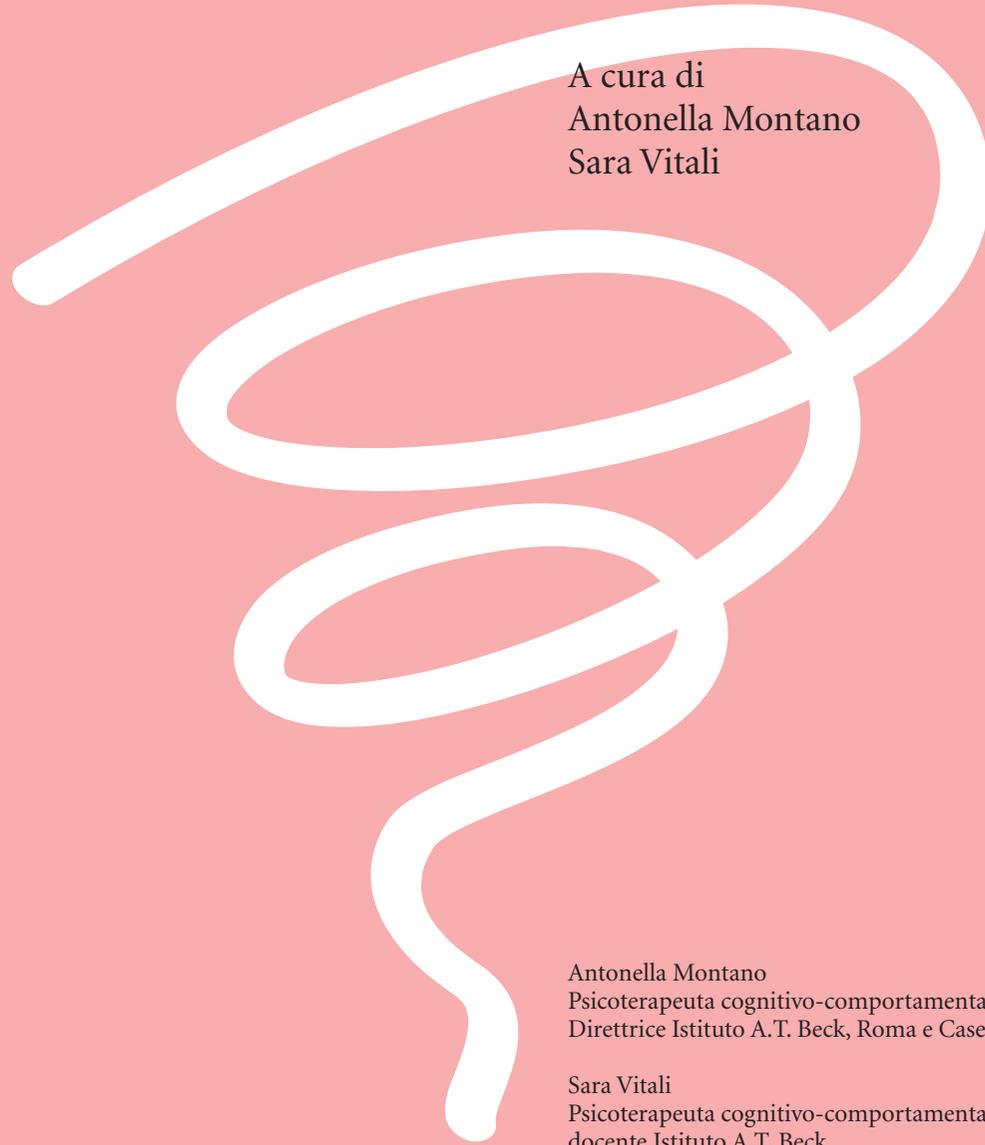


ISTITUTO A.T. BECK

# La sindrome del colon irritabile

A cura di  
Antonella Montano  
Sara Vitali



Antonella Montano  
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale,  
Direttrice Istituto A.T. Beck, Roma e Caserta

Sara Vitali  
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale,  
docente Istituto A.T. Beck

## Presentazione

Soffri spesso di dolore addominale o discomfort associato a episodi variabili di diarrea e/o costipazione? Sei talmente preoccupato di fartela addosso da sentirti costretto a rimanere a casa? L'ansia e la vergogna ti portano spesso ad evitare situazioni imbarazzanti tanto da compromettere la qualità della tua vita?

Allora è probabile che tu soffra della cosiddetta "colite" o sindrome del colon irritabile. Se poi appartieni al genere femminile e sei sottoposto ad elevati livelli di stress quotidiano allora tale ipotesi è ancora più plausibile. La sindrome del colon irritabile, infatti, è diffusa soprattutto nel mondo femminile tanto da essere considerata una "malattia di genere" e colpisce maggiormente quelle donne che oltre ad occuparsi del management familiare sono impegnate professionalmente al punto che negli Stati Uniti è stata definita «career woman's disease».

Questo opuscolo è rivolto a tutti coloro che soffrono della sindrome del colon irritabile con l'obiettivo di illustrarne le caratteristiche, comprendere le manifestazioni cliniche e le cause che ne sono alla base, distinguerla da altri disturbi gastrointestinali e identificare i fattori che concorrono a mantenerla.

La prima parte del testo fornisce un inquadramento teorico del problema mentre il secondo modulo mette a disposizione delle specifiche strategie per il cambiamento.

In particolare, sarà possibile apprendere le principali tecniche per modificare i processi di pensiero e i comportamenti che alimentano il disturbo ed utilizzare schede di lavoro, esempi concreti ed esercizi pratici.

Il terzo ed ultimo modulo, è interamente dedicato alla prevenzione delle ricadute.

# Modulo 1

## Inquadramento teorico

Che cosa è la sindrome del colon irritabile

Il problema della diagnosi

La concettualizzazione cognitiva della sindrome del colon irritabile

### Che cosa è la sindrome del colon irritabile

La sindrome del colon irritabile, nota più comunemente come colite, è un disturbo gastrointestinale molto frequente nella popolazione generale che può pregiudicare il benessere soggettivo e la qualità di vita di chi ne soffre.

La caratteristica principale di questa sindrome è la presenza di dolore addominale riconducibile a un'alterata funzionalità dell'intestino che si manifesta in genere con delle modificazioni relative alla forma e consistenza delle feci ed episodi variabili di costipazione e/o diarrea (Olden, 2002; Cashman et al., 2016). Possono inoltre presentarsi flatulenza, meteorismo, sensazione di difficoltà o di urgenza a defecare nonché di evacuazione incompleta, dolore durante l'evacuazione, necessità di evacuare subito dopo il pasto (Cashman et al., 2016).

Dati epidemiologici dimostrano come, a livello globale, dal 7% al 21% della popolazione è affetto dalla sindrome del colon irritabile che si configura, dunque, come una problematica molto diffusa (Lovell et al., 2012; Canavan et al., 2014; Cashman et al., 2016).

A soffrirne maggiormente sarebbe chi svolge la propria professione in contesti lavorativi caratterizzati da notevoli livelli di stress e in cui ci sono elevati standard da raggiungere, competizione, focalizzazione sui processi di carriera e sui risultati come ad esempio in ambito politico, accademico, imprenditoriale, bancario e manageriale (Grodzinsky et al., 2012).

Un dato interessante riguarda le differenze di genere per cui è stato visto che, nelle donne, i sintomi IBS si manifestano il 67% delle volte in più rispetto agli uomini (Lovell et al., 2012; Chasman et al., 2016) con un rapporto pari a 3 vs 1.5 (Canavan et al., 2014). Essendo molto diffusa nel mondo femminile, l'IBS può considerarsi una "malattia di genere". Negli USA si parla addirittura di «*career woman's disease*» (Sandmaier, 1991; Toner et al., 2000) proprio perché colpisce in modo particolare le donne in carriera.

Alla domanda quali siano le cause di insorgenza non è possibile ancora oggi dare una risposta certa, sebbene numerose siano le ipotesi fatte in un'ottica bio-psico-sociale. Se da un lato la presenza di fattori biologici quali la vulnerabilità genetica possono predisporre la persona allo sviluppo dei sintomi IBS, dall'altro vi sarebbe l'implicazione di fattori psico-sociali quali l'apprendimento, l'ipersensibilità viscerale e lo stress.

Il dolore gastrointestinale che caratterizza le persone colpite da questa sindrome è spesso sovrapponibile ad altre condizioni cliniche come: dispepsia, disfagia, gastroesofagite da reflusso, intolleranza alimentare (Cashman et al., 2016), microbiota intestinale (parassiti intestinali) fino alle più gravi Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) quali la Rettocolite Ulcerosa (RCU) e la Malattia di Crohn (MC). Infatti, per una valida diagnosi differen-

ziale è indispensabile sottoporsi a una valutazione medica basata su un insieme di evidenze cliniche, di laboratorio, radiologiche, endoscopiche e istologiche (Montano & Vitali, 2017).

## Il problema della diagnosi

Data la sovrapposibilità dei sintomi IBS con altre condizioni mediche, la valutazione medica risulta essere un momento propedeutico in fase di indagine psicodiagnostica.

Chi soffre di questa sindrome dovrebbe per prima cosa sottoporsi a una visita gastroenterologica che escluda l'eventuale presenza di un altro disturbo gastrointestinale per cui è necessario un trattamento organico. Una volta accertata l'assenza di condizioni mediche, è possibile procedere alla concettualizzazione del caso clinico.

La valutazione psicodiagnostica viene condotta mediante il colloquio clinico per la rilevazione dei fattori predisponenti, precipitanti, perpetuanti e protettivi alla base della sindrome e mediante l'utilizzo di specifici strumenti psicometrici:

- Il Modulo IBS del Questionario ROMA III per i disturbi gastro-intestinali funzionali, della Fondazione Roma;
- Il Daily Symptom Log;
- L'IBS-Quality of Life (Patrick et al., 1998);
- Il Visceral Sensitivity Index (VSI; Labus et al., 2004);
- Il GI Cognitions Questionnaires (GI-COG) (Hunt et al., 2014).

Con la valutazione vengono individuati i fattori di stress di primo e secondo livello responsabili della predisposizione e mantenimento del problema.

Una volta identificati tali fattori di stress, è necessario rilevare le componenti che vanno a creare un vero e proprio circolo vizioso dell'IBS e che mantengono i sintomi (Montano & Vitali, 2017).

Si procede dunque a individuare:

1. Le situazioni che scatenano i sintomi
2. Le emozioni che vengono sperimentate in tali circostanze
3. I pensieri relativi ai sintomi, a se stessi e agli altri
4. I comportamenti che vengono agiti come conseguenza dei sintomi

Durante la terapia cognitivo-comportamentale dedicata all'IBS, il tuo terapeuta esplorerà, con vari diari e tecniche, tutte le situazioni che scatenano i sintomi correlate a:

- *minaccia percepita* come, ad esempio, sostenere un esame o una qualsiasi situazione in cui è richiesta una prestazione
- *paura* dovuta a pensieri catastrofici sui sintomi fisici
- *ansia* ovvero l'associazione della paura ai sintomi gastro-intestinali detta anche "paura della paura"
- *comportamenti disfunzionali* come, ad esempio, evitare di svolgere le consuete attività della vita quotidiana o di uscire, concentrarsi sull'intestino o prendere precauzioni prima di uscire

Le persone con IBS sperimentano tutta una serie di emozioni quali ansia, vergogna, imbarazzo e/o rabbia che aumentano di intensità in occasione di situazioni e/o eventi che vengono vissuti come minacciosi e che sottopongono a stress. Anche queste verranno raccolte per poter, poi, essere affrontate e modificate. Alcune saranno comuni a tutti i pazienti, altre peculiari ai singoli individui.

Analogamente, verranno individuati con tecniche specifiche sia i pensieri che i comportamenti disfunzionali, al fine di poterli correggere.

In generale, nelle persone con sindrome del colon irritabile si riscontrano con una certa frequenza due tipi di pensieri disfunzionali:

### **1. Pensieri disfunzionali di discomfort fisico**

- “Non ce la posso fare”
- “Mi sento malissimo”
- “Non ho speranza, non posso farci nulla”
- “Non riesco a tollerarlo”
- “È terribile”
- “È così ingiusto”
- “In questo modo finirò per diventare pazzo”

### **2. Pensieri disfunzionali sulle conseguenze lavorative e sociali dei sintomi intestinali**

- “Non sarò in grado di uscire”
- “In questo stato non posso neanche andare a lavoro”
- “In ogni caso non mi divertirò”
- “Non sarò libero di bere né di mangiare”
- “Sarò talmente ridicolo”
- “Gli altri immagineranno che ho qualcosa che non va”
- “Avrò la sensazione dell'imbarazzo e dell'umiliazione addosso”
- “Non mi capirà nessuno”

I comportamenti disfunzionali che più spesso vengono messi in atto e contribuiscono a mantenere l'IBS sono:

- monitorare la motilità gastrointestinale
- ispezionare le proprie feci
- body checking attraverso la palpazione della pancia per controllare il meteo-rismo
- notare i cosiddetti borborigmi intestinali
- evitare di uscire da casa
- evitare i cibi che favoriscono il meteo-rismo
- evitare alcuni alimenti specifici come quelli contenenti lattosio e glutine come i legumi e la verdura
- non mangiare alimenti che si pensa siano controindicati
- evitare di bere e/o mangiare
- sforzarsi di non pensare
- nascondere i sintomi
- non proferire parola con nessuno riguardo la propria situazione
- pianificare il tragitto da fare per verificare la possibilità di avere un bagno disponibile nei paraggi

## La concettualizzazione cognitiva della sindrome del colon irritabile

Le persone con sindrome del colon irritabile tendono a focalizzarsi sulle naturali sensazioni intestinali e interpretarle come il sopraggiungere imminente di un attacco di colite. Il problema, dunque, consiste in una esagerata attenzione alle sensazioni riconducibili alla naturale motilità intestinale e nella tendenza ad attribuire significati distorti in senso catastrofico.

Questa modalità di relazionarsi con se stessi ovvero la catastrofizzazione dei naturali processi fisiologici che si verificano normalmente nel proprio corpo, determina un graduale incremento progressivo dell'ansia e della paura che, a sua volta, induce un peggioramento dei sintomi a cui la persona reagisce mettendo in atto comportamenti disfunzionali di evitamento che rinforzano il problema.

A chi non è capitato almeno una volta nella vita di incorrere in un forte mal di pancia o un attacco di colite, magari dopo un lauto pasto piuttosto che come conseguenza di una sindrome influenzale o, ancora peggio, a seguito di una contaminazione batterica intestinale. In genere, queste fastidiose evenienze vengono considerate come eventi transitori dovuti a cause specifiche. Eppure, quando non è possibile identificare un reale motivo che giustifichi il nostro malessere è possibile cadere nell'errore di interpretare le dolorose sensazioni gastrointestinali in termini catastrofici associando i sintomi intestinali alla paura di farsela addosso.

Quello che il più delle volte non è chiaro è come questa associazione tra dolore e paura di farsela addosso incrementi lo stato di attivazione psicofisiologica e il distress psicologico provocando un'escalation dell'ansia e della paura, nonché della sintomatologia fisica.

Come in un circuito auto-riverberante, alle manifestazioni dell'iperarousal vengono ulteriormente attribuiti significati negativi e per questo assumono per la persona la valenza di una minaccia percepita difficile da tollerare e, dunque, da evitare. Viene cioè a generarsi un'ansia anticipatoria per i sintomi gastrointestinali dolorosi e il problema muta nella "paura del dolore e delle sue ripercussioni". Per scampare a simili ripercussioni, la persona preferisce l'evitamento comportamentale che, nonostante sia una delle strategie più automatiche da mettere in atto di fronte alla percezione di pericolo, di fatto è il principale fattore di mantenimento del problema.

Paradossalmente l'evitamento aumenta i sintomi IBS ostacolandone la remissione perché rinforza inconsapevolmente la profonda convinzione di non poter trattenerlo lo stimolo a defecare. In pratica, più si evita di esporsi alle situazioni temute più ci si convince di non essere in grado di farlo.

Quando viene a stabilirsi una simile associazione tra dolore somatico e paura di non riuscire a differire lo stimolo a defecare, anche la più semplice contrazione o dolenzia intestinale può essere interpretata come una catastrofe immi-

nente e dare origine a un vero e proprio circolo vizioso (figura 1).

La persona interpreterà le iniziali sensazioni gastrointestinali con pensieri irrazionali del tipo: «*Sto per sentirmi male*», «*Dovrò scappare in bagno*», «*Imbratterò i pantaloni*», «*Arriverò sporco a lavoro*», «*I colleghi si accorgeranno del cattivo odore*», «*Mi considereranno uno schifo di persona*», «*Rideranno di me*», ...

L'errore più frequente in questi casi è il pensiero catastrofico, ovvero la tendenza a fare delle previsioni disastrose del futuro.

Questi pensieri, intesi come verità indiscusse, mettono a dura prova la persona con IBS che non riesce a riconoscerne l'irrazionalità e che, di conseguenza, sperimenta sentimenti di ansia, vergogna, imbarazzo e/o rabbia. Tale esperienza determina un incremento dello stato di attivazione fisiologica e ulteriore distress gastrointestinale. L'iperarousal amplifica le sensazioni intestinali che vengono ulteriormente interpretate sempre in chiave catastrofica.

Se non si è consapevoli dei meccanismi che regolano questo circolo vizioso, è molto difficile disinnescarlo. Chi si trova nel vortice di un simile automatismo è spesso inconsapevolmente obbligato a mettere in atto comportamenti di evitamento volti a ridurre l'ansia considerata insostenibile che, però, limitano la propria libertà personale.

La paura di non riuscire a trattenere lo stimolo a defecare può portare ad evitare di uscire, di andare a lavoro, di frequentare amici.  
Allo stesso tempo può comportare il bisogno di controllare le situazioni per renderle più sicure, come ad esempio pianificare percorsi in cui vi sia la possi-

bilità di usufruire dei bagni pubblici piuttosto che prenotare un tavolo al ristorante collocato vicino la toilette, portare con sé della biancheria di ricambio o assorbenti per l'incontinenza, ecc.  
Anche se questi comportamenti nel breve periodo riducono l'ansia dando

un certo sollievo più a lungo, compromettono la qualità di vita della persona e mantengono il problema perché ne restringono la libertà d'azione rinforzando al contempo la credenza irrazionale di non poter tollerare le naturali sensazioni intestinali.

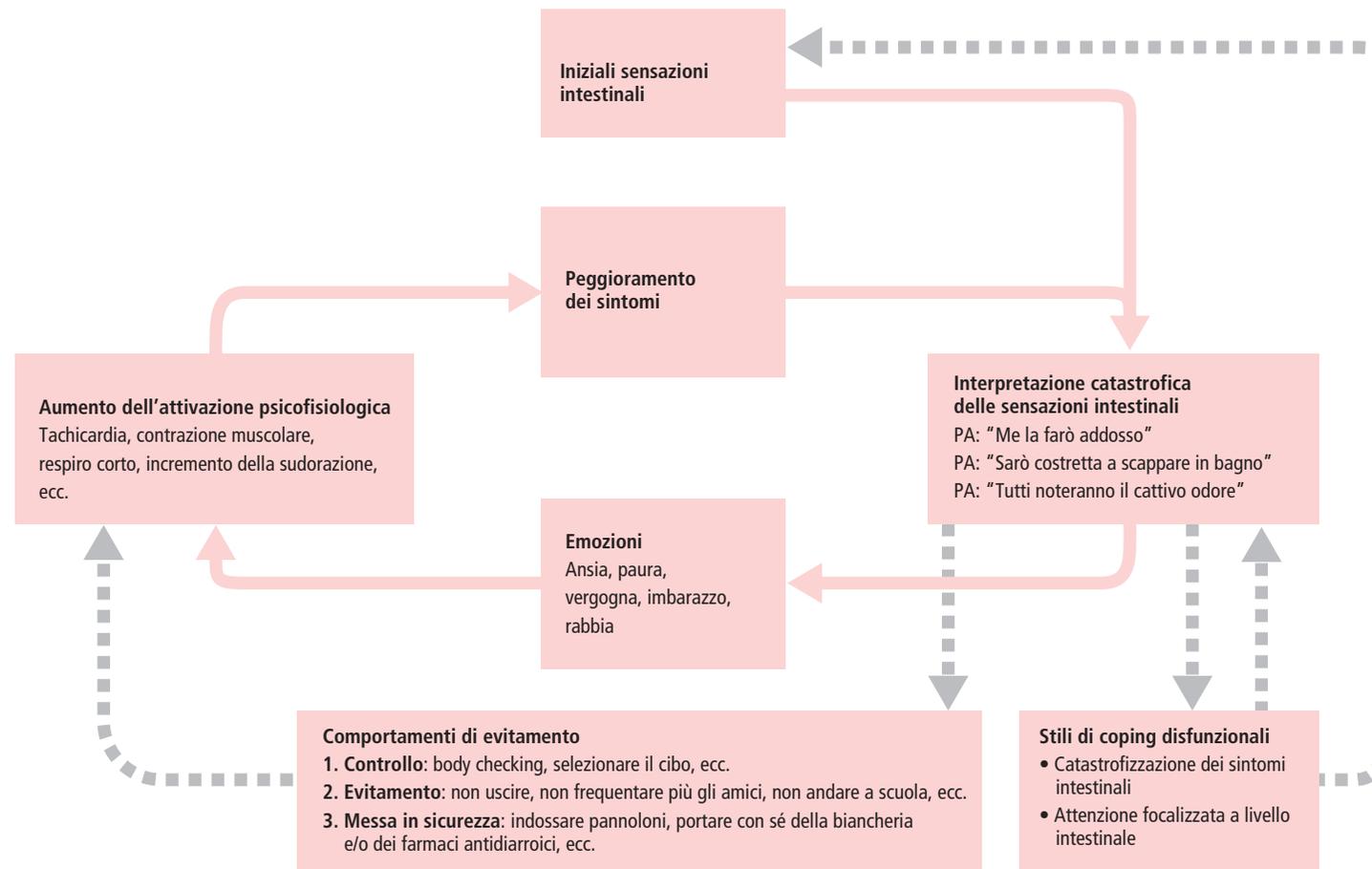


Fig.1 Circolo vizioso dell'IBS (tratto e adattato da Hunt, 2016)

# Modulo 2

## Strategie per il cambiamento

### La psicoeducazione

La psicoeducazione

Il trattamento cognitivo comportamentale della sindrome del colon irritabile

L'esposizione graduata in vivo

La psicoeducazione intesa come promozione di consapevolezza mira a rendere chi soffre della sindrome del colon irritabile edotto sulla propria problematica per fronteggiare una condizione socialmente indesiderata.

La percezione sociale della “cacca”, infatti, è quella del disgusto e della repulsione. Per questo motivo le persone con IBS provano vergogna per la propria condizione e, sentendo di non poter esprimere la propria sofferenza, inibiscono la propria emotività e finiscono per isolarsi.

In una società dell'apparenza, parlare di “cacca” rischia di farci sentire dei reietti. L'imbarazzo, la vergogna e l'umiliazione che ne deriverebbero intaccherebbero così tanto l'autostima da compromettere la nostra qualità di vita. Inoltre, la natura psicosomatica del problema porta a mettere in discussione la veridicità dei sintomi IBS, facendo sì che la persona con sindrome del colon irritabile venga considerata alla stregua di un “malato immaginario”.

Per questo la psicoeducazione è un momento estremamente importante della terapia dell'IBS perché è proprio attraverso di essa che i fastidiosi sintomi vengono riconosciuti e normalizzati mentre i falsi miti smentiti. Fin dai primi colloqui, dunque, il paziente può sentirsi sollevato e acquisire fiducia in se stesso e nella terapia.

L'acquisizione di informazioni aumenta la consapevolezza e consente di uscire da una condizione di isolamento e vergogna. Mette, inoltre, la persona nella condizione di apprendere che cosa è e come si manifesta l'IBS, il ruolo dello stress nella genesi e nel mantenimento di questa sindrome, quali siano le ripercussioni sul piano sociale quali gli altri fattori che interferiscono nella remissione dei sintomi e come tutto ciò può essere superato mettendo a frutto le proprie risorse.

Poter parlare della “cacca” ha un effetto liberatorio e normalizzante il problema soprattutto per chi da tempo porta con sé un segreto di cui vergognarsi e inibisce il proprio vissuto tentando di nasconderselo.

La psicoeducazione, inoltre, legittima l'espressione della sofferenza individuale causata dai sintomi psicosomatici che, venendo riconosciuti, spogliano chi soffre di IBS del ruolo di malato immaginario.

Comprendere che i sintomi gastrointestinali come quelli dell'IBS non necessariamente corrispondono alla mera espressione di una patologia organica ma possono implicare fattori psicologici e sociali, tutela la persona dalla tendenza a ricercare esclusivamente nelle cure mediche l'unica soluzione al problema. Tanti, infatti, credono che l'IBS dipenda da una cattiva alimentazione e si sottopongono a diete auto-prescritte rigide e selettive in cui molti alimenti essenziali

vengono eliminati perché ritenuti responsabili dei sintomi. Paradossalmente, uno stile alimentare come questo può portare, sul lungo periodo, a un indebolimento del sistema immunitario e a una conseguente vulnerabilità fisica e psicologica.

## Il trattamento cognitivo-comportamentale della sindrome del colon irritabile

La psicoterapia cognitivo-comportamentale dell'IBS prevede la riduzione dello stress attraverso l'adozione di un approccio di vita sano e l'uso quotidiano della Mindfulness (<http://www.istitutobeck.com/mindfulness.html>) oltre la ristrutturazione cognitiva dei pensieri irrazionalmente distorti sui sintomi e alle esposizioni comportamentali volte a disinnescare i fattori di mantenimento del problema. La ristrutturazione cognitiva corregge in senso più realistico quelle convinzioni disfunzionali che sorreggono i pensieri irrazionali sui sintomi IBS come ad esempio: *"se mi fa male la pancia non riuscirò a stare con gli altri"*, *"non si può parlare di "cacca" con gli altri"*, *"la "cacca" è rivoltante"*.

Altre convinzioni irrazionali tipiche di chi soffre di questa sindrome sono: *"è necessario essere perfetti"*, *"si deve avere pieno controllo su tutto"*, *"i diritti degli altri sono più importanti dei propri"*, *"non va bene esprimere ciò che si prova"*.

Altre credenze profonde che è spesso necessario ristrutturare nel colon irritabile sono: *"i sintomi intestinali significano che non sono adeguato"*, *"a causa della cacca non sono amabile"*, *"da quando soffro di IBS non valgo più nulla"*.

Con la terapia cognitivo-comportamentale si vanno a ristrutturare anche quelle convinzioni riconducibili agli schemi di autosacrificio e di auto-ammutilamento (self-silencing schema; Jack & Dill, 2006) responsabili dello stile comportamentale anassertivo-passivo tipico dei pazienti che soffrono di questa sindrome.

Per questo, è importante imparare a esprimere se stessi, mediante un percorso formativo specifico sull'assertività.

## L'esposizione graduata in vivo

L'esposizione graduata in vivo consente di fronteggiare gradualmente le situazioni di vita reale correlate ai sintomi IBS che vengono generalmente temute ed evitate. Prima di esporsi è tuttavia necessario aver acquisito tutte le informazioni necessarie previste dalla psicoeducazione e aver ristrutturato convinzioni profonde, schemi di autosacrificio e di auto-ammutolimento nonché aver sfatato i falsi miti sulla “cacca”.

Il rationale delle esposizioni graduate in vivo consta nell'incrementare la capacità di tolleranza ai sintomi e quindi nel farci l'abitudine. Ma prima di esporsi realmente è necessario allenarsi ad apprendere quelle abilità indispensabili per affrontare le situazioni temute.

A tale scopo risulta molto utile l'apprendimento di strategie volte a differire lo stimolo a defecare in ambiente protetto ovvero a casa. Imparare a correggere i comportamenti disfunzionali legati alla toilette nel proprio ambiente di vita è, dunque, propedeutico all'esposizione fuori casa. In questo modo vengono ridotti i rischi di drop-out terapeutico dovuto a eventuali insuccessi che possono demotivare la persona alla psicoterapia. È invece di fondamentale importanza in questa fase del percorso psicoterapeutico sostenere il paziente gratificandolo nel raggiungimento dei piccoli obiettivi stabiliti di volta in volta. Incrementare il senso di autoefficacia è la chiave di volta per preparare il paziente ad affrontare le esposizioni graduate in vivo.

A tale scopo viene elaborato un piano di azione che definisce tempi e modalità di accesso alla toilette durante la giornata come, ad esempio, ridurre il numero delle volte che è possibile recarsi in bagno e/o posticiparne l'accesso (Montano & Vitali, 2017).

Una volta imparato a tollerare le sensazioni gastrointestinali in ambiente domestico si può iniziare a esporsi gradualmente in situazioni di vita sociale. Innanzitutto, attraverso l'analisi comportamentale vengono riconosciuti e raggruppati i comportamenti di evitamento nelle seguenti tre categorie:

1. *Safety behavior* ovvero comportamenti di sicurezza
2. *Avoidance behavior* ovvero comportamenti di evitamento
3. *Control behavior* ovvero comportamenti di controllo

Lo scopo principale delle esposizioni graduate è la riduzione del distress psicologico e possono essere effettuate sia mediante l'uso dell'immaginazione oppure attraverso delle situazioni reali con l'obiettivo di dimostrare al paziente che può tollerare i sintomi.

Per cui gradualmente, attraverso l'esperienza diretta, si apprende che la presenza di motilità intestinale non equivale al farsela addosso. Le convinzioni disfunzionali più profonde verranno in questo modo disconfermate.

Per giungere a questo risultato si procede pianificando una gerarchia di esposizione in cui vengono identificate delle Subjective Unit of Distress ovvero Unità Soggettive di Disagio (SUD) che corrispondono a una serie di situazioni in grado di indurre ansia dalla più alla meno temuta. Gli esercizi consistono nell'esporsi a ogni SUD fino a quando il livello massimo d'ansia non inizia a decrescere.

Per una descrizione dettagliata della costruzione di una gerarchia con il paziente con IBS è possibile fare riferimento al testo:

La sindrome del colon irritabile  
Affrontare la colite con la terapia cognitivo comportamentale di Montano & Vitali, Erickson, 2017.

## Modulo 3

# La prevenzione delle ricadute

Con la prevenzione delle ricadute vengono focalizzati i progressi raggiunti e ci si prepara alla fine del percorso psicoterapeutico. Risulta pertanto una parte imprescindibile della terapia cognitivo-comportamentale dell'IBS poiché consente di ultimare in modo graduale il percorso psicoterapeutico rinforzando le nuove abilità acquisite. È questo il momento delle riflessioni a posteriori su quanto emerso durante il percorso e sui risultati raggiunti nonché sulla possibilità di eventuali ricadute future.

In questa fase conclusiva, vengono rivisti i principali fattori di stress che nella vita del paziente hanno concorso all'insorgenza del colon irritabile e verso cui è bene prestare attenzione anche in futuro. Viene ulteriormente evidenziata l'importanza di continuare a mettere a frutto tutte le nuove abilità come l'utilizzo di modalità più efficaci per gestire lo stress, contrastare la tendenza a rimuovere con pensieri catastrofizzanti i segnali che il nostro corpo manda durante il verificarsi dei normali processi gastro-intestinali, accogliere i sintomi ovviando gli evitamenti.

La prevenzione delle ricadute, per l'appunto, contempla la possibilità di un ritorno della sintomatologia IBS e dunque di possibili convinzioni disfunzionali ed evitamenti, soprattutto in periodi di vita caratterizzati da elevato stress.

Tuttavia, è importante sottolineare come un eventuale ritorno a vecchie modalità di funzionamento in cui prevalgono pensieri catastrofici in grado di trasformare un comune mal di pancia in un attacco di colite imminente, non vada inteso come una regressione bensì come un'eventualità plausibile soprattutto se ci troviamo ad affrontare un momento di vita particolarmente stressante. È in questo caso rilevante considerare l'aspetto attuale di novità consistente nelle nuove abilità apprese con cui si possono fronteggiare simili evenienze. A tal proposito è sicuramente utile svolgere degli "esercizi di mantenimento" come rileggere la psicoeducazione e continuare a esporsi alle situazioni che possono ancora suscitare nella persona una certa sensibilità.

Diventare più resistenti agli stressor incrementando le risorse personali quali l'interpretazione realistica dei sintomi intestinali, la percezione del supporto sociale, l'ottimismo e la resilienza, è di certo la via per diventare più resistenti agli urti della vita (Lazarus et al., 1984; Hobfoll et al., 1998).

## Bibliografia

Antonella Montano & Sara Vitali.  
La sindrome del colon irritabile.  
Affrontare la colite con la terapia  
cognitivo comportamentale (2017)  
Ed. Erickson.



# Istituto A.T.BECK

Terapia Cognitivo - Comportamentale

Direttore

Dott.ssa Antonella Montano

[antonellamontano@istitutobeck.it](mailto:antonellamontano@istitutobeck.it)

piazza San Bernardo 109, 00187 Roma

telefono 06 4819817

fax 06 4828665

via Gioberti 54, 00185 Roma

telefono 06 44703820

fax 06 49382241

[www.istitutobeck.com](http://www.istitutobeck.com)

Edizione 2018