associazione tra attaccamento insicuro e malattia nell'adulto: le scarse ricerche controllate eseguite nel campo medico hanno constatato che il ruolo svolto dall'attaccamento distanziante è particolarmente visibile in patologie quali per esempio la psoriasi e le malattie infiammatorie croniche intestinali come il morbo di Crohn.
- Associazione tra fattori di rischio infantile per l'attaccamento insicuro e malattia nell'adulto: le incessanti sollecitazioni corporee e gli stimoli forniti dalla madre moderano le funzioni corporee del bambino e operano come un "regolatore biologico e comportamentale" che consente l'apprendimento progressivo di una

capacità di regolazione psicosomatica autonoma; tutto questo condiziona le funzioni fisiologiche, la regolazione emotiva e la risposta allo stress componendo la base del futuro legame di attaccamento; l'esito però dipende anche dai connotati genetici del bambino (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016)

“Qualunque cosa ti accade, nel corpo o nella mente o nel cuore, oppure nella consapevolezza, provocherà un cambiamento nell'intero organismo: ne sarai influenzato nel tuo complesso. Le membra di un'unità organica non sono solo parti assemblate, c'è qualcosa in più” (Osho, Discorsi, n.d.).

4.4 LO STRESS E LA MALATTIA

“La completa libertà dallo stress è la morte. In realtà non possiamo evitare lo stress, ma possiamo affrontarlo in modo efficace” (Selye, 1974, citato in Simonelli & Simonelli, 2010).

Hans Selye fu un giovane ricercatore che, a seguito di alcune sue scoperte, fu battezzato come il “padre dello stress” (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016). Egli eseguì un lavoro sperimentale che consisteva nella somministrazione di una sostanza (batterio o tossina) o dell’esecuzione di una procedura nociva ad un topolino; attraverso questo fenomeno si sono potuti distinguere tre tipi di fasi della risposta chiamata “sindrome generale di adattamento”, caratterizzata da modificazioni a carico degli organi dell’animale (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Da qui nasce, appunto, la sindrome generale di adattamento (*General Adaptation Syndrome*, GAS), composta da tre fasi: la fase di allarme, la fase di resistenza e la fase di esaurimento (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Il dato più interessante che è emerso da questo esperimento è quello che anche uno stressor di tipo psicologico, come per esempio la vista di un predatore, è in grado di causare la stessa sindrome e quindi indurre dei cambiamenti organici (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Pertanto, in presenza di condizioni stressanti, l’organismo reagisce tendendo a ripristinare la condizione precedente allo stress, attraverso il principio omeostatico, in tre fasi:

- La fase di allarme è quella nella quale l’organismo riconosce la minaccia e mobilita le proprie difese;
- La fase di resistenza avviene quando la minaccia persiste e l’organismo deve regolare le risorse cercando di adattarsi alla situazione;
- La fase di esaurimento, essa si verifica se la condizione stressante perdura o se risulta troppo intensa; in questi casi l’organismo non riesce ad adeguarsi e quindi vi è la manifestazione di “malattie dell’adattamento” (Simonelli & Simonelli, 2010).

La modalità attraverso cui si monitora la realtà, è un processo di interpretazione che si basa sui propri vissuti ed è elaborato dalla propria struttura psichica (Lazzari, 2007).

Ad oggi, attraverso ciò che si conosce sulle emozioni, sarebbe più corretto aggiungere che si reagisce in base alla percezione di esse, perché la rappresentazione che si ha della realtà è condizionata dalle emozioni che si vivono (Lazzari, 2007).

Ogni individuo è pensato per funzionare e soddisfare i propri bisogni, e di conseguenza dovrà continuare a monitorare la realtà in cui vive con l’obiettivo di regolare un comportamento e, in seguito, conservare e incrementare gli equilibri adattativi (Lazzari, 2007). Tutto questo implica dei processi di attivazione, dei tentativi di aggiustamento, degli sforzi per garantire gli equilibri; questi processi lasciano un’impronta nella persona che va a plasmare la sua “storia” individuale, che si palesa importante per la sua salute (Lazzari, 2007).

Secondo Bottaccioli (2016), il termine autoregolazione indica l’abilità di governare le proprie azioni e sentimenti in modo adattabile in relazione al contesto in cui il soggetto si trova e ai suoi bisogni interni.

La capacità di autoregolazione è influenzata dalle risorse individuali del soggetto e da fattori esterni; infatti lo stress non è nello stimolo e neppure nella risposta, ma è connesso alla percezione individuale (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Esiste uno strumento, la cosiddetta bilancia dello stress (o bilancia autoregolatoria), che ha lo scopo di individuare due entità, l'individuo e il contesto da una parte, e le richieste e le risorse dall'altra (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Secondo Bottaccioli (2016), ciò ha consentito di individuare quattro aree: le richieste esterne (ovvero le domande del contesto), le richieste interne (i bisogni e le aspettative della persona), le risorse interne (risorse personali) e le risorse esterne (supporti esterni di varia provenienza).

È utile precisare come il concetto di richiesta (o bisogno) non sia da attribuire esclusivamente al mondo esterno, ma che l'autoregolazione origina anche da stimoli biologici o psicobiologici interni all'individuo (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Lo stress è causato dal bisogno di equilibrare la bilancia, alla mobilitazione dovuta a questo scopo, sia in situazioni casuali che a lungo termine; la nascita di una situazione di stress cronico è connessa ad una condizione di squilibrio prolungata nel tempo (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

L'identificazione degli elementi in gioco facenti parte della bilancia dello stress permette di: riconoscere i propri meccanismi di stress globali; considerare le differenti dimensioni implicate (fisica, biologica, psicologica, sociale ed economica) e collegarle con la propria storia di vita personale; risaltare le reciprocità tra i fattori e gli equilibri che consentono di mettere in evidenza la causalità circolare dello stress permettendo di modulare le proprie risposte (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Come emerge dagli studi di Selye, gli stimoli stressanti possono essere di varia natura e possono innescare la reazione fisiologica dello stress; inoltre, è sostanziale la capacità dell'organismo di adattarsi in base al diverso stimolo stressante (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016). Laddove avvenga l'adattamento, si sarà confrontati con una condizione chiamata eustress, al contrario si parlerà di distress (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

4.4.1 Il prezzo biologico dello stress

Per comprendere quali possono essere gli effetti dello stress sull'organismo, è necessario parlare di carico allostatico; il paradigma dell'allostasi permette di interpretare il concetto di stress (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016). Quando l'organismo si trova sotto stress non riesce a riportare i suoi sistemi omeostatici ai loro valori usuali di equilibrio (*stability through constancy*), ma attua delle modifiche multisistemiche e coordinate (*stability through change*), fisiologiche e comportamentali finalizzate a raggiungere un nuovo equilibrio (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Vi è inoltre il cosiddetto "carico allostatico", dove in presenza di situazioni di stress cronico o ripetuto, queste modificazioni fisiologiche e comportamentali diventano meno elastiche e non del tutto reversibili; esse infatti, sono efficienti a breve termine ma se continuano nel tempo possono logorare il sistema e comportare delle ripercussioni negative sull'organismo umano (McEwen, 2000, citato in Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Vi possono essere delle situazioni nelle quali l'organismo risponde a degli stimoli interni o esterni attraverso uno stato di attivazione e reattività del sistema nervoso, questa condizione prende il nome di "*arousal*" (Treccani, 2008).

Uno stato prolungato di ansietà e ipervigilanza mantiene attiva cronicamente la risposta di *arousal*, sostenendo il tono ortosimpatico e l'attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016). Questa disfunzione, se non corretta può sfociare in molteplici quadri patologici: tassi cronicamente elevati di catecolamine e cortisolo che possono causare disturbi a carico del sistema cardiovascolare e metabolico; la sproporzione di cortisolo può generare danni ai neuroni e inibire la neurogenesi interferendo nei processi di apprendimento e della memoria e minando la capacità di

adattamento a futuri fattori stressanti, causando per esempio un declino cognitivo o la depressione (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Si potrebbe riscontrare una compromissione del sistema immunitario che potrebbe causare una maggior predisposizione alle infezioni, una minor risposta alle vaccinazioni e una maggiore predisposizione allo sviluppo di tumori (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Il paradigma dell'allostasi permette di includere nel modello i comportamenti e gli stili di vita; l'insieme dei comportamenti che l'individuo adotta come strategie di *coping*, viene incorporato nella risposta allo stress (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

4.4.2 Le strategie di coping

Avendo l'obiettivo di fornire una cura di qualità che consideri il paziente nella sua globalità, è importante conoscere le caratteristiche e il livello di stress di esso (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Ci possono essere delle risposte comportamentali compensatorie che nell'immediato producono sollievo (fumo, droghe, alcol, alimenti ipercalorici); essi si associano alla stimolazione dei circuiti cerebrali del *reward*, ovvero i sistemi di ricompensa che favoriscono un senso di appagamento e riduzione dell'ansia (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

I sistemi di ricompensa sono delle strutture cerebrali che si occupano della motivazione e che sono in grado di apprendere, attraverso l'associazione di emozioni positive, soprattutto quelle inerenti al piacere (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

L'effetto però è a breve termine, per cui i sistemi di *reward* si adeguano rapidamente riducendo la sensibilità della persona agli stimoli gratificanti; il risultato sono il *craving* e la dipendenza (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Un grande psicologo, Richard Lazarus, sviluppò due concetti differenti, quello dell'*appraisal* (valutazione degli stressor) e quello di *coping* (strategie di adattamento) (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016). Egli evidenziò che gli stressor psicici, rispetto a quelli fisiologici necessitano di una mediazione da parte della mente che li valuta su un piano cognitivo ed emotivo (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Questo spiega il motivo per cui di fronte a uno stressor le persone possono avere un *coping* differente (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Secondo Lazarus (1966) vi sono tre principali stili di *coping*:

- Il *coping* centrato sul problema o attivo;
- Il *coping* centrato sull'emozione o passivo;
- Il *coping* centrato sull'evitamento (Lazzari, 2007).

Il *coping* centrato sul problema o attivo consiste in ciò che la persona fa concretamente per affrontare una situazione difficile o alla quale non si sente preparato (Lazzari, 2007).

Il *coping* invece centrato sull'emozione o anche detto passivo, indica le modalità con cui un individuo si adegua emotivamente alla situazione (Lazzari, 2007).

Altri autori hanno parlato anche del *coping* centrato sull'evitamento in cui viene descritto l'atteggiamento di coloro che non fronteggiano il problema ma fuggono anche dalla consapevolezza emotiva, causando così una maggior somatizzazione delle emozioni negative (Parker & Endler, 1966, citato in Lazzari, 2007).

Le ricerche sul *coping* hanno evidenziato che questo processo è legato sia alle caratteristiche psicologiche del singolo che al suo modo di interpretare la situazione (Sommaruga, 2003, citato in Lazzari, 2007).

L'eccesso di stress produce una dinamica progressiva, andando a sollecitare i meccanismi di difesa primari dell'individuo, ovvero quelli impostati nella prima fase della vita dove l'urgenza dell'adattamento è più incombente e le emozioni non risultano essere ben controllate (Lazzari, 2007).

Come conseguenza di tutto ciò, il nostro “registro” comportamentale si impoverisce divenendo meno adattabile; per questo motivo quando si assume un comportamento difensivo, il livello di libertà diminuisce e quindi è maggiore il rischio di comparsa di abitudini non funzionali alla nostra salute (Lazzari, 2007).

Una strategia di *coping* centrata sul problema è più proficua nelle situazioni che risultano essere modificabili e gestibili, le altre strategie invece, sono più adatte quando l'individuo non ha alcuna possibilità di cambiare determinati aspetti (Lazzari, 2007).

4.4.3 La prevenzione dello stress

Lo stato di salute della popolazione è influenzato dai cosiddetti determinanti della salute, ovvero i fattori personali, socioeconomici, culturali e ambientali; tra questi determinanti della salute vi sono diverse categorie di fattori che incidono sullo stato di salute (WHO, 1998, citato in Simonelli & Simonelli, 2010).

Vi sono i fattori individuali che comprendono le integranti genetiche e somatiche, come quelle psicologiche/relazionali/comportamentali; inoltre, sono presenti anche i fattori famigliari che includono l'organizzazione, la posizione e le funzioni della famiglia di origine (Simonelli & Simonelli, 2010).

Dopodiché vi sono i fattori socioeconomici, quali per esempio lo stato sociale, la rendita, il lavoro e le attività ricreative che incidono sullo stato di salute della popolazione; anche i fattori culturali, inoltre, svolgono un ruolo importante, tra questi vi sono le conoscenze e le tradizioni tramandate dalle generazioni precedenti come lo stile di vita, le abitudini alimentari, l'orientamento sessuale, ecc. (Simonelli & Simonelli, 2010).

L'inquinamento, i rifiuti chimici e altri eventi sono inclusi nella categoria dei fattori ambientali; mentre vi è anche la struttura della società che comprende le leggi, il sistema sanitario, l'equità, ecc. (Simonelli & Simonelli, 2010).

L'anno seguente, da parte di Marmot (1999) è stato poi sviluppato uno schema concettuale suddiviso in tre livelli:

- Il livello distale (o macro-determinanti) che è costituito da elementi sostanziali come l'istruzione scolastica, il contesto abitativo, il lavoro, lo stipendio che a loro volta sono condizionati dalla politica;
- Il livello mediale include la condizione sociale, ambientale, economica e fisica che agisce sullo stato di salute attraverso due modalità, diretta (eventi avversi, incidenti, lesioni) e indiretta (comportamenti e stili di vita);
- Il livello prossimale (o micro-determinanti) si riferisce alle caratteristiche individuali della persona, alla presenza di una rete sociale e alla cultura di appartenenza (Simonelli & Simonelli, 2010).

È importante che vengano considerati tutti i determinanti di salute, ponendo attenzione anche alle risorse individuali del soggetto, al fine di prevenire delle condizioni di stress cronico, è auspicabile quindi che si utilizzi un approccio salutogenico (Simonelli & Simonelli, 2010).

Rispetto allo stress si possono attuare diverse tipologie di interventi:

- Interventi di prevenzione primaria, mirano a ridurre i fattori di stress attivando le strategie che si occupano di ridurre o modificare il loro impatto estenuante sugli individui sani;
- Interventi di prevenzione secondaria, sono rivolti alle persone a rischio, consistono nel reggere lo stress attraverso lo sviluppo di risorse e la salvaguardia del benessere;
- Interventi di prevenzione terziaria, sono destinati alle persone che hanno sviluppato disturbi che si esprimono sul piano psicologico, psicosomatico o fisico;

lo scopo è dunque quello di favorire dei comportamenti che stimolino uno stile di vita salutare attraverso degli interventi individualizzati (Lazzari, 2007).
Le patologie, quindi, possono essere causate da un cattivo adattamento allo stress (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

4.4.4 La sindrome del colon irritabile e lo stress

Secondo Selye (1936), le patologie sono il risultato di un cattivo adattamento e, grazie a lui, venne introdotto il concetto che possono esistere anche malattie da eccesso di risposta, per esempio un eccesso di cortisolo dovuto allo stress cronico (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Un adattamento non adeguato, prolungato nel tempo, causa un accumulo di modifiche che possono favorire l'insorgenza di multiple malattie; ciò che conta quindi, è la gestione dello stress, e non l'eliminazione dello stesso (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Seguendo questa teoria, si può affermare che la relazione tra la sindrome dell'intestino irritabile e lo stress, è di tipo circolare, in quanto l'eccesso di quest'ultimo causa un progressivo disequilibrio dei processi di regolazione psico-fisiologici e del comportamento, i quali portano a una diminuzione dell'efficienza e dell'efficacia dei processi interni e del comportamento (Lazzari, 2007).

Infine, gli stati emotivi negativi (quali ansia, depressione, rabbia,...) possono promuovere un disturbo somatico (favorendone la comparsa e condizionandone l'evoluzione) attraverso una via biologica e una via comportamentale (Cohen & Rodriguez, 1995).

Ciò che accade nella nostra psiche giunge tramite le cortecce prefrontali alla piattaforma neurale che attiva due sistemi: da una parte la cascata ormonale, e dall'altra la rapida scarica di adrenalina e noradrenalina (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Contemporaneamente, il sistema muscolo-scheletrico si pone in allerta causando una mobilitazione delle risorse interne (cognitive, attentive, metaboliche, energetiche) utile in un breve lasso di tempo a fronteggiare lo stimolo stressante (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Questo meccanismo, a lungo termine, è pericoloso siccome i mediatori dello stress possono alterare l'equilibrio e l'anatomia dei sistemi fondamentali quali cervello, immunità e metabolismo (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

5. Metodologia

5.1 Revisione della letteratura

Per la stesura di questo lavoro di tesi, si è scelto di utilizzare il metodo di revisione della letteratura, che consiste nel riassumere in forma scritta le evidenze presenti su un problema di ricerca (Polit & Beck, 2014).

Lo scopo principale delle revisioni della letteratura è soprattutto quello di integrare le evidenze di ricerca in modo da mettere a disposizione le conoscenze e le lacune di ricerca di un determinato argomento (Polit & Beck, 2014).

Questa metodologia, talvolta, fornisce dei documenti destinati a una popolazione più o meno ampia, interessata ad un determinato tema, ma viene anche utilizzata come fondamento su cui verranno costruiti dei nuovi studi (Polit & Beck, 2014).

Vi sono più teorie che guidano i diversi passaggi del processo della revisione della letteratura: i ricercatori che sono maggiormente ispirati alla “*grounded theory*” raccolgono i dati e, solo in seguito, analizzano la letteratura alla ricerca di studi precedenti che confermino la loro teoria; oppure gli studiosi di “fenomenologia”, che svolgono una ricerca bibliografica precedentemente l’inizio dello studio (Polit & Beck, 2014).

A prescindere dal momento in cui avviene la revisione, i ricercatori redigono un breve riassunto dello studio all’interno dell’introduzione, il quale prende anche il nome di “*abstract*” (Polit & Beck, 2014).

Per eseguire una revisione di letteratura, è fondamentale trarre le informazioni che si necessitano dalle fonti primarie, ossia documenti redatti dal ricercatore stesso che li ha condotti; questo, perché le fonti secondarie, alle volte possono risultare meno dettagliate e obiettive (Polit & Beck, 2014).

Quest’ultime sono descrizioni di studi elaborati da autori che non li hanno svolti; infatti la revisione di letteratura rientra tra questa categoria di fonti (Polit & Beck, 2014).

5.2 II PIO

Al fine di formulare un quesito di ricerca corretto, è necessario formulare il PICO o PIO, esso infatti facilita la ricerca degli articoli nelle banche dati (Polit & Beck, 2014).

Ogni lettera dell’acronimo, indica un concetto: la P indica la popolazione presa in esame, la I equivale all’intervento che si vuole attuare, la C corrisponde al confronto/controllo e infine la O si riferisce all’*outcome*, ovvero al risultato che si vuole ottenere (Polit & Beck, 2014).

Qui sotto il quesito di ricerca di questa tesi:

- **P:** pazienti adulti con età maggiore di 18 anni affetti dalla sindrome del colon irritabile
- **I:** ruolo infermieristico
- **C:** /
- **O:** incremento della qualità di vita

Attraverso la formulazione del PIO, è sorto il seguente quesito di ricerca:

Il ruolo infermieristico nella presa in cura di pazienti affetti dalla sindrome del colon irritabile è da aiuto nell’incrementare la loro qualità di vita.

5.3 Chiavi di ricerca

Gli articoli che verranno utilizzati e analizzati nella revisione della letteratura sono stati ottenuti tramite le banche dati Pubmed e Cinhal.

All'interno delle banche dati, per eseguire la ricerca degli articoli è necessario usare delle parole chiavi collegate tra loro attraverso i cosiddetti operatori booleani (*AND*, *OR*, *NOT*) che aiutano ad ampliare o restringere il campo di studio (Polit & Beck, 2014).

Per la ricerca degli articoli sono state utilizzate più chiavi, ma purtroppo soltanto una ha fornito i risultati attesi; infatti, inizialmente l'intervento da indagare era più specifico. L'intento era quello di analizzare l'efficacia dell'utilizzo di tecniche relazionali come l'ascolto attivo da parte dell'infermiere o lo sviluppo della consapevolezza nel migliorare la qualità di vita del paziente.

Non essendoci risultati, è stato deciso di analizzare il ruolo infermieristico in senso generico, qui di seguito è riportata la stringa di ricerca utilizzata per l'indagine degli articoli:

Irritable Bowel Syndrome AND nursing AND quality of life

Si è deciso di riportare anche le chiavi di ricerca che non hanno prodotto alcun risultato, al fine di svolgere delle riflessioni nei capitoli seguenti.

- *Irritable Bowel Syndrome OR ibs AND nursing AND relational techniques*
- *Irritable Bowel Syndrome OR ibs AND nursing AND active listening*
- *Irritable Bowel Syndrome OR ibs AND nursing AND awareness*

5.4 Criteri di inclusione e criteri di esclusione

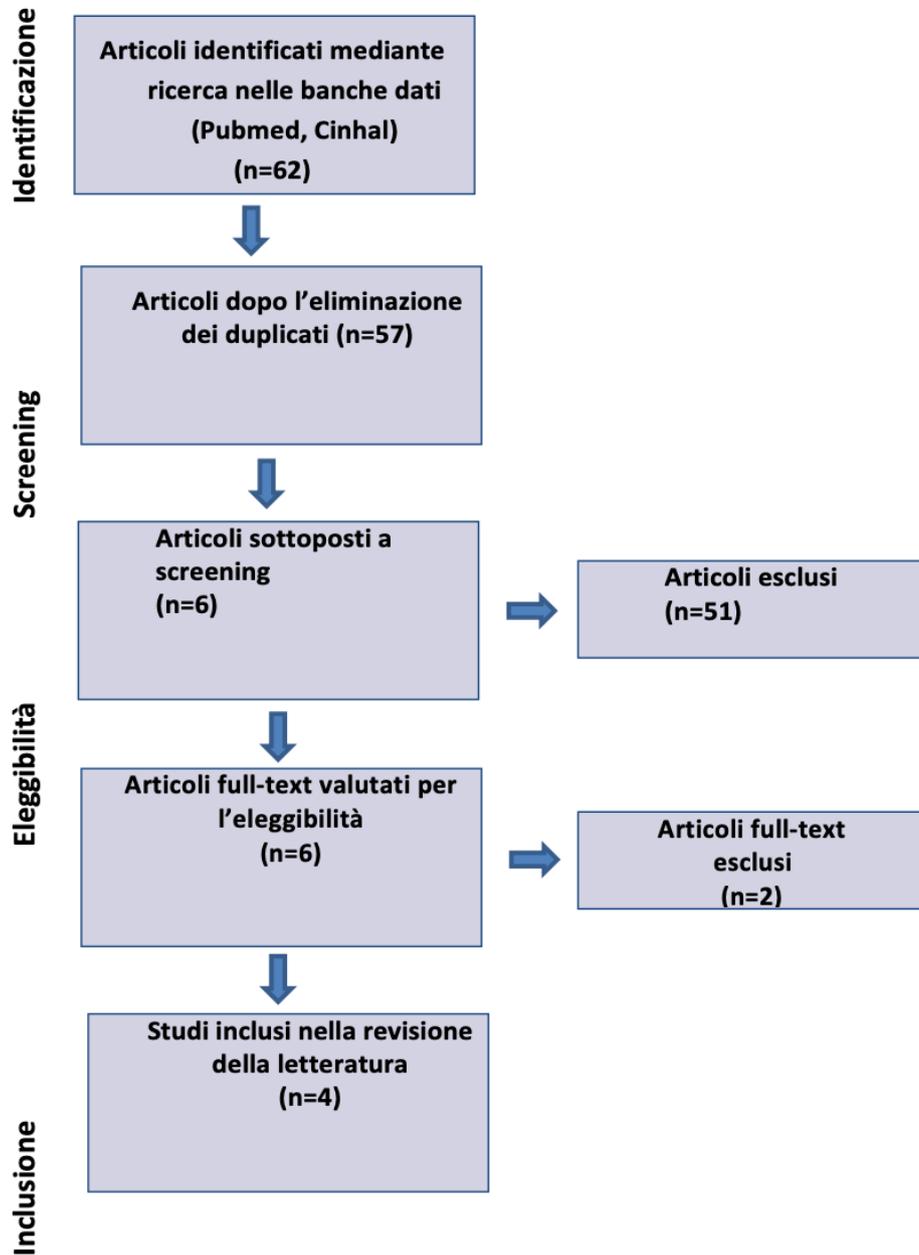
È necessario utilizzare anche dei criteri di inclusione e di esclusione in modo da rendere la ricerca degli articoli più precisa (Polit & Beck, 2014).

Nella tabella sottostante sono stati definiti quelli specifici utilizzati per raccogliere gli articoli di questo lavoro.

	Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Popolazione	Pazienti adulti con età maggiore di 18 anni	Pazienti con età inferiore a 18 anni
Anno di pubblicazione degli articoli	2017 e anni seguenti	Anni precedenti al 2017

5.5 Il diagramma di flusso

Per sintetizzare la modalità con cui è stata eseguita la ricerca degli articoli nelle banche dati è stato utilizzato un diagramma di flusso, più specificatamente il *Prisma Statement* (2009).



6. Risultati

6.1 Analisi degli articoli selezionati

Il primo articolo è stato realizzato attraverso uno studio pilota longitudinale controllato randomizzato, il cui obiettivo è quello di valutare la fattibilità, l'accettabilità e l'efficacia degli interventi sulla gestione del dolore e sui comportamenti degli individui affetti dalla sindrome dell'intestino irritabile (Cong et al., 2018).

Sono stati esaminati 80 giovani adulti di età compresa tra i 18 e i 29 anni: una parte di loro viene assegnata casualmente al gruppo sperimentale, mentre l'altra al gruppo di controllo e la fascia di popolazione maggiormente colpita da questo disturbo risulta essere quella degli adolescenti e dei giovani adulti (Cong et al., 2018).

Ciò che differenzia i due gruppi in esame è l'intervento effettuato da parte degli infermieri; infatti, il gruppo sperimentale, oltre a ricevere video elettronici incentrati su conoscenze e abilità per la gestione del dolore, ha modo di beneficiare delle consultazioni telefoniche individuali da parte dell'infermiere (Cong et al., 2018).

Nello studio, i partecipanti vengono seguiti per 12 settimane e gli esiti relativi all'intervento educativo sono valutati al tempo zero, alle sesta e alla dodicesima settimana (Cong et al., 2018).

È stato scoperto, secondo diversi studi, che l'educazione legata alla fisiopatologia del dolore, riduce l'intensità di esso, la paura e la catastrofizzazione (Robins et al., 2016, citato in Cong et al., 2018).

I pazienti affetti dalla sindrome del colon irritabile raccontano che il sintomo più invalidante che influisce negativamente sulla qualità di vita, è il dolore addominale viscerale intenso e periodico (Lacy et al., 2015, citato in Cong et al., 2018).

Attualmente non vi sono numerosi approcci di cura che contemplino delle strategie di autogestione del dolore; per questo motivo, spesso, le persone si ritrovano ad affrontare un percorso lungo e frustrante in solitudine ed è quindi necessario ricercare delle strategie in grado di modulare il comportamento dei sanitari nei confronti di questa condizione di salute (Fukudo et al., 2015, citato in Cong et al., 2018).

È stato deciso di escludere i pazienti affetti da ulteriori patologie croniche e che assumono regolarmente alcuni farmaci, al fine di controllare solamente le correlazioni relative all'IBS (Cong et al., 2018).

I dieci video elettronici consegnati ai partecipanti, includono diversi temi, tra cui la neurofisiologia del dolore dell'IBS e il meccanismo dell'asse cervello-intestino, i fattori che scatenano il dolore viscerale, l'utilizzo di farmaci e le strategie di gestione del dolore e delle attività quotidiane (Cong et al., 2018).

Gli infermieri si occupano di fornire una consulenza individuale telefonica o in presenza ad ogni partecipante assegnato al gruppo sperimentale; durante il primo incontro viene eseguita un'anamnesi relativa ai sintomi percepiti, allo stress, alla dieta, all'attività fisica, ai farmaci e alla qualità di vita delle ultime due settimane (Cong et al., 2018).

Dopodiché, viene fissato un obiettivo da raggiungere attraverso la scelta e la descrizione di un'attività finalizzata all'autogestione dei sintomi; il paziente viene anche istruito in merito all'utilizzo del diario di automonitoraggio online, che consiste nello scrivere quotidianamente delle autovalutazioni sui sintomi, dieta, sonno, stress e qualità delle feci (Cong et al., 2018).

Nel corso delle visite di *follow-up*, della durata di 15-30 minuti, il curante analizza il diario di automonitoraggio e rivede, insieme al paziente, i risultati ottenuti fino a quel momento; vi è la possibilità di cambiare obiettivo o aggiungerne un ulteriore (Cong et al., 2018).

Viene anche consegnato un pedometro elettronico per misurare i passi, la distanza e le calorie bruciate, siccome è risultato che l'attività fisica è efficace nel ridurre i sintomi del colon irritabile (Cong et al., 2018).

Al tempo zero, alla sesta, e alla dodicesima settimana i pazienti compilano vari questionari che affrontano, ognuno, un tema diverso (qualità e quantità degli alimenti assunti, gravità del dolore e l'influenza di esso sulla qualità di vita, strategie di *coping* utilizzate, ecc.) dell'IBS, così da monitorarne l'evoluzione durante lo studio (Cong et al., 2018).

Secondo Cong et al. (2018) sono stati riscontrati due problemi principali che hanno influito negativamente sulla fattibilità di questo studio pilota, ovvero l'alto tasso di abbandono dei partecipanti (di 60 partecipanti solo 27 l'hanno completato) e il lento tempo di reclutamento dei partecipanti (esso è iniziato a ottobre 2016 e si è concluso un anno dopo).

Il secondo articolo si occupa di valutare l'impatto educativo (eseguito ponendo attenzione a degli aspetti della terapia comportamentale) sulla qualità di vita e la gravità dei sintomi dei pazienti affetti dalla sindrome del colon irritabile (Sierżantowicz et al., 2020).

Lo studio prende in esame 150 pazienti con una diagnosi di sindrome dell'intestino irritabile di età superiore ai 18 anni e alcuni di essi hanno delle comorbidità; nel gruppo di controllo, invece, vi sono 100 soggetti sani o affetti da malattie croniche lievi, ma senza disturbi indicativi di IBS (Sierżantowicz et al., 2020).

Il programma educativo, consiste nel consegnare a ogni partecipante delle informazioni scritte comprendenti i temi più rilevanti della patologia, preparate da un ambulatorio di gastroenterologia (Sierżantowicz et al., 2020).

Inoltre, ogni incontro educativo dura almeno tre ore ed è guidato da un infermiere; vengono trattati i temi inerenti ai fattori di rischio, al processo di diagnosi, le terapie, l'influenza della dieta, il ruolo dello stress, l'importanza dell'attività fisica e le relative strategie di gestione dei sintomi (Sierżantowicz et al., 2020).

In taluni casi, la qualità di vita dei pazienti risulta essere inferiore anche rispetto a chi è affetto da alcune patologie somatiche come, per esempio, il reflusso esofageo o l'asma (Brun-Strang et al., 2007; Drossman et al., 2007, citato in Sierżantowicz et al., 2020).

Il primo incontro tra infermiere e paziente, consiste nell'indagare lo stato generale di benessere di quest'ultimo e nel realizzare una valutazione sulle sue competenze in merito alla patologia; dopodiché si esegue un intervento educativo inerente alla patogenesi, ai sintomi, al trattamento e alle raccomandazioni in merito ai cambiamenti dello stile di vita (Sierżantowicz et al., 2020).

La valutazione soggettiva della qualità di vita è stata eseguita attraverso la compilazione di un formulario che include tre categorie: le componenti fisiche (PCS), le componenti mentali (MCS) e il punteggio QOL totale (Sierżantowicz et al., 2020).

All'interno della categoria delle componenti fisiche, vi sono i domini del funzionamento fisico, del ruolo fisico, del dolore corporeo (valutato attraverso la scala VAS) e della salute generale; mentre la vitalità/vigore/stanchezza, il funzionamento sociale, il ruolo emotivo e la salute mentale rientrano nelle componenti mentali (Sierżantowicz et al., 2020).

Ad ogni dominio, viene assegnato un punteggio da 0 a 100: più è alto il punteggio maggiore è la qualità di vita (Sierżantowicz et al., 2020).

Secondo Sierżantowicz et al. (2020), l'età media dei partecipanti è attorno ai 50 anni e i pazienti affetti dalla sindrome del colon irritabile risultano avere un maggior grado di istruzione in merito alla malattia.

Secondo il formulario SF-36, prima dell'istruzione, la qualità di vita risulta significativamente bassa in tutti i domini, ad eccezione del funzionamento sociale; dopo

il programma educativo però, si è notato un miglioramento sul piano della sfera fisica, rispetto al gruppo di controllo; le persone di età maggiore di cinquanta anni hanno un punteggio inferiore nella categoria delle componenti fisiche, rispetto alle altre fasce di età (Sierżantowicz et al., 2020).

Tutti i partecipanti hanno notato una differenza importante relativa alla categoria delle componenti mentali, soprattutto i pazienti con un'età inferiore ai 35 anni (Sierżantowicz et al., 2020).

Per quanto concerne l'intensità del dolore, ma soprattutto l'importanza dei sintomi, dopo l'intervento terapeutico, essi sono diminuiti; questo significa, che il ruolo dell'infermiere, ha avuto un'influenza positiva (Sierżantowicz et al., 2020).

Secondo Sierżantowicz et al. (2020), un fattore che influenza negativamente la percezione della qualità di vita si è visto che è l'età avanzata, mentre non sono state osservate delle correlazioni tra la gravità dei sintomi e il genere dei pazienti.

L'OMS raccomanda di praticare l'educazione terapeutica ai pazienti affetti da malattie organiche; attraverso questo studio, si vuole sottolineare l'importanza di estendere l'intervento anche ad altri disturbi cronici, come la sindrome del colon irritabile, dati i possibili benefici elencati (Sierżantowicz et al., 2020).

Il terzo articolo, è uno studio pilota eseguito attraverso una revisione della letteratura con l'intento di sviluppare un intervento di supporto centrato sulla persona affetta dalla sindrome del colon irritabile (Björkman et al., 2019).

L'intervento di supporto, consiste nel valutare attraverso dei questionari alcuni campi, quali: la valutazione della gravità dei sintomi, l'ansia gastrointestinale specifica e l'autoefficacia; il tutto attraverso anche delle interviste (Björkman et al., 2019).

Sono stati reclutati 17 pazienti e i questionari sono stati somministrati al tempo basale (prima dell'intervento educativo) e al follow-up, ovvero tre/cinque mesi dopo il basale; nel momento del follow-up sono state realizzate delle interviste telefoniche e una revisione delle cartelle cliniche, identificando gli obiettivi e le risorse personali di ogni partecipante (Björkman et al., 2019).

Per lo svolgimento dello studio, è stato utilizzato un modello rivisto del *Medical Research Council* (MRC) che solitamente trova impiego nello sviluppo di interventi complessi e per la redazione di linee guida sulla valutazione dei processi (Craig et al., 2008; Moore et al., 2015, citato in Björkman et al., 2019).

Il *Medical Research Council* descrive le seguenti fasi: lo sviluppo, il pilotaggio, la valutazione e l'attuazione di interventi complessi (Björkman et al., 2019).

Con il termine "interventi complessi", si intendono quelli che richiedono di agire su più componenti del paziente, attraverso abilità diverse sia nel paziente che nel curante (Björkman et al., 2019).

È stata eseguita una revisione della letteratura in merito agli interventi eseguiti sui pazienti affetti dalla sindrome dell'intestino irritabile con la collaborazione degli infermieri; la ricerca è stata eseguita nelle banche dati PubMed e Cinhal (Björkman et al., 2019).

L'obiettivo comune di tutti gli articoli selezionati, è quello dell'incremento della cura di sé attraverso degli interventi che includono l'istruzione sulla fisiopatologia, la dieta, la gestione dello stress, le strategie di *coping*, la somministrazione di farmaci e l'esercizio fisico (Björkman et al., 2019).

I dati degli studi suggeriscono, infatti, che gli interventi guidati sono molto apprezzati e funzionali da parte dei pazienti (Björkman et al., 2019).

Oltre a ciò, un gruppo multiprofessionale, ha sviluppato un intervento per il supporto centrato sulla persona affetta dall'IBS, includendo nello studio pilota 17 partecipanti reclutati da un ambulatorio di un ospedale universitario svedese (Björkman et al., 2019).

Il primo questionario chiamato “indice di sensibilità viscerale” (VSI) a cui sono stati sottoposti i partecipanti, affrontava il tema dell’ansia gastrointestinale specifica; in altre parole, il grado di ansia vissuto dal paziente relativo al sintomo gastrointestinale (Björkman et al., 2019).

Esso fornisce un grande aiuto per concepire come la persona affetta da IBS vive i suoi disturbi gastrointestinali (Björkman et al., 2019).

Il secondo questionario prende il nome di “*IBS Severity Scoring System*” (IBS-SSS) ed esso valuta la gravità dei sintomi, attraverso una scala visuo-analogica del dolore (VAS); in questo punteggio vi sono cinque elementi da valutare: la gravità del dolore, la frequenza con cui si presenta quest’ultimo, il gonfiore addominale, la frustrazione dovuta al cambio di abitudini intestinali e, infine, l’interferenza dei sintomi sulla vita quotidiana (Björkman et al., 2019).

Come terzo questionario vi è infine, la scala di autoefficacia generalizzata (GSES), che indaga la capacità della persona di rispondere e controllare lo stress della vita quotidiana (Björkman et al., 2019).

L’intervento educativo, si compone di quattro parti, ovvero il diario sanitario, le informazioni scritte, i colloqui individuali e le cartelle cliniche; l’intervento è stato basato principalmente sulla teoria dell’autoefficacia, sulla cura centrata sulla persona e sulla teoria critica (Björkman et al., 2019).

Un risultato importante di questo studio, è quello di riconoscere l’importanza dell’autoefficacia della persona nel processo di autogestione del dolore; è appropriato che i curanti intervengano su questo aspetto, così da porre la loro attenzione ai punti di forza e alle risorse del paziente (Björkman et al., 2019).

La teoria critica indaga principalmente le dinamiche che si creano nella relazione tra curante e paziente (Björkman et al., 2019).

Attraverso la redazione di un questionario specifico, è stata valutata la gravità della sindrome dell’intestino irritabile dei 17 restanti partecipanti; è risultato, quindi, che due avevano un IBS lieve, nove un IBS moderato e sei un IBS grave (Björkman et al., 2019). L’età media è di 39 anni e la maggioranza delle persone sono di sesso femminile; inoltre, durante il programma tre partecipanti hanno abbandonato lo studio per motivi medici diversi dalla sindrome dell’intestino irritabile (Björkman et al., 2019).

Di questi 14 pazienti, la metà ha riferito di aver percepito un miglioramento importante dei sintomi gastrointestinali; non vi è stato però nessun cambiamento rispetto all’ansia gastrointestinale specifica (Björkman et al., 2019).

I risultati delle interviste sono stati suddivisi in sei categorie che ora verranno descritte.

Nella prima intitolata “imparare su sé stessi e sull’IBS”, viene evidenziato come l’intervento educativo fornisce un aiuto nell’aumentare la consapevolezza su sé stessi, sui propri sintomi, sui fattori scatenanti di questi ultimi e sulle strategie da utilizzare (Björkman et al., 2019).

Inoltre, fornisce anche maggiori conoscenze sulla patologia e sull’interazione mente e corpo; i partecipanti hanno riferito che un vantaggio è stato quello di attuare un intervento personalizzato (Björkman et al., 2019).

Nella categoria soprannominata “l’essere parte di una relazione di supporto paziente-infermiere”, si osserva come tutti i partecipanti si sono sentiti ascoltati e coinvolti nella pianificazione del percorso di cura, e che questo ha loro concesso quindi di costruire una relazione di fiducia con l’infermiere, con cui hanno avuto la possibilità di parlare di problemi di cui, a detta loro, non avrebbero parlato con altre persone al di fuori di quel contesto (Björkman et al., 2019).

Gli aspetti di supporto e relazione hanno quindi assunto la stessa importanza delle attività di cura; l’intervento educativo, inoltre, causa dei cambiamenti anche nella modalità di

gestione dei sintomi e le strategie più comunemente utilizzate, sono quelle legate al cambio di dieta e al praticare attività fisica (Björkman et al., 2019). L'attività meno apprezzata dai partecipanti per la gestione dei sintomi, è invece la pratica di rilassamento (Björkman et al., 2019).

L'utilizzo del diario sanitario e le informazioni scritte, sono degli strumenti discussi; alcuni partecipanti sostengono che l'utilizzo del diario sia importante al fine di fornire una panoramica sugli alimenti e sulle situazioni che potrebbero favorire la comparsa dei sintomi, mentre altri che invece sia un compito che richiede troppo impegno (Björkman et al., 2019).

Non tutti i partecipanti si ricordavano di essersi prefissati degli obiettivi o di averci riflettuto; altri, invece, ne prendevano nota (Björkman et al., 2019).

Per quanto concerne la gestione dei sintomi, si è osservata una riduzione della gravità di essi, o almeno un cambiamento nel modo di affrontarli; la maggior parte dei partecipanti ha, infatti, sperimentato un modo differente di affrontare i sintomi che hanno descritto come un sistema diverso di pensare ai sintomi o che per esempio essi siano meno pericolosi (Björkman et al., 2019).

Attraverso questo studio, si ipotizza che l'insegnamento e il supporto forniti nella relazione da parte dell'infermiere, aumenterebbero l'autoefficacia del paziente che a sua volta indurrebbe l'autogestione finalizzata a una riduzione dei sintomi (Björkman et al., 2019).

L'essere affetti da una condizione cronica, implica il fatto che il paziente sappia autogestirsi quotidianamente, ma avendo sempre un sostegno professionale (Bengtsson, 2015, citato in Björkman et al., 2019).

Secondo Björkman et al. (2019) vi sono principalmente due limiti in questo studio: il primo è il piccolo campione di persone reclutate, il secondo è che la complessità della sindrome del colon irritabile implica un coinvolgimento multiprofessionale che però in questo studio non è stato affrontato.

Il quarto articolo è stato creato attraverso una revisione della letteratura di 20 articoli su 260 selezionati che rispondevano alle esigenze di questo studio (Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

L'obiettivo generale, è quello di determinare il ruolo infermieristico nel processo di cura delle persone con la sindrome dell'intestino irritabile (Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Gli obiettivi specifici di questo studio, invece, sono quelli di identificare le barriere che ostacolano l'attuazione delle strategie di *coping* dei pazienti e, di conseguenza, l'autocura; inoltre, si vogliono selezionare gli interventi infermieristici in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti (Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Le malattie croniche, siano esse lievi o più gravi, hanno una caratteristica principale che è quella che il malato sarà il principale responsabile della gestione della sua malattia nella vita quotidiana (Håkanson, 2014; Ghiyasvandian et al., 2016, citato in Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Questa sindrome è un disturbo fluttuante e per questo motivo il paziente ha difficoltà a percepire il controllo sul proprio corpo; essi evitano quindi certe attività di vita quotidiana per la paura di sentirsi male, portando a una situazione di isolamento sociale dovuto anche all'incomprensione degli altri sul loro stato di salute (Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

I sentimenti che predominano nel vissuto di questi pazienti sono l'imbarazzo e l'auto colpevolezza durante lo scatenarsi dei sintomi; i pazienti reclamano il bisogno di ricevere

maggior empatia e meno banalizzazione da parte dei curanti nei confronti dei loro disturbi somatici (Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Questo perché, spesso, si sentono accusati di esagerare o immaginare il dolore che stanno vivendo (Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Essi, infatti, desiderano essere maggiormente informati sulle caratteristiche della malattia, le alternative di trattamento e le strategie di gestione delle attività di vita quotidiana (Håkanson, 2014; Ghiyasvandian et al., 2016; Mira et al., 2015, citato in Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Halpert (2018) mette in risalto gli aspetti benefici di una relazione terapeutica efficace tra paziente e curante, nella gestione di una malattia cronica (Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Alcuni autori, come per esempio Mason (2014), osservano nella figura dell'infermiere il ruolo essenziale per il processo di cura, poiché attraverso un approccio olistico, si possono fornire molteplici aiuti al paziente; tra questi troviamo il fornire delle conoscenze sulla fisiologia della malattia, la dieta e la farmacoterapia (Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

È fondamentale ricordare, che il curante, oltre a fornire delle nuove conoscenze per l'autocura, deve saper trasmettere fiducia, ascolto attivo, motivare e aiutare il paziente, facilitandogli il processo di adattamento alla patologia (Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Per quanto concerne gli interventi infermieristici per migliorare la qualità di vita, è stato dimostrato che l'educazione terapeutica nelle persone affette dalla sindrome dell'intestino irritabile, migliora i sintomi e la qualità di vita, contribuendo ad aumentare la soddisfazione dei pazienti (Yu et al., 2014; Zia et al., 2016, citato in Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Yu et al. (2014) hanno illustrato come l'educazione terapeutica favorisca l'eliminazione di credenze errate inerenti la natura e la prognosi della malattia (Stanculete et al., 2015, citato in Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Quanto detto sopra, ha una conseguenza anche per il sistema sanitario, in quanto i pazienti ne usufruiranno in misura minore, causando un impatto economico marginale (Yu et al., 2014; Sarkar et al., 2016, citato in Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Ambire ad un'educazione terapeutica efficace, implica che vi siano dei cambiamenti legati al comportamento di salute duraturo; per cui non è sufficiente consegnare degli opuscoli informativi, ma è necessario che vi sia fiducia, sostegno e guida da parte di un curante alla quale potersi rivolgere in caso di bisogno (Yu et al., 2014; Ringström et al., 2012; Thompson & Read, 2015, citato in Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Una particolare attenzione, la merita anche la terapia di gruppo, siccome i pazienti che ne hanno fatto frutto, attraverso la possibilità di condividere le proprie esperienze con altri soggetti, hanno riscontrato dei benefici (Ringström et al., 2012, citato in Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Per quanto riguarda il futuro, si auspica di rendere i professionisti consapevoli dei bisogni dei pazienti affetti dalla sindrome dell'intestino irritabile, poiché è stato dimostrato che la giusta assistenza permette di migliorare la qualità di vita (Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Gli infermieri stessi dovrebbero prendere l'iniziativa di implementare un cambiamento di visione, assumendo così un ruolo attivo nel processo di cura (Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

6.2 Aspetti comuni degli articoli

Il primo aspetto comune a tutti gli studi analizzati, è quello relativo al tema della scarsità di trattamenti per la sindrome del colon irritabile e all'insoddisfazione dei pazienti nei confronti dei curanti.

Secondo Cong et al. (2018), ad oggi, gli approcci di cura che consentono ai pazienti un'autogestione della sindrome dell'intestino irritabile, sono insufficienti e, per questo motivo, spesso essi si ritrovano soli ad affrontare un percorso lungo e frustrante.

Questo concetto lo sostengono anche Sierżantowicz et al. (2020); infatti, i pazienti affetti da questo disturbo riferiscono un'insoddisfazione rispetto ai trattamenti.

Sovente, la relazione che si instaura tra curante e paziente non è benefica, siccome quest'ultimi riferiscono di non sentirsi creduti in merito ai loro vissuti (Björkman et al., 2019).

Secondo Buitrago Leal & Martínez Martín (2018), i pazienti sostengono di non aver riscontrato comprensione da parte dei professionisti e, soprattutto, di aver ricevuto delle scarse informazioni o attraverso delle modalità inadatte in merito alla loro condizione.

Il secondo pensiero comune, è quello che riguarda l'impatto di questo disturbo cronico sulla qualità di vita; infatti, nonostante venga considerato un disturbo di lieve entità, la qualità di vita risulta essere significativamente inferiore rispetto alla popolazione generale (Sierżantowicz et al., 2020).

La sindrome dell'intestino irritabile, può avere come conseguenze anche un elevato utilizzo del sistema sanitario e molteplici assenze dal lavoro e tutto ciò implica anche una diminuzione della qualità di vita (Björkman et al., 2019).

Sempre secondo Sierżantowicz et al. (2020), spesso questi pazienti eseguono un certo turismo medico, ovvero ricorrono a più medici, al fine di sottoporsi a indagini diagnostiche che possano dare una spiegazione ai loro disturbi e ottenere così un trattamento efficace. Un ulteriore aspetto da considerare, è quello dei trattamenti non farmacologici; è essenziale che il paziente venga istruito sui metodi non farmacologici che si possono utilizzare nella vita di tutti i giorni, ribadendo però l'importanza anche di un'eventuale terapia farmacologica prescritta dal medico (Sierżantowicz et al., 2020).

Il cambio di alimentazione e l'attività fisica, secondo Björkman et al. (2019) risultano essere i cambiamenti preferiti tra i partecipanti dello studio, al contrario delle tecniche di rilassamento per la gestione dello stress.

Secondo Sierżantowicz et al. (2020), un intervento efficace nella gestione di questa condizione, risulta essere un'adeguata relazione tra medico e paziente; infatti, anche secondo Björkman et al. (2019) sentirsi ascoltati e coinvolti nella pianificazione di cura e costruire una relazione di supporto con l'infermiere, provoca molti benefici, tanto che in termini di importanza, gli aspetti di supporto e relazione sono sullo stesso piano rispetto alle attività di cura.

Secondo Halpert et al. (2010), i partecipanti allo studio, hanno riportato l'importanza dell'ascolto da parte dei curanti e l'offerta del loro supporto, facendo diventare le capacità relazionali e l'empatia più apprezzate delle conoscenze sulla sindrome del colon irritabile (Björkman et al., 2019).

È importante sottolineare come la caratteristica delle malattie croniche è quella che l'individuo stesso sia il principale responsabile della gestione quotidiana della sua malattia (Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Tutto ciò, non toglie che il paziente debba comunque avere un supporto professionale efficace per permettergli di autogestirsi in modo adeguato (Bengtsson, 2015, citato in Björkman et al., 2019).

L'impatto positivo che hanno i diversi interventi educativi negli articoli analizzati è evidente; secondo Sierżantowicz et al. (2020), il programma educativo-terapeutico

individuale e personalizzato porta a un miglioramento della qualità di vita e a una riduzione dei sintomi dei partecipanti.

Occorre essere consapevoli che un'educazione terapeutica efficace si ottiene quando vi è un cambiamento duraturo dei comportamenti legati alla salute; per questo motivo è necessario che vi sia anche fiducia, sostegno e guida da parte di un curante, che aiuti il paziente laddove abbia bisogno di trovare delle strategie appropriate alla gestione della malattia (Yu et al., 2014; Ringström et al., 2012; Thompson & Read, 2015, citato in Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Durante l'elaborazione di uno studio, alcuni partecipanti riferiscono di non aver giovato dell'intervento educativo, ma di essere grati di aver avuto la possibilità di potersi confrontare con qualcuno che stava attraversando la loro stessa sofferenza (Björkman et al., 2019).

Anche l'articolo di Buitrago Leal & Martínez Martín (2018), sostiene che alcuni pazienti che usufruiscono della terapia di gruppo, riscontrano dei benefici attraverso la possibilità di condividere le proprie esperienze di malattia (Sarkar et al., 2016, citato in Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

Infine, bisogna considerare il tema del ruolo infermieristico; tutti gli articoli selezionati comprendevano la figura dell'infermiere come responsabile principale dell'erogazione delle cure.

In particolare, secondo Björkman et al. (2019), nonostante nella pratica professionale gli infermieri non abbiano una partecipazione attiva nella cura di questi pazienti, si sostiene che essi potrebbero aumentare e favorire la varietà e disponibilità dei trattamenti.

Secondo un altro studio, l'infermiere detiene un ruolo chiave nella gestione di questi pazienti con disturbi cronici, ma tuttavia non si ritiene che siano ancora ben chiare le modalità con cui il ruolo professionale debba intervenire (Buitrago Leal & Martínez Martín, 2018).

6.3 Valutazione dei risultati

In questa prima parte, viene eseguita una valutazione accurata degli articoli selezionati, si è deciso di utilizzare la Checklist Duffy ma apportando alcune modifiche al fine di semplificare questo processo (Fain, 2004).

La semplificazione del processo di valutazione è stata eseguita accorpando i criteri di ogni categoria valutando, infine, solo le singole classi.

Per quanto concerne la comprensione, la formulazione e la pertinenza del titolo di ogni articolo si può osservare che quelli selezionati hanno osservato questo criterio.

Entrambi gli *abstract* dell'articolo di Cong et al. (2018) e quello di Sierżantowicz et al. (2020) evidenziano il problema che si vuole indagare e riportano il metodo di ricerca applicato.

Per quanto concerne i restanti due articoli, ovvero quello di Björkman et al. (2019) e quello di Buitrago Leal & Martínez Martín (2018) risultano essere mancanti le ipotesi di ricerca. Dopodiché, all'interno di tutti e quattro gli articoli, viene sottolineato in maniera corretta il quesito di ricerca, la sua significatività e importanza.

Tutti gli articoli forniscono delle motivazioni valide all'esecuzione dello studio, e anche le implicazioni che evidenziano il problema di ricerca; purtroppo non tutti presentano delle conclusioni chiare e importanti, come per esempio, all'interno dell'articolo di Sierżantowicz et al. (2020) e quello di Cong et al. (2018).

Sia nell'articolo di Cong et al. (2018), che in quello di Björkman et al. (2019), sono stati descritti in modo corretto il campione e i metodi di scelta, ma la dimensione dei campioni non è sufficiente.

All'interno dell'articolo di Cong et al. (2018) sono presenti dei dati raccolti da precedenti studi, i metodi di raccolta dati sono descritti in modo chiaro e valido; la descrizione del disegno è tale da poter consentire la replicazione dello studio.

Nell'articolo di Sierżantowicz et al. (2020) il campione è esposto in modo chiaro e soprattutto il numero di esso è sufficiente a ridurre al minimo il rischio di errore; sono descritti i dati dei precedenti studi e lo studio stesso risulta affidabile.

Nell'articolo di Björkman et al. (2019) sono presenti dei dati di precedenti studi e sono descritti in modo chiaro i risultati dell'attuale studio; in aggiunta la scelta del disegno è adeguata alla domanda di ricerca, e la replicazione dello studio risulta possibile.

Nell'articolo di Buitrago Leal & Martínez Martín (2018) non sono descritti i criteri utilizzati per la selezione degli articoli della revisione della letteratura; ma il disegno di ricerca è pertinente alla domanda di ricerca.

In nessun articolo di quelli selezionati sono menzionati gli aspetti per la protezione dei partecipanti coinvolti nell'indagine.

Si ritiene che gli articoli che in misura maggiore contribuiscono attraverso i loro studi a rispondere alla domanda di ricerca, sono quelli di Sierżantowicz et al. (2020), Björkman et al. (2019) e infine quello di Buitrago Leal & Martínez Martín (2020), siccome sono gli articoli che permettono maggiormente di dare contributi utili alla pratica infermieristica.

Nessuno degli articoli selezionati espone i risultati attraverso tabelle o figure, e si riconosce che questo è stato un ostacolo durante l'analisi degli articoli.

Per quanto riguarda l'articolo di Cong et al. (2018) il criterio per la discussione dei risultati non è stato osservato, non sono state redatte le conclusioni dello studio e non sono state indagate le implicazioni professionali o le raccomandazioni per delle indagini future. Sono state menzionate però le sfide incontrate, come l'alto tasso di abbandono e il lento tempo di reclutamento dei partecipanti, aspetti che rendono scarsa la fattibilità dello studio (Cong et al., 2018).

Per quanto concerne l'articolo di Sierżantowicz et al. (2020) le conclusioni sono disposte in maniera chiara, vengono anche proposti dei suggerimenti quale per esempio l'estensione dell'iniziativa educativa anche per le patologie croniche come l'IBS fatta all'OMS.

Analizzando le conclusioni dell'articolo di Björkman et al. (2019) si osserva che sono state redatte all'interno della discussione dei risultati e che corrispondono alle evidenze trovate, è presente la raccomandazione per un eventuale indagine futura che è quella di descrivere il ruolo multiprofessionale, oltre che quello dell'infermiere, data la complessità del disturbo; vengono anche affrontate le implicazioni per la pratica professionale.

Nell'articolo di Buitrago Leal & Martínez Martín (2018) bisogna sottolineare come sono evidenziati in maniera molto chiara gli interventi mirati all'obiettivo di migliorare la qualità di vita. È stato anche proposto un consiglio per i futuri professionisti di essere consapevoli dei bisogni dei pazienti affetti dalla sindrome del colon irritabile.

Si considera che tutti gli articoli selezionati sono stati elaborati in modo chiaro e logico.

In questa seconda parte, viene spiegata la rilevanza dei risultati ottenuti dalla revisione di letteratura dei quattro articoli selezionati per la pratica professionale quale infermiera.

Si considera fondamentale ribadire il concetto che l'idea iniziale di questo lavoro era indagare l'efficacia dell'utilizzo di tecniche relazionali o lo sviluppo della consapevolezza sul migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti dalla sindrome dell'intestino irritabile.

Non è stato possibile però seguire questa linea di pensiero siccome non sono stati effettuati studi relativi a questa tematica; questo aspetto fa sorgere una riflessione. La ricerca di articoli che affrontassero il ruolo infermieristico in questo disturbo cronico è risultata complicata (soprattutto considerando gli articoli disponibili negli ultimi cinque

anni); per cui, trovarne che affrontassero l'efficacia dell'utilizzo di tecniche relazionali risultava difficile, probabilmente proprio per la specificità del tema.

Analizzando gli articoli che si sono selezionati per questo lavoro, risalta come l'attenzione all'aspetto relazionale sia fondamentale per la gestione dei pazienti. La sindrome del colon irritabile è vero che è un disturbo cronico, ma è altresì vero che l'autogestione dei sintomi da parte del paziente è influenzata da svariati fattori; per questo interviene la figura dell'infermiere, che attraverso un approccio di cura salutogenico si prende cura di tutte le dimensioni del paziente, ponendo particolare attenzione anche alla dimensione psicologica.

Un supporto infermieristico costante, soprattutto all'inizio della malattia, consente al paziente di non sentirsi solo e di approfittare della presenza di un professionista che sia in grado di sostenerlo e fornirgli una presa in cura individualizzata.

6.4 Discussione dei risultati

Dall'analisi degli articoli si ritiene di aver potuto fornire una risposta perlopiù completa alla domanda di ricerca formulata inizialmente.

Infatti, tutti gli articoli analizzati sostengono che la sindrome dell'intestino irritabile, essendo una condizione cronica, necessita di una presa in cura specializzata che abbia come punto guida il sostegno relazionale.

Questa tipologia di pazienti, non sentendosi accolti e sostenuti in questo percorso di malattia benigna, tenderanno a usare maggiormente il sistema sanitario cercando sempre un riscontro diverso da quello precedente da parte dei curanti (Sierżantowicz et al., 2020).

Secondo quanto tratto dagli articoli, un ruolo importante l'hanno rivestito i colloqui sia telefonici che in presenza, tenuti da parte dagli infermieri con i pazienti, siccome consentivano di costruire nel tempo una relazione di fiducia. Gli incontri consistevano, non solo nella trasmissione al paziente di informazioni concernenti la patologia stessa, ma anche nel fornire ascolto, supporto e speranza, rendendo le competenze relazionali e l'empatia più importanti rispetto alle conoscenze teoriche (Halpert et al., 2010, citato in Björkman et al., 2019).

Inoltre, la presenza dell'infermiere quale supporto professionale, permette di promuovere l'autogestione dei sintomi intestinali dei pazienti (Bengtsson, 2015, citato in Björkman et al., 2019).

I pazienti possono usufruire delle molteplici strategie basate su evidenze scientifiche consigliate dai curanti per incrementare il livello di qualità di vita che, in questi pazienti, risulta essere inferiore rispetto alla popolazione generale; talvolta anche rispetto a pazienti con altre patologie somatiche croniche (Björkman et al., 2019).

Dall'analisi dell'articolo di Sierżantowicz et al. (2020) è emerso inoltre, che i pazienti con un'età maggiore ai 50 anni hanno riferito una minor efficacia del programma educativo relativo agli aspetti della salute fisica e mentale; questo potrebbe anche essere condizionato anche dal fatto che in genere, nell'anzianità, aumenta il carico allostatico e lo stato di salute diminuisce.

Un'indicazione che si ritiene utile fornire per eventuali studi futuri, come sostiene Björkman et al. (2019), è quella di indagare l'intervento da parte di un *team* multiprofessionale, in quanto la sindrome dell'intestino irritabile risulta essere un disturbo a carattere multifattoriale e soprattutto complesso.

Come curanti, sul piano delle implicazioni, si suggerisce di avere sempre un approccio di cura che abbia come punto centrale le basi del counselling; è necessario considerare sempre i vissuti che il paziente racconta tralasciando i pregiudizi e mostrandosi sempre accoglienti ed autentici nella relazione.

Attraverso la costruzione di una relazione di fiducia, si consente al paziente di esprimere i propri vissuti di malattia; questo permette di comprendere in modo migliore i sintomi che egli riferisce e fornirgli diverse strategie per la gestione dello stress e dello stile di vita che permettano di influire positivamente sulla qualità di vita.

6.5 Limiti della ricerca

Il punto forte di questa ricerca è quello che tutti gli articoli sono stati selezionati attraverso un'attenta analisi che ha permesso di includere solamente studi specifici e mirati a rispondere alla domanda di ricerca.

Un limite riscontrato è quello che alcuni studi selezionati, coinvolgono un piccolo campione di persone, per cui i risultati potrebbero non dare una rappresentazione reale della popolazione.

Sono state usate più tipologie di studio, ovvero si sono analizzati due studi pilota, una revisione della letteratura e uno studio randomizzato controllato.

Un'ulteriore difficoltà che si è riscontrata durante la ricerca degli articoli è quella dello scarso numero disponibile di articoli negli ultimi cinque anni.

Inoltre, vi possono essere degli errori nell'esposizione di alcuni concetti siccome tre articoli erano in lingua inglese e uno in lingua spagnola, per cui la traduzione potrebbe risultare non completamente concordante all'originale.

7. Implicazioni per la pratica professionale

7.1 Ruolo infermieristico

Il ruolo infermieristico nella gestione di questi pazienti è diventato sempre più centrale all'interno del loro percorso di cura a causa della forte incidenza e prevalenza di questa condizione (Smith, 2006).

Come detto precedentemente, il supporto infermieristico risulta essere importante, siccome una gran parte di pazienti ritiene che la loro condizione non sia presa sul serio dai professionisti della salute (Mason, 2014).

Come operatori sanitari, per interpretare la salute e la malattia, “occorre avere in chiaro che quello che accade nella mente di una persona ha profondi effetti sulla sua salute fisica, mentale e sul suo rischio di morte; quello che accade nella mente è profondamente influenzato dalle condizioni in cui la persona è nata, cresciuta, vive, lavora, invecchia e dalle disuguaglianze in potere, in denaro e nelle risorse che influenzano le condizioni della vita quotidiana” (Idem, 2015, citato in Bottaccioli & Bottaccioli, 2016, pag. 255).

I curanti, devono quindi adottare una visione sistemica della cura che consideri l'individuo come una persona all'interno di una comunità; questo tipo di concezione deve considerare l'influenza dei fattori somatici, emozionali, ambientali, sociali e dello stile di vita; la PNEI infatti comprende tutto questo (British Medical Association, 2011, citato in Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

Il ruolo degli infermieri è quello di supportare i pazienti all'auto-cura, questo li permetterebbe di avere una maggior accettazione della loro patologia come una condizione cronica con cui dover convivere (Mason, 2014).

Fornire supporto e una costante presenza, può aiutarli a sopportare il pensiero che siano affetti da una patologia cronica; l'obiettivo comune degli infermieri dovrebbe essere quindi quello di aiutarli a raggiungere una migliore qualità di vita (Mason, 2014).

Una parola chiave nella cura di questa patologia è “integrazione”, essa consiste nel considerare la persona nella sua interezza; per cui chi necessita di un consulto medico, deve poter ricevere un insieme di indagini e valutazioni sia biologiche che psicologiche (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

È necessario quindi, eseguire una raccolta della storia del paziente che contempli anche gli eventi della sua vita personale (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

L'approccio di cura abitudinario, priva il terapeuta della possibilità di migliorare la qualità di cura centrata sull'integrazione; contemporaneamente il professionista è sprovvisto della possibilità di applicare una cultura scientifica moderna, nella quale è a conoscenza dell'efficacia/limiti/rischi di ogni sua proposta terapeutica, al di là dell'opportunità di una terapia farmacologica (Bottaccioli & Bottaccioli, 2016).

7.2 Le competenze dell'infermiere SUP

L'infermiere SUP al termine del percorso di studio Bachelor in Cure infermieristiche deve possedere delle competenze professionali che sono state suddivise in sette categorie differenti (SUPSI, 2011).

In quanto ruolo di esperto in cure infermieristiche, è necessario che in merito a questa tematica, l'infermiere partecipi attivamente a progetti e ricerche sostenuti dalla letteratura relativi alla relazione mente e corpo; come si è potuto osservare dagli articoli analizzati precedentemente, vi sono molteplici studi che testimoniano gli effetti positivi della presenza di questa figura professionale nel percorso di cura dei pazienti affetti dalla sindrome del colon irritabile.

È auspicabile, riflettere, anche su come l'essere affetti da una patologia multifattoriale e complessa come l'IBS richieda la capacità dell'infermiere di saper collaborare con altri

curanti e quindi essere membro di un gruppo di lavoro. È necessario che si riconoscano le proprie competenze e che le si mettano a disposizione dei colleghi; laddove esse non siano abbastanza, è importante riconoscerlo e richiedere il supporto di altre figure professionali, favorendo in questo modo la multiprofessionalità.

All'interno di questo tema, come manager, l'infermiere è necessario che svolga anche dei percorsi di formazione professionali complementari, in modo da essere in grado di riconoscere i bisogni di questa tipologia di pazienti e, di conseguenza, fornire un aiuto individualizzato.

Negli articoli di letteratura proposti in questo lavoro, si può notare come l'infermiere abbia un ruolo importante nel ricercare e proporre interventi basati sulla promozione della salute, al fine di evitare le riacutizzazioni della malattia, come, per esempio, l'attuazione di tecniche per la gestione dello stress, un cambio dello stile di vita quotidiano, ecc.

Nella presa in cura di pazienti affetti dalla sindrome del colon irritabile, è rilevante esplorare il ruolo di apprendente e insegnante che assume il curante; infatti, spesso il lavoro consiste nell'eseguire un'educazione terapeutica con l'obiettivo di stimolare l'autocura del paziente, attraverso le risorse che egli possiede. Al contempo, è importante che l'infermiere stesso sia sempre disponibile alla riflessione del proprio operato, in modo da porre delle eventuali modifiche, laddove sia necessario, per offrire delle cure di elevata qualità.

Riconoscere di appartenere a una categoria professionale permette all'infermiere che lavora in un contesto come quello delle malattie psicosomatiche, di assumere un comportamento conforme all'etica professionale; in questo caso, è importante che si cerchi di astenersi, il più possibile, da esprimere pregiudizi che possano minare il rapporto di fiducia con il paziente, essere autentici, favorire l'ascolto attivo ed empatico.

Infine, vi è il ruolo di comunicatore, che si è deciso di lasciare per ultimo siccome si ritiene che sia quello che è più coinvolto nella relazione con i pazienti.

Il voler instaurare una relazione di fiducia, il saper adattare la comunicazione e sviluppare una comprensione empatica verso i vissuti che il paziente verbalizza, sono delle abilità che è indispensabile saper utilizzare nella vita professionale di tutti i giorni, ma ancor di più in questa tipologia di situazioni di cura.

La cura relazionale è una delle fondamenta su cui poi verrà costruito tutto il percorso di cura multiprofessionale.

7.3 Raccomandazioni ai professionisti

È necessario che i curanti siano autentici ed adeguati; ogni paziente, indipendentemente dal suo stato psico-emotivo, merita di avere un riscontro onesto relativo alla sua situazione di salute; uno scambio sincero, equilibrato e premuroso è la soluzione migliore (Shapiro, 2015).

I pazienti si recano dal medico per dare un significato alla loro esperienza di malattia e, questa funzione è assolta nel momento in cui viene formulata una diagnosi e prescritto un trattamento (Giarelli & Venneri, 2009).

Negli anni '90 la ricerca suggeriva che la maggioranza degli infermieri che si prendevano cura dei pazienti affetti dalla sindrome dell'intestino irritabile avevano atteggiamenti negativi nei loro confronti; i pazienti erano considerati persone alla ricerca di attenzioni, incapaci di affrontare la vita e che facevano "turismo medico" (Smith, 2006).

Secondo Philips (1999), ogni paziente dovrebbe essere trattato individualmente e gli infermieri occuparsi delle preoccupazioni e paure specifiche dello stesso riguardo ai sintomi del proprio disturbo (Smith, 2006).

8. Conclusioni

La redazione di questo lavoro di tesi mi ha permesso di crescere sia professionalmente ma anche sul piano personale.

Per quanto concerne l'aspetto professionale come futura infermiera, ritengo che questa tesi mi abbia aiutata ad avere in primo luogo uno sguardo critico nei confronti del mio lavoro senza mai pensare di aver raggiunto il traguardo più alto e, soprattutto, saper mettermi in discussione nel rapporto con il paziente.

Il tema della relazione mente-corpo è sempre stato un argomento a me caro e ritengo che tutti i professionisti della salute, specialmente medici e infermieri, lo debbano approfondire. Infatti, in un qualsiasi reparto ospedaliero, ci si potrà trovare confrontati con pazienti che avranno l'esigenza di avere un curante che li comprenda anche sotto questo aspetto.

Reputo che solo conoscendo e considerando realmente questo tema e le sue implicazioni, si sarà in grado come infermieri di fornire l'aiuto e il sostegno relazionale necessario a ritrovare l'equilibrio tra queste due polarità così unite tra di loro.

9. Ringraziamenti

L'essere riuscita a concludere questo lavoro di tesi, ma anche questo percorso formativo della durata di tre anni alla SUPSI è sicuramente dovuto alle mie capacità ma anche al supporto che ho sempre avuto da parte della mia famiglia.

Ringrazio il mio ragazzo che mi è sempre stato accanto e mi ha incoraggiata a continuare, talvolta nonostante le difficoltà incontrate.

Voglio menzionare anche il mio direttore di tesi, che mi ha accompagnata fin dai primi mesi di questo percorso scolastico nella mia crescita professionale, ma soprattutto personale, perché grazie a lui ho potuto incrementare la mia consapevolezza in molti ambiti.

Infine, il mio ultimo ringraziamento ci tengo a porlo al mio psicoterapeuta, il quale ha sempre creduto in me e nelle mie capacità e con il quale ho fatto un percorso di sviluppo personale che mi è stato di grande aiuto per diventare la persona e il curante che sono oggi.

10. Bibliografia

- Balestra, S. (2022). Presa in cura di un paziente affetto da IBS da un punto di vista interprofessionale.
- Benedetti, F. (2018). *La speranza è un farmaco. Come le parole possono vincere la malattia*. Mondadori.
- Björkman, I., Ringström, G., Simrén, M., Myrgren, J., & Jakobsson Ung, E. (2019). An Intervention for Person-Centered Support in Irritable Bowel Syndrome: Development and Pilot Study. *Gastroenterology Nursing: The Official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 42(4), 332–341.
<https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000378>
- Bottaccioli, F. (2014). *Epigenetica e Psiconeuroendocrinoimmunologia*.
- Bottaccioli, F., & Bottaccioli, A. G. (2016). *Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata*. Edra.
- Bowers, H., & Wroe, A. (2016). Beliefs about emotions mediate the relationship between emotional suppression and quality of life in irritable bowel syndrome. *Journal of Mental Health*, 25(2), 154–158.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101414>
- Buitrago Leal, R. M., & Martínez Martín, M. L. (2018). L'enfermera, clave en el cuidado de los pacientes con síndrome de intestino irritable. *Metas de Enfermería*, 21(9), 70–76.
- Capra, F. (1998). *Il Tao della fisica*. Adelphi eBook.
- Capra, F., & Luisi, P. L. (2014). *Vita e natura. Una visione sistemica*.
- Carotenuto, A. (s.d.).
- Chen, L., Ilham, S. J., & Feng, B. (2017). Pharmacological Approach for Managing Pain in Irritable Bowel Syndrome: A Review Article. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 7(2), e42747.
<https://doi.org/10.5812/aapm.42747>
- Cohen & Rodriguez. (1995). *Stress e malattia*.
- Concordia. (s.d). *Intestino in regola: Tutto su flora intestinale, probiotici e colon irritabile*. CONCORDIA.
<https://concordia.ch/it/magazin/darmgesundheit.html>
- Cong, X., Ramesh, D., Perry, M., Xu, W., Bernier, K. M., Young, E. E., Walsh, S., & Starkweather, A. (2018). Pain self-management plus nurse-led support in young adults with irritable bowel syndrome: Study protocol for a pilot randomized control trial. *Research in Nursing & Health*, 41(2), 121–130.
<https://doi.org/10.1002/nur.21862>

Dr. Schär AG. (s.d.). *Epidemiologia della sindrome dell'intestino irritabile - Dr. Schär Institute*.

<https://www.drschaer.com/it/institute/a/prevalenza-sindrome-intestino-irritabile>

Etkin, A., Büchel, C., & Gross, J. J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews. Neuroscience*, 16(11), 693–700.

<https://doi.org/10.1038/nrn4044>

Fond, G., Loundou, A., Hamdani, N., Boukouaci, W., Dargel, A., Oliveira, J., Roger, M., Tamouza, R., Leboyer, M., & Boyer, L. (2014). Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): A systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(8), 651–660.

<https://doi.org/10.1007/s00406-014-0502-z>

Fournier, A., Mondillon, L., Dantzer, C., Gauchez, A. -S., Ducros, V., Mathieu, N., Faure, P., Canini, F., Bonaz, B., & Pellissier, S. (2018). Emotional overactivity in patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility*, 30(10), 1–1.

<https://doi.org/10.1111/nmo.13387>

Giarelli, G., & Venneri, E. (2009). *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*. FrancoAngeli.

Kleinstäuber, M., Witthöft, M., & Hiller, W. (2011). *Efficacy of short term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms; a meta-analysis*.

Lazzari. (2007). *Stress e malattia*.

Maes, M., Berk, M., Goehler, L., Song, C., Anderson, G., Galecki, P., & Leonard, B. (2012). Depression and sickness behavior are Janus-faced responses to shared inflammatory pathways. *BMC Medicine*, 10, 66.

<https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-66>

Mancin, O. (2019). *La medicina non è una scienza "normale" - Quotidiano Sanità*.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=71792

Mason, I. (2014). Supporting community patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Journal of Community Nursing*, 28(1), 28–33.

Morin, E. (2008). *Il metodo 4. Le idee: Habitat, vita, organizzazione, usi e costumi*. Raffaello Cortina.

Mortari, L. (2007). *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*. Carocci.

Nanetti, F. (2006). *Dialoghi tra psiche e soma. Fondamenti di antropanalisi fenomenologica applicata*. Magi Edizioni.

Osho. (n.d.). *Discorsi*.

Pessoa, L. (2015). *Précis on The cognitive emotional brain*.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Fondamenti di Ricerca infermieristica* (Seconda). Alvisa Palese.

Sarkar, S., Tarafder, A., Chowdhury, M., Alam, M., & Mohsin, M. (2016). *Does education have any influence on symptom score of ibs patients: A randomized controlled study*. Mymensingh MedJ.

Shapiro, J. (2015). The Mind-Body Connection. *Podiatry Management*, 34(4), 37–38.

Sierzantowicz, R., Lewko, J., & Jurkowska, G. (2020). The Impact of an Individual Educational Program on the Quality of Life and Severity of Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), E4230.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17124230>

Simonelli, I., & Simonelli, F. (2010). *Atlante concettuale della salutogenesi. Modelli e teorie di riferimento per generare salute*. FrancoAngeli.

Smith, G. D. (2006). Irritable bowel syndrome: Quality of life and nursing interventions. *British Journal of Nursing*, 15(21), 1152–1156.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.21.22371>

Stephanie M. Moleski. (2020). *Sindrome dell'intestino irritabile - Disturbi gastrointestinali*. Manuali MSD Edizione Professionisti.
<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-gastrointestinali/sindrome-dell-intestino-irritabile/sindrome-dell-intestino-irritabile>

Treccani. (2008). *Arousal* in «*Enciclopedia della Scienza e della Tecnica*».
[https://www.treccani.it/enciclopedia/arousal_\(Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica\)](https://www.treccani.it/enciclopedia/arousal_(Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica))

Unigastro. (s.d.). *Manuale di Gastroenterologia* (2016^a–2019^a ed.). Gastroenterologica Italiana.

Yu, W., Ouyang, Y., Zhang, Q., Li, K., & Chen, J. (2014). *The effectiveness of a structured educational intervention on disease-related misconception and quality of life in patients with irritable bowel syndrome*. Gastroenterol Nurs.

11. Allegati

Tabella riassuntiva degli articoli selezionati

TITOLO	AUTORE	ANNO	OBIETTIVO	BANCA DATI
Pain self-management plus nurse-led support in young adults with irritable bowel syndrome: Study protocol for a pilot randomized control trial	Xiaomei Cong, Divya Ramesh, Mallory Perry, Wanli Xu, Katherine M. Bernier, Erin E. Young, Stephen Walsh, Angela Starkweather	2018	Attraverso uno studio pilota longitudinale controllato randomizzato si vuole analizzare la fattibilità, l'accettabilità e l'efficacia degli interventi sulla gestione del dolore, i relativi esiti sanitari e i comportamenti degli individui affetti da IBS.	PubMed
The Impact of an Individual Educational Program on the Quality of Life and Severity of Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome	Regina Sierżantowicz, Jolanta Lewko, Grażyna Jurkowska	2020	Valutare l'impatto di un programma educativo, integrato con aspetti di terapia comportamentale sulla qualità di vita e la gravità dei sintomi dei pazienti con la sindrome dell'intestino irritabile	PubMed
An Intervention for Person-Centered Support in Irritable Bowel Syndrome	Ida Björkman, Gisela Ringström, Magnus Simrén, Jenny Myrgren, Eva Jakobsson Ung	2019	Lo scopo di questo studio pilota è quello di sviluppare un intervento di supporto centrato sulle persone affette dalla sindrome del colon irritabile attraverso la somministrazione di alcuni questionari e l'esecuzione di interviste da parte di infermieri.	PubMed
La enfermera, clave en el cuidado de los pacientes con síndrome de intestino irritable	Rosa M Buitrago Leal, M Luisa Martínez Martín	2018	L'obiettivo generale è quello di determinare il ruolo infermieristico nel processo di cura delle persone con la sindrome del colon irritabile. Gli obiettivi specifici consistono nell'identificare le barriere che ostacolano l'attuazione delle strategie di coping dei pazienti e il selezionare gli interventi infermieristici utili al fine di migliorare la qualità di vita di questi pazienti.	Cinhal



Questa pubblicazione, Il rapporto mente-corpo nella sindrome del colon irritabile: approccio di cura integrata nella pratica infermieristica, scritta da Sheryl Balestra, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.