

GÉRER LA PEUR



**CROHN COLITE
SUISSE**

Association suisse de la maladie
de Crohn/Colite ulcéreuse

ac^{cent}

Petit guide pour les personnes concernées



EMPREINTE

Brochure de Crohn Colite Suisse,
maladie de Crohn / Association Colite ulcéreuse

Edition: 2000 exemplaires

Editeur:

Crohn Colite Suisse

Maladie de Crohn / Association Colite ulcéreuse

5000 Aarau

Téléphone/Fax: 0800 79 00 79

bienvenue@crohn-colite.ch

Compte postal: 50-394-6

Conseil médical:

Prof. Dr med. Dr phil. Gerhard Rogler

Clinique de gastroentérologie et d'hépatologie

Hôpital universitaire de Zurich

Rämistrasse 100, 8091 Zurich

**Réimpression et reproduction,
également sous forme d'extraits, unique-
ment avec l'autorisation du conseil de
l'administration de Crohn Colite Suisse.**

Les photos utilisées dans cette brochure n'ont
pas besoin d'être directement liées au texte.

Traduction de l'allemand:

communication plus

Production totale:

Gutenberg Druck AG, Lachen

www.gutenberg-druck.ch

Impressions: 2^{ème} édition, mars 2020

SOMMAIRE

- 3 Gérer la peur
- 11 Auto-hypnose – langage avec
l'inconscient
- 14 Marcher sur le feu – la discipline
suprême de l'entraînement mental
- 16 Chier dans son froc de peur
- 24 Les rapports
- 30 Diagnostic de maladie de Crohn
– cela déclenche d'innombrables
peurs!
- 34 Des états infernaux
- 37 Contacts

GÉRER LA PEUR



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

Clinique de
gastroentérologie
et d'hépatologie
Hôpital universitaire
de Zurich

Chacun connaît le sentiment, l'a déjà vécu: la peur. La peur est désagréable, affecte le style de vie, retient l'attention, perturbe la concentration. La peur existe sous diverses formes et est en fin de compte un terme générique pour une multitude d'émotions différentes.

L'une des caractéristiques communes aux différents sentiments décrits comme étant la peur est l'incertitude ou l'insécurité qui y est associée. L'incertitude est souvent liée au fait d'être confronté à quelque chose d'inconnu. Alors que l'on ressent plutôt de la peur d'un danger connu, l'inconnu déclenche généralement la peur. Les limites de la peur sont souvent difficiles à déterminer, leurs déclencheurs difficiles à cerner, les solutions possibles pour éviter ou surmonter la peur ne sont pas toujours évidentes.

Dans le contexte des **maladies inflammatoires chroniques de l'intestin**, les peurs se répètent, accompagnent la maladie ou influencent l'évolution de la maladie. Il est donc logique de se pencher sur le sujet de l'anxiété et des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Tout d'abord, il est important de se rappeler que la peur en soi est une réaction normale et naturelle et qu'elle remplit également des fonctions importantes dans la vie. Elle augmente l'attention dans les situations de danger et peut provoquer une action prudente appropriée. Bien sûr, cela ne s'applique que si la peur ne prend pas le dessus et que l'action n'est pas complètement bloquée.

Quand la peur se manifeste-t-elle dans le cadre d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin? Pour la plupart des personnes atteintes d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin, l'anxiété survient pour la première fois au moment du diagnostic. L'incertitude associée à des termes tels que «colite ulcéreuse» ou «maladie de Crohn» déclenche cette crainte. Tout d'abord, on ne peut pas imaginer grand-chose sous ces termes. Il faut du temps pour en apprendre suffisamment sur ces maladies pour perdre sa peur. Toute maladie chronique est d'abord et avant tout un facteur de peur jusqu'à ce que l'on s'y habitue un peu et que l'on puisse l'intégrer dans notre vie. Il est donc important de ne

pas arriver avec ses gros sabots, pour ainsi dire, en transmettant le diagnostic. Des déclarations du genre: «Vous avez la maladie de Crohn. C'est une maladie inflammatoire chronique des intestins. Vous avez un risque de deux tiers d'avoir besoin d'une intervention chirurgicale. Vous avez probablement besoin d'une thérapie médicamenteuse permanente. La maladie vous accompagnera pour le reste de votre vie» ne sont pas très utiles lors de la pose du diagnostic. Il ne s'agit pas de submerger la personne concernée avec de telles déclarations, qui ne s'appliquent d'ailleurs qu'à une partie des patients.

Il me semble important de parler ici des différentes formes progressives de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Enfin, des études de population montrent que $\frac{1}{3}$ des patients atteints de maladie de Crohn ou de colite ulcéreuse n'ont jamais besoin de cortisone, mais peuvent être traités avec des médicaments interférant moins avec le système immunitaire et qui sont plus «inoffensifs». Un peu plus d'un tiers des personnes atteintes présentent une évolution plutôt agressive de la maladie. Au moment du diagnostic, on ne sait pas encore clairement qui aura une évolution plus agressive et qui n'en aura pas. Tout comme la personne atteinte ne prend connaissance de sa maladie qu'avec le temps, cela s'applique également au médecin traitant. Au cours des semaines et des mois à venir, il/elle apprend également comment la maladie en question se comportera individuellement. Il est certainement utile d'utiliser des diagrammes simples pour expliquer quelles régions de l'intestin peuvent être affectées par la maladie de Crohn ou la colite ulcéreuse. Il est également judicieux de discuter des thérapies de base et des mesures générales (comme l'arrêt du tabac dans la maladie de Crohn). Cependant, il est important de ne pas surcharger la personne atteinte lors de la consultation initiale sur la maladie. Puisqu'un certain choc se produira de toute façon pendant le diagnostic, seule une fraction de l'information sera assimilée.

Il est plus important cependant de répondre aux questions des personnes atteintes, même si elles ne semblent pas pertinentes à l'heure actuelle. Les questions restées sans réponse créent une incertitude supplémentaire et donc des craintes supplémentaires. Il n'y a donc aucun sens à couper court à de telles questions et à les qualifier d'insignifiantes pour l'instant. Même des questions qui ne semblent pas du tout pertinentes pour le médecin devraient être répondues à ce stade. Il est évident qu'elles préoccupent la personne atteinte, ce qui les rend pertinentes.

Les craintes jouent également un rôle important pour le succès du traitement et la qualité de vie dans l'évolution des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. La présence de peurs limite la qualité de vie, notamment parce que la vie normale est altérée. Ceux qui ressentent de grandes peurs orienteront leur vie en fonction de ces peurs, ce qui est plutôt contre-productif dans le cas des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Ceux qui ont peur de quitter leur domicile sont très limités dans leur mode de vie. Lorsque les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin influencent pour la première fois la gestion complète de la vie, elles sont omniprésentes et déterminent la pensée, ce qui n'est pas favorable pour l'évolution.

La prochaine fois que les craintes jouent un rôle majeur est lors de la prescription de médicaments. Les patients veulent la meilleure thérapie possible et, d'un autre côté, ils ont très peur des effets secondaires et des influences à long terme de cette thérapie. Encore une fois, il y a beaucoup d'incertitude ici. La notice d'information des médicaments contient une longue liste d'effets secondaires. En principe, il est impossible de prévoir qui souffrira d'un tel effet secondaire et qui n'en souffrira pas. Par exemple, l'acide 5-aminosalicylique (Asacol, Pentasa, Salofalk) chez un patient sur 2000 à 5000 patients provoque des lésions rénales. C'est rare, bien entendu. On entend aussi, par exemple, que les inhibiteurs immunitaires comme l'azathioprine triplent le risque de cancer des glandes lymphatiques. Quand on entend parler de tels risques, les craintes sont inévitables. Cela conduit souvent au fait que les médicaments ne sont pas pris ou ne sont pris que de façon irrégulière en raison de ces craintes, ce qui aggrave souvent la maladie principale et compromet ainsi le traitement. C'est l'une des raisons pour lesquelles une attention croissante est accordée à la communication entre le médecin et le

**«Les risques qui te tuent
ne sont pas nécessairement
les risques qui te mettent
en colère et t'effraient.»**

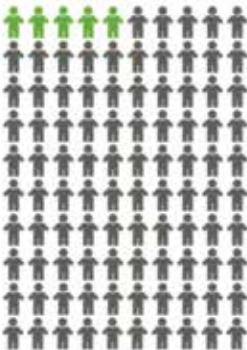
Sandman 1987

patient et à la relation de confiance existante. C'est pourquoi nous avons développé un «outil de communication» pour les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Fondamentalement, ce ne sont rien de plus que de graphiques avec une centaine de symboles chacun pour les hommes et les femmes, qui sont surlignés en gris et qui montrent dans une couleur différente le risque d'effets secondaires ou d'une poussée de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Si le risque de poussée et le risque d'effets secondaires sont montrés côte à côte, par exemple dans la thérapie avec l'azathioprine, l'avantage de la thérapie est évident pour tout le monde et les craintes sont réduites.

Patient exempt d'inflammation par AZA

Risque de récurrence inflammatoire en cas de **poursuite*** ou **d'arrêt*** du traitement

5 / 100 patients



Période médiane du traitement: 68,4 mois

28 / 100 patients



* Suivi médian après le traitement arrêté: 54,5 mois

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

Cependant, 100 petits symboles humains ne sont pas suffisants pour représenter le risque de cancer des glandes lymphatiques. Le risque dans la population normale est de 3 cas de maladie pour 10 000 personnes.

Tripler le risque signifie donc 9 cas de maladie pour 10 000 personnes. Sur une illustration avec 10 000 symboles, ce chiffre est très peu élevé et indique clairement à quel point le risque est réellement faible. Cette il-

lustration a certainement dissipé les craintes de nombreuses personnes touchées et s'est révélée utile et importante dans notre pratique. Si, en revanche, on voit à quel point le risque de cancer du côlon peut devenir élevé lors de colite ulcéreuse en raison de l'activité inflammatoire chronique (jusqu'à 20 sur 100), et que le risque de cancer du côlon lors de colite peut également être réduit au risque d'une personne en bonne santé (6 sur 100) grâce à un bon contrôle de l'inflammation, alors une chose devient claire: le risque de cancer des glandes lymphatiques augmente de 3 sur 10 000. Le risque de cancer du côlon est réduit de 6 sur 100. Ce n'est là qu'un exemple parmi d'autres de la façon dont on peut mieux représenter les situations réelles au moyen de représentations picturales et comment les craintes peuvent être réduites grâce à une bonne communication.

Patients souffrant d'inflammation chronique du gros intestin (colite ulcéreuse)

Risque en cas d'inflammation incontrôlée, de développer un cancer de l'intestin sur une période de 30 ans

18 / 100 patients



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

Patients souffrant d'inflammation chronique du gros intestin (colite ulcéreuse)

Risque lors d'absence, grâce à la thérapie, de développer un cancer de l'intestin sur une période de 30 ans

6 / 100 patients



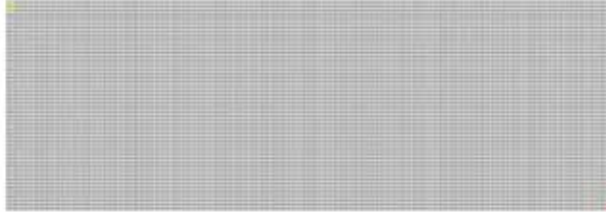
Eaden JA et al. Gut 2001;48:526-35

Patients souffrant d'inflammation chronique du gros intestin (colite ulcéreuse)

Risque de développer un lymphome («cancer des glandes lymphatiques») sous traitement avec l'inhibiteur immunitaire **Azathioprine** par rapport à l'absence de médicaments

5 / 10 000 patients

28 / 10 000 patients



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

Une autre raison d'anxiété dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin est que vous pouvez mal sentir l'intestin. Beaucoup de malades expliquent que leurs intestins deviennent étranges parce qu'ils n'ont remarqué aucun signe avant la prochaine poussée. La peur de la prochaine poussée détermine donc leur vie. Heureusement, la mesure de la Calprotectine peut être d'une certaine utilité. La détermination de la calprotectine dans les selles permet de déterminer l'état inflammatoire réel de la muqueuse intestinale. Une augmentation de deux à trois fois en l'espace de quatre semaines indique qu'il pourrait y avoir une rechute. Ainsi, de nouveaux paramètres de progression permettent de réduire et d'atténuer les craintes de nouvelles poussées et de donner aux personnes touchées une sécurité supplémentaire.

Une autre raison d'anxiété dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, en particulier la maladie de Crohn, est la peur de la chirurgie. Encore 50 % des patients atteints de la maladie de Crohn doivent subir une intervention chirurgicale tôt ou tard. Cependant, ces opérations ne signifient pas toujours l'ablation d'un gros morceau d'intestin. Dans de nombreux cas, la chirurgie laparoscopique peut maintenant être pratiquée par le nombril en utilisant la technique du trou de serrure. En général, de telles opérations ne sont pas associées à de grandes cicatrices. Dans le cas de la maladie de Crohn, on tente maintenant d'enlever le moins possible de l'intestin. Il faut aussi se rappeler qu'après une opération, il y a parfois une absence de douleur pendant plusieurs années, voire de plusieurs décennies. Une opération n'est donc pas

à considérer comme la dernière possibilité de thérapie, l'échec de la thérapie ou la conséquence la plus terrible d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

Au contraire, le sujet de l'opération devrait être discuté encore et encore comme une option thérapeutique dans un climat de confiance entre le médecin et le patient. Si l'on compare les avantages et les inconvénients d'une intervention chirurgicale à ceux d'années de pharmacothérapie, l'avantage de l'intervention peut souvent être mis en évidence. Une bonne éducation et une base de confiance avec le chirurgien vous aideront certainement ici immédiatement avant l'opération. Les craintes avant l'opération peuvent cependant être évitées, surtout si elle est toujours considérée comme une option thérapeutique à un stade précoce. Ce n'est pas un dernier recours, mais une alternative thérapeutique à tout moment, dont les avantages et les inconvénients peuvent être discutés en toute tranquillité.

Les craintes ne peuvent être réduites que s'il existe une base de confiance entre la personne traitante et la personne traitée. Si nécessaire, il peut également être important d'obtenir un deuxième avis. En général, cependant, il n'est pas utile de demander un troisième ou un quatrième avis. On ne peut pas s'attendre à ce que les déclarations de trois ou quatre médecins soient absolument identiques. Des contradictions qui subsistent, de nouvelles craintes et incertitudes surgiront. Si une telle relation de confiance n'est pas présente, un changement de médecin peut certainement avoir un sens. Cependant, l'objectif pour ces maladies très complexes devrait toujours être la coopération entre la personne atteinte et le médecin. Les décisions doivent être prises individuellement. Cela exige une connaissance mutuelle. En fin de compte, la confiance est aussi la meilleure arme contre les peurs et les incertitudes.

Dans certains cas, cependant, les réactions de peur vont au-delà de la mesure commune. Trop de peur aggrave l'évolution des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. D'une part, parce que la peur empêche d'initier la thérapie appropriée ou elle n'est pas prise régulièrement. D'autre part, parce que la peur et la dépression entraînent en effet une évolution plus grave de la maladie. Le stress causé par la peur pourrait y contribuer, tout comme les sautes d'humeur associées à l'anxiété. Si l'anxiété est trop forte, si les personnes atteintes sont très anxieuses, une thérapie psychologique ou psychiatrique complémentaire devrait être fournie. Elle fait partie du traitement des maladies

inflammatoires chroniques de l'intestin, elle a du sens et elle peut avoir une influence décisive sur le processus. Cependant, il est important que le thérapeute, la doctoresse ou le docteur ne se contente pas de référer le patient à un psychologue ou à un psychiatre, mais qu'il/qu'elle s'assure que la ou le collègue a des connaissances sur les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Il a été constaté en partie que, les psychiatres prescrivent des médicaments qui sont plutôt défavorables. Il a également été constaté que les connaissances sur les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ne sont pas très prononcées chez les collègues. C'est pourquoi, à l'Hôpital universitaire de Zurich, nous travaillons depuis de nombreuses années en étroite collaboration avec l'Institut de psychologie. Les collaboratrices/collaborateurs s'y rencontrent régulièrement pour échanger des informations sur les patients traités ensemble.

Malheureusement, les thèmes de la peur, mais aussi les thèmes de la communication et de l'évaluation des risques sont encore des questions marginales dans la recherche sur les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et dans la pratique quotidienne. En raison de l'importance de ce domaine, cela ne doit pas rester ainsi. Dans le cadre de l'étude de Swiss IBD Cohort Study, nous nous sommes penchés sur ce thème. Prof. Dr Roland von Känel a développé sa propre thématique et a déjà publié des résultats très importants. Ainsi, il a pu démontrer que la peur est un mauvais facteur de pronostic pour les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Il faudra obtenir d'autres résultats à l'avenir afin d'améliorer encore le traitement.

En fin de compte, cependant, un point me semble avant tout central: Les craintes ne peuvent être réduites que si l'incertitude est réduite. L'incertitude découle notamment de la méfiance. Une relation de confiance entre les personnes concernées et les thérapeutes est donc indispensable. Cette relation de confiance ne peut être établie que si les personnes concernées se sentent suffisamment informées, car ces informations leur apportent de la sécurité.

AUTO-HYPNOSE – LANGAGE AVEC L'INCONSCIENT



**Gabriela
Bretscher**

Coach/Entraîneuse
autour du dévelop-
pement personnel,
directrice de la
société jados
www.jados.ch

J'étais encore jeune, j'avais un petit enfant et je dirigeais un asile pour les animaux. Une invitation à une fête est arrivée à l'improviste. Chouette, ou bien? Mais là encore elle s'installait ... la peur.

Elle s'est lentement faufilée et a pris possession de mon corps, de mon esprit et de mon âme. Je ne dormais plus, mes muscles étaient tout le temps tendus, les toilettes et moi sommes devenues les meilleures amies. Une telle invitation était censée me faire plaisir, mais elle me procurait du stress, de la peur et de la panique. La peur peut être complètement irrationnelle et il est difficile de se confier à quelqu'un.

J'ai eu de plus en plus de difficultés, plusieurs opérations ont suivi et ma joie de vivre a disparu.

Je me sentais «impuissante» et à la merci du destin.

Il m'a fallu un certain temps avant de relever le défi de la «peur». Avec l'aide de l'auto-hypnose et de l'entraînement comportemental, j'ai gagné le combat. Aujourd'hui, je vis ma vie et ce n'est pas la peur qui détermine ma vie.

Mon intérêt a été éveillé. Mon chemin commençait ...

Je m'appelle Gabriela Bretscher-Sut. J'ai 53 ans, je vis et travaille comme entraîneuse et coach dans la belle ville de Lucerne. Au fil des années, j'ai suivi diverses formations et formations continues sur le thème du développement de la personnalité. Depuis plus de 15 ans, j'anime des séminaires et j'ai une pratique autour du développement personnel, de la conscience et du subconscient. Mon domaine d'expertise est la peur.

La peur et la douleur – un couple d'amoureux? Un navire est en sécurité au port, mais il n'a pas été construit pour ça.

La peur nous bloque. Elle nous enlève notre confiance en soi, les muscles se raidissent et la douleur augmente. L'interaction constante de

la peur et de la douleur nous prive d'une énergie que nous pourrions autrement mieux utiliser. Une solution pour sortir de ce «cercle» est la relaxation et la motivation, les deux sont possibles par l'auto-hypnose. Prendre la décision, «maintenant ça suffit, je veux reprendre le contrôle de moi-même», est la première étape. Changer quelque chose commence dans la tête. Ensuite, il est temps de s'entraîner et de découvrir quelle «technique» vous aide le plus.

L'hypnose est une technique très efficace.

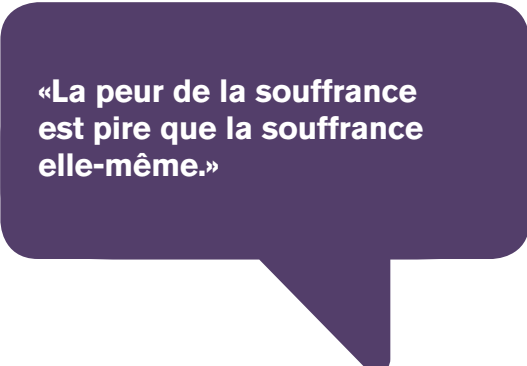
Mais qu'est-ce que l'hypnose au fait? Avez-vous déjà été tellement absorbé dans un livre que vous n'avez pas entendu quelqu'un entrer dans la même pièce? Ou est-il déjà arrivé que vous ayez conduit longtemps une voiture et que vous ayez été surpris à votre arrivée que vous soyez déjà arrivé à destination?

Vous étiez déjà dans un état hypnotique. Vous êtes entre le sommeil et la conscience éveillée.

L'hypnose est un état de conscience associé à une relaxation profonde et à une influençabilité accrue. Cela vous est familier de l'hypnose de spectacle.

L'hypnothérapie est utilisée comme forme thérapeutique pour stimuler le subconscient à résoudre des problèmes, et l'auto-hypnose est une aide à l'auto-assistance. C'est un moyen relativement rapide d'accéder à votre subconscient et d'effectuer des changements durables.

Vous entrez dans une transe dans laquelle votre attention est entièrement concentrée sur quelque chose de spécifique. La relaxation profonde et la concentration élevée sur quelque chose de spécifique mène à de nouveaux couplages cérébraux. Ainsi, un changement permanent peut avoir lieu. Avec un entraînement régulier à l'auto-hypnose, nous pouvons nous «programmer» dans la direction souhaitée. Il peut aussi vous aider!



«La peur de la souffrance est pire que la souffrance elle-même.»



Faisons un petit exercice:

Je vous prie de fermer les yeux un instant et de prétendre qu'il est très facile pour vous d'être libéré de la peur et de la douleur. Peut-être cela vous aide-t-il de penser à une expérience merveilleuse, à son odeur, à ce que vous avez ressenti, à ce que vous avez entendu, et peut-être même à la température? N'hésitez pas, fermez les yeux et essayez. Maintenant! Alors, cela vous fait du bien? Félicitations, vous avez déjà fait le premier pas vers l'auto-hypnose. C'était peut-être un peu dur, mais souvenez-vous de cela: Aucun maître n'est encore tombé du ciel.

Lors de nos ateliers ou lors de séances individuelles de coaching, vous apprendrez à contourner la conscience analytique et ainsi à favoriser le contact avec votre inconscient.

MARCHER SUR LE FEU – LA DISCIPLINE SUPRÊME DE L'ENTRAÎNEMENT MENTAL



**Gabriela
Bretscher**

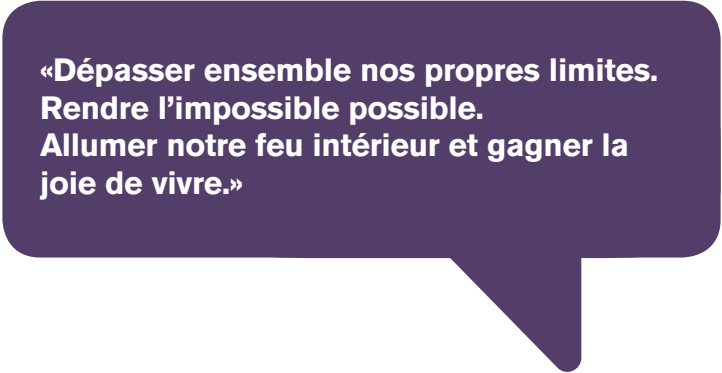
Coach/Entraîneuse
autour du dévelop-
pement personnel,
directrice de la
société jados
www.jados.ch

«Notre plus grande peur n'est pas que nous soyons imparfaits. Notre plus grande peur est celle d'être fort au-delà de la normale. C'est notre conscience, et non pas notre inconscient, qui nous fait le plus peur. Nous nous demandons, qui suis-je, pour me nommer si inestimable.»

Discours d'ouverture de Nelson Mandela, 1994

La force vitale est souvent bloquée par toutes les peurs et les doutes que nous portons en nous. Il a été transmis par les cultures anciennes que pendant des milliers d'années, la marche sur le feu a eu une signification particulière dans l'interaction du corps, de l'esprit et de l'âme. La marche sur le feu peut avoir un effet durable sur notre vie, que nous marchions nous-mêmes dessus ou que nous soyons «simplement» des spectateurs. Nous apprenons à gérer nos peurs et à réaliser que la peur du feu est la même peur qui nous empêche souvent de faire des choses qui pourraient changer et améliorer notre vie. Avec la marche sur le feu, nous reprogrammons notre subconscient et nous nous ouvrons une voie pour une vie libre déterminée par nous. Nous apprenons que nous pou-





**«Dépasser ensemble nos propres limites.
Rendre l'impossible possible.
Allumer notre feu intérieur et gagner la
joie de vivre.»**

vons rendre quasiment l'impossible possible. Nous atteignons nos objectifs en découvrant et en renforçant notre confiance en soi et en gagnant ainsi plus d'énergie. Créer et vivre de nouvelles choses.

Marcher sur le feu signifie surmonter. Surmonter permet d'élargir sa propre zone de confort et donc de se développer et de grandir. Le chemin vers la liberté intérieure est tracé. Ce peut être le début pour apprendre à se faire confiance, à vivre sa propre vie et à ne pas se laisser dicter par la peur.

Le contenu d'un séminaire de marche sur le feu est un entraînement mental pratique. Des exercices pour lâcher prise, pour renforcer la confiance en soi et pour retrouver confiance en ses propres forces, pour ensuite marcher sur le tapis de braises.

Gabriela Bretscher et son co-formateur vous accompagneront tout au long de la journée.

CHIER DANS SON FROC DE PEUR

PD Dr med.
Winfried Häuser

Médecin chef
de la spécialisation
en psychosomatique
de la clinique de
médecine interne 1
de la clinique de
Sarrebruck

Causes psychosomatiques et thérapie de la diarrhée dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Les bases psychosomatiques de la diarrhée chronique et des selles impérieuses

Comme c'est le cas pour de nombreuses expressions idiomatiques et sagesses populaires, le lien entre la peur et des selles molles/des selles impérieuses peut être prouvé scientifiquement: chez certaines personnes, la peur entraîne une accélération du passage intestinal et une augmentation de la fréquence des selles. Beaucoup de gens – même sans maladies intestinales – connaissent la «diarrhée d'examen» avant les contrôles continus ou les examens. La peur joue également un rôle important dans la diarrhée chronique et les selles impérieuses dans les maladies intestinales non inflammatoires (syndrome du côlon irritable). Les douleurs abdominales et la diarrhée récurrentes peuvent être causées par le syndrome du côlon irritable chez les patients atteints de MICI chez qui l'on ne peut détecter aucune activité inflammatoire par endoscopie ou seulement une activité inflammatoire minimale. Cependant, des processus psychologiques comme l'anxiété ou la tension interne pendant le stress peuvent aussi augmenter la fréquence/l'intensité des douleurs abdominales et de la diarrhée chez les patients atteints de MICI ayant une rechute aiguë ou une évolution chronique active. La libération d'hormones de stress associées à l'anxiété et à la tension interne peut augmenter la sensibilité de l'intestin à la douleur via le système nerveux entérique («cerveau abdominal»), entraîner une activité intestinale accrue (contractions intestinales) et intensifier les processus inflammatoires de l'intestin.

A retenir: La peur accélère le passage intestinal. La peur peut également entraîner la diarrhée chez les personnes en bonne santé (diarrhée d'examen). La peur peut augmenter la fréquence de la diarrhée et la sensibilité de l'intestin à la douleur dans le MICI actif.

Quand la peur et la diarrhée restreignent la vie

De nombreuses personnes ayant un MICI actif craignent que la diarrhée et/ou les selles impérieuses ne les empêchent d'atteindre les toilettes à temps. Certaines personnes atteintes de MICI actif ont fait l'expérience d'une diarrhée qui «est descendue dans le pantalon». Comme pour toutes les inquiétudes et peurs humaines, les peurs mesurées, exagérées et pathologiques peuvent également être distinguées dans le cas du «MICI/diarrhée/peur».

Les craintes pathologiques sont présentes lorsque les craintes conduisent à une atteinte importante dans la vie quotidienne et que la personne concernée a le sentiment qu'elle ne peut contrôler ses craintes ou que les craintes le contrôlent. Certains patients atteints de MICI ont des angoisses pathologiques: ils évitent les activités quotidiennes importantes (par exemple le travail, la formation, les courses) de peur de ne pas atteindre les toilettes à temps et/ou de «faire quelque chose dans leur froc». Dans les cas prononcés, les personnes concernées ne quittent plus leur domicile parce qu'elles ne se sentent en sécurité que dans le voisinage immédiat d'une toilette. L'idée même de devoir quitter la maison peut déclencher des selles impérieuses. Lorsque les patients présentant un MICI actif ne sortent plus ou évitent de nombreuses activités de la vie quotidienne, le psychosomaticien/psychologue clinique diagnostique de multiples angoisses de situation avec comportement d'évitement, ce qu'on appelle une «agoraphobie».

L'agoraphobie survient également chez les patients atteints du syndrome du côlon irritable ou chez les personnes sans troubles physiques. S'il n'y a pas de maladie physique, la peur qui lie la personne à son propre domicile peut être reliée à l'intestin (p. ex. diarrhée, besoin incontrôlable d'aller à selle) ou à d'autres organes (p. ex. peur d'une crise cardiaque pendant une activité physique). Selon mon expérience clinique, l'agoraphobie se développe particulièrement chez les patients atteints de MICI chez qui la peur et les comportements d'évitement (p. ex. des foules de personnes) étaient déjà présents avant la première manifestation du MICI. Chez certains patients atteints de MICI et d'agoraphobie, l'élimination incontrôlable de selles à l'extérieur de leur propre domicile était le déclencheur du comportement d'évitement. L'incontinence fécale a été ressentie comme très embarrassante et honteuse par les personnes touchées.



A retenir: Certaines personnes affectées avec un MICI actif développent un trouble phobique: par crainte de défécations incontrôlables, ils évitent les activités quotidiennes importantes (entraînement, travail, courses).

Mécanismes psychosomatiques de l'anxiété restrictive dans le MICI actif

Dans le développement de l'anxiété limitante dans le MICI actif, l'augmentation de l'anxiété due à l'hérédité et à l'histoire de vie joue un rôle. Les déclencheurs peuvent être des épisodes vécus d'incontinence ou des informations sur une éventuelle incontinence fécale. Les pensées et le comportement des personnes touchées deviennent chroniques. L'agoraphobie est une réaction de peur conditionnée (= apprise), qui est causée par des stimuli internes (p. ex. physiques: douleurs abdominales et envie d'aller à selle avec le MICI actif ou mental: «espérons que je n'aurai pas à aller aux toilettes maintenant») comme stimuli conditionnés. Le MICI et l'augmentation de l'activité intestinale induite par l'anxiété peuvent s'accumuler réciproquement.



Au fil du temps, la peur conditionnée conduit à un apprentissage de l'évitement de plus en plus fort, car la fuite et l'évitement de situations sujettes à l'anxiété conduisent à une diminution de la réaction d'anxiété (renforcement du comportement d'évitement). En plus de ces mécanismes d'apprentissage, les processus de pensée tels que l'attention accrue («ça gargouille dans mon estomac?»), les pensées dysfonctionnelles (nuisibles) («Si je ne peux pas retenir la selle, je me ridiculise de façon indescriptible et je suis fait pour toujours»), un besoin irréaliste de sécurité et les rituels aux toilettes (vidanges multiples des intestins avant de quitter la maison pour créer le sentiment que les intestins sont «complètement vides») jouent un rôle important dans le développement des plaintes de façon chronique. Les personnes atteintes essaient d'intérioriser des stimulations telles que des sensations physiques, p. ex. sensation de pression dans l'estomac et stimulations mentales, p. ex. fantasmes de s'embarrasser, en évitant les stimulations externes (lieux, pièces, moyens de transport, foules).

A retenir: Les troubles phobiques dans le MICI actif peuvent s'expliquer par des mécanismes d'apprentissage.

Principes de base de la psychothérapie de la diarrhée psychosomatique et des agoraphobies

La base de la thérapie est le traitement médicamenteux approprié (médecine conventionnelle) de l'inflammation aiguë ou de la maladie chronique active et d'autres facteurs de maladie somatique qui peuvent contribuer à la diarrhée chronique, tels que la surinfection bactérienne, les intolérances et allergies alimentaires ou le syndrome de perte des acides biliaires (voir Bauchredner 1/2013). De plus, le traitement psychosomatique implique l'utilisation de médicaments qui réduisent la fréquence d'aller à selle. Ici, j'utilise le plus souvent le médicament loperamide. Le fait d'avoir sur soi un médicament qui peut être pris au besoin pour réduire le besoin de selles, réduit la «peur de la peur» de l'envie (incontrôlable) d'aller à selle. De temps en temps, j'utilise aussi des antidépresseurs à faible dose pour soulager l'anxiété (p. ex. la doxépine), qui ont l'effet secondaire désiré de réduire l'activité intestinale.

La thérapie psychothérapeutique de la peur consiste à apprendre des techniques psychologiques pour «calmer» son propre intestin et contrôler sa propre peur, ainsi qu'à réduire les comportements d'évitement. J'utilise l'hypnose abdominale comme technique pour calmer l'intestin de façon indépendante. Après avoir appris à «calmer» leurs intestins



à l'aide de techniques psychologiques, les personnes concernées apprennent dans le cadre d'un programme d'entraînement à développer de nouveaux comportements, tels que de résister à l'envie d'aller aux toilettes plusieurs fois afin de «vider complètement» les intestins, et à confronter progressivement des situations précédemment évitées. Avec cette exposition progressive à l'anxiété (ce qu'on appelle la «désensibilisation psychologique systématique»), les personnes concernées commencent à faire face aux situations les moins angoissantes (p. ex. une promenade autour de leur propre maison). En cas d'adaptation multiple réussie, les situations les plus angoissantes sont confrontées étape par étape (p. ex. conduire un autobus, visiter un grand magasin). L'application «Toilet Finder» pour iPhone, qui affiche toutes les toilettes publiques proches, peut augmenter la sécurité pendant la formation à l'exposition à l'anxiété. Dans certains cas, il est également utile de travailler avec les personnes affectées sur le contexte biographique de leur besoin accru de sécurité et de contrôle et de développer des attitudes plus appropriées par le dialogue, les expériences comportementales et/ou l'hypnothérapie.

A retenir: La base de la thérapie de la diarrhée psychosomatique est l'apprentissage de techniques de relaxation et d'imagination pour calmer les intestins. La base de la réduction de la peur est la confrontation progressive avec des activités chargées d'anxiété et évitées auparavant et le développement d'attitudes appropriées (p. ex. la sécurité).

Exemple de cas

La patiente de 30 ans m'a contacté de sa propre initiative après avoir lu l'article sur l'hypnose abdominale dans le ventriquoque (Bauchredner) 4/2012. Une colite ulcéreuse était connue depuis 2006. Actuellement, la patiente était à sa troisième rechute. Les symptômes des deux rechutes antérieures (2006: CU gauche, 2010: Pancolite) avaient chaque fois duré un an. La peur de ne pas arriver aux toilettes à temps s'était développée lors de la première poussée. La patiente n'avait pas quitté la maison depuis des mois lors des rechutes antérieures et ses parents s'en occupaient. La symptomatologie actuelle consistait depuis cinq mois à jusqu'à dix selles sanguinolentes par jour, parfois associées à des douleurs abdominales de type crampes. La patiente quittait la maison uniquement pour aller voir un médecin. Elle s'y préparait en faisant une diète sur 24 heures sans manger ni boire et en faisant de multiples visites aux toilettes avant de quitter la maison. De plus, la patiente a rapporté une agitation et une nervosité accrues ainsi que des inquiétudes concernant sa santé et son avenir professionnel (en congé maladie depuis cinq mois).

Une proctite (à 10 cm de l'anus) a été détectée par endoscopie. Une surinfection bactérienne ou virale a été exclue. Malgré un traitement local avec de la cortisone sous forme de mousse, de la mésalazine à 4,5 g/jour et jusqu'à 60 mg de Prednisolone par jour, aucune amélioration nette n'a été observée. Son gastro-entérologue avait envisagé d'amorcer un traitement par l'infliximab (Remicade®).

La patiente avait déjà eu une expérience positive avec l'entraînement autogène et les techniques de respiration. Nous avons fait deux séances d'hypnose abdominale. Les contenus essentiels étaient la production indépendante d'un sentiment de paix et de sécurité dans l'estomac par la respiration, l'apaisement de l'intestin hyperactif en plaçant la main sur l'estomac en imaginant une agréable sensation de chaleur ainsi qu'en imaginant qu'une énergie curative lave l'inflammation et les inquiétudes superflues. Les séances d'hypnose abdominale ont été enregistrées. La patiente a reçu le fichier MP3 de la séance pour la pratique quotidienne.

Même avec une réduction de la dose de cortisone, il y eu une réduction de la quantité de sang dans les selles et de la fréquence des selles. La patiente a suivi une thérapie indépendante de confrontation de la peur, commençant par de courtes promenades et se terminant par des achats indépendants en voiture. Avec la permission de la patiente, je cite des extraits d'un e-mail (deux mois après le début du traitement psychothérapeutique):

*Bonjour Monsieur Dr Häuser,
Je trouve génial que la rédaction du ventriloque vous ait demandé d'écrire un commentaire sur le traitement psychologique des angoisses diarrhéiques. Vous pouvez sans autre utiliser et citer mon traitement comme étude de cas ainsi que mes e-mails. J'attends déjà avec impatience votre contribution dans le prochain numéro du ventriloque. J'espère que de nombreuses personnes concernées liront votre article et prendront le courage de ne pas abandonner.*

Biographie succincte

Prof. Priv. Dr med. Winfried Häuser est médecin-chef spécialisé en médecine psychosomatique au sein du département de médecine interne 1 (gastro-entérologie, hépatologie, endocrinologie, maladies infectieuses, oncologie, médecine psychosomatique) de la clinique Sarrebruck.

E-mail: whaeuser@klinikum-saarbruecken.de

Littérature

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

... Je me sens mieux chaque jour. J'ai des selles solides et les selles ont aussi diminué. Il en a maintenant environ quatre par jour. Je vais maintenant me promener plus souvent avec mon fils, la plupart du temps même sans l'opéramide. Je rends visite à mon amie depuis longtemps et je fais même souvent du shopping (avec l'arrière-pensée que lorsque j'ai des crampes, je peux encore quitter le magasin, personne ne me retient et mon mari est généralement avec moi, alors je pourrais m'asseoir dans la voiture si les choses tournent mal). Je rends souvent visite à mes parents et à mes beaux-parents. J'ai aussi plus de visiteurs. De temps en temps, je suis nerveuse, alors cela a aussi des effets sur mes intestins, mais j'essaie aussi de le contrôler par l'hypnose quotidienne. Parfois, ce n'est pas si facile de diriger mes pensées, mais j'y travaille.

... J'ai aussi remarqué que je ne stresse plus autant à cause de chaque petite chose et j'essaie de faire des choses qui me font du bien. Je ne m'arrache pas la jambe non plus quand la porte ou le téléphone sonne ... J'ai maintenant l'attitude, ce qui fonctionne, fonctionne, et sinon, ce n'est pas grave. Je fais plus attention à moi. Je ne sais pas si ce n'est pas trop égoïste ... Mais j'ai remarqué que je m'exécutais toujours quand quelqu'un voulait quelque chose de moi, par exemple j'essayais de satisfaire tout le monde, et cela ne me faisait souvent aucun bien et je m'en voulais souvent à moi-même. Et maintenant je pense: non! Je ne peux pas le faire maintenant, et c'est tout!

De toute façon, chaque jour, j'ai un peu plus de vie et de confiance en moi et c'est un sentiment agréable. Si mes peurs venaient maintenant encore à disparaître complètement, je serais totalement heureuse.»

Complément à l'étude de cas

D'un point de vue scientifique, il n'est pas possible de dire dans quelle proportion la pharmacothérapie de l'inflammation intestinale, le traitement psychologique et la consommation de kéfir commencée par la patiente ont contribué à l'amélioration des symptômes ou s'il y aurait eu une rémission spontanée sans aucun traitement.

LES RAPPORTS

Dr med.
Katja Scholz

Médecin chef et
Service de conseil
et de liaison, Cli-
nique de psychiatrie
psychothérapie et
psychosomatique,
Hôpital universitaire
psychiatrique de
Zurich

Lien entre les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et le psychisme.

Avec une prévalence au cours de la vie de 29%^[2], les troubles anxieux sont parmi les maladies psychiatriques les plus courantes, avec les troubles affectifs et la toxicomanie. Elles surviennent lorsqu'il y a une vulnérabilité accrue aux troubles anxieux et que des facteurs générateurs de peur sont ajoutés, p. ex. les expériences traumatisantes de l'enfance ou les événements stressants de la vie. La qualité de vie des personnes touchées par les troubles anxieux est considérablement restreinte. Cependant, les troubles anxieux sont encore souvent méconnus. S'ils ne sont pas traités, les troubles anxieux sont souvent une évolution chronique.

La peur compte comme une émotion dite de base pour les affects primaires. En tant que signal biosocial, l'effet de la peur contribue à une confrontation consciente des risques avec l'environnement et joue également un rôle dans les relations interpersonnelles.

En tant que phénomène psychologique normal, la peur renforce également les fonctions de défense somatique et psychologique et a une importance évolutive et biologique pour la survie en tant que système d'alarme. La perception subjective de l'anxiété est généralement caractérisée par un sentiment désagréable de menace et d'inquiétude.

On parle d'anxiété pathologique lorsque la peur – mesurée par rapport à la situation déclencheuse – est trop forte ou lorsqu'il n'y a pas de danger concret.

En tant que symptôme unique, la peur n'est pas spécifique et peut survenir dans de nombreux troubles psychiques tels que la dépression, les troubles de type schizophrènes, les troubles de la personnalité, les toxicomanies et en combinaison avec des maladies somatiques.

L'anxiété affecte tout l'organisme et se manifeste psychologiquement et physiquement. Sur le plan physique, des symptômes tels que tremblements, transpiration, douleurs thoraciques, essoufflement, palpitations,

nausées et picotements paresthésiques peuvent être observés. Au niveau cognitif, le patient souffre de troubles de la concentration, de nervosité, d'étourdissements et a peur de perdre le contrôle.

Epidémiologie

Les troubles anxieux peuvent survenir en tout temps, mais l'enfance et l'adolescence représentent la phase à risque élevé pour le développement des symptômes d'anxiété. La prévalence d'environ 20% est déjà très élevée dans l'enfance et l'adolescence, ce qui fait que les troubles anxieux sont les phénomènes psychopathologiques les plus courants dans cette phase du développement.

Les résultats d'études épidémiologiques suggèrent que les troubles anxieux sont associés à des caractéristiques sociodémographiques, génétiques, personnelles et environnementales. Les facteurs sociodémographiques comprennent le sexe féminin ou le style parental comme facteur environnemental, ainsi que les événements de la vie durant l'enfance (maltraitance, négligence, séparation des parents)^[2]. Cependant, il faut souligner que le trouble anxieux est une combinaison très complexe de plusieurs facteurs différents qui ne peuvent être expliqués d'un point de vue épidémiologique seulement.

Diagnostic et évolution

Le diagnostic d'un trouble anxieux repose sur une anamnèse détaillée tenant compte des aspects liés à la maladie, biographiques, de la personnalité et somatiques.

Pour le diagnostic différentiel, les maladies cardiovasculaires, endocrinologiques, métaboliques, neurologiques, pulmonaires et immunologiques doivent être exclues. De plus, une anamnèse complète de la médication et de la dépendance doit être compilée^[1,2].

Sur le plan clinique, différents troubles anxieux tels que le trouble d'anxiété généralisée (TAG), le trouble panique avec et sans agoraphobie, la phobie sociale, le trouble de stress post-traumatique, la phobie spécifique ainsi que le trouble obsessionnel compulsif sont différenciés selon les symptômes prédominants. Le terme «phobies» désigne les peurs d'événements, de situations, d'objets ou de personnes, qui sont exprimées par les personnes concernées par le désir d'éviter la cause de la peur. Les phobies peuvent être très diverses:

- L'agoraphobie désigne la peur des espaces publics ou des foules.
- Les phobies sociales sont caractérisées par la peur d'être jugé négativement ou d'être couvert de ridicule par les autres. Les personnes concernées évitent donc les occasions publiques.
- Les crises de panique sont caractérisées par des crises d'anxiété graves, soudaines et inattendues, récurrentes et sans cause somatique.

La sensation d'anxiété s'accompagne presque toujours de tachycardie, d'oppression thoracique et d'essoufflement. D'autres symptômes sont des étourdissements, des douleurs abdominales, des nausées et des vomissements.

Comorbidité

Les troubles anxieux sont souvent associés à diverses maladies somatiques et psychologiques, notamment les maladies cardiaques et cardiovasculaires, la migraine, l'épilepsie, la maladie de Parkinson, le diabète sucré, les maladies chroniques du foie et des intestins, le cancer et les accidents vasculaires cérébraux^[6, 10].

Le traitement psychothérapeutique et médicamenteux du trouble anxieux est nécessaire pour améliorer la qualité de vie et doit être entrepris le plus tôt possible.

Thérapie médicamenteuse

Les antidépresseurs sont principalement utilisés dans le traitement des troubles anxieux. Il s'agit notamment des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), des inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA), des antidépresseurs tricycliques (ATC), des inhibiteurs réversibles de la monoamine oxydase (MAO) ou des neuroleptiques atypiques comme la quétiapine^[1]. Par ailleurs, les benzodiazépines sont parmi les options thérapeutiques les plus efficaces en raison de leur action rapide. En raison d'un développement possible d'une tolérance et de dépendance, l'utilisation à plus long terme est considérée comme problématique.

Outre la pharmacothérapie, des méthodes psychothérapeutiques comme la thérapie cognitivo-comportementale^[4], la thérapie psychodynamique ou des méthodes de relaxation comme la relaxation musculaire progressive de Jacobsen sont essentielles pour le succès du traitement. Par ailleurs, les patients devraient être informés des origines

de la maladie et des mécanismes d'action des traitements. Jusqu'à il y a quelques années encore, on était d'avis que les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), comme la colite ulcéreuse ou la maladie de Crohn, ne pouvaient pas bénéficier d'une psychothérapie. Cependant, il a maintenant été démontré que les patients souffrant de MICI, d'humeur dépressive et d'anxiété ont un risque plus élevé d'activité accrue de la maladie. Une psychothérapie peut donc conduire à une réduction des rechutes lorsque les patients apprennent à gérer leurs peurs et leurs sentiments dépressifs^[4].

Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) et stress

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin sont considérées comme des maladies physiques à prédisposition génétique et sont influencées par des facteurs environnementaux.

Le stress joue ici un rôle central: les maladies intestinales causent du stress d'une part, d'autre part, le stress entraîne souvent une aggravation de la maladie. Les rechutes de maladie graves peuvent entraîner des humeurs dépressives, un retrait social et des problèmes sociaux. Le stress dans la vie quotidienne a à son tour un effet défavorable sur le bien-être général, de sorte que la diarrhée et les douleurs abdominales peuvent augmenter et déclencher une rechute de maladie.

Les patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) souffrent en plus des diarrhées, de peur de nouvelles poussées, de perte d'emploi ou d'aptitude au travail et d'une grande honte envers les membres de leur famille, leur partenaire, leurs connaissances et leurs collègues^[11]. Jusqu'à 30%^[9] des personnes atteintes de MICI dissimulent leur maladie au travail selon leur propre expérience. Les troubles mentaux peuvent être une conséquence de la maladie de Crohn en raison du stress lié à la maladie. Les jeunes atteints de MICI^[7] sont plus anxieux et déprimés que les personnes en bonne santé de leur groupe d'âge et rapportent plus de problèmes sociaux. Le traitement de la maladie dépressive est également un prédicteur de mauvaise qualité de vie.

Des études prospectives ont démontré que les patients souffrant de MICI et d'humeur dépressive, de stress accru et d'anxiété ont un risque plus élevé d'activité accrue de la maladie^[9]. Bitton et al.^[3] ont prouvé que les patients atteints de la maladie de Crohn qui présentent moins de stress et moins de tendance au renfermement sur soi montrent également une activité moindre de la maladie.

Par rapport aux patients atteints de colite ulcéreuse ou d'autres maladies chroniques, les patients atteints de la maladie de Crohn souffrent un peu plus fréquemment de troubles mentaux (50% de dépressions) et ont une qualité de vie plus mauvaise. Miehsler et al.^[6] ont montré que la peur est un problème plus courant que la dépression chez les patients atteints de la maladie de Crohn (37% vs 18%). Fuller-Thomsen et al. ont pu démontrer que les dépressions chez les patients atteints de MICI sont trois fois plus fréquentes que dans la population générale (16,3% vs 5,6%)^[5].

L'Organisation européenne de Crohn et la colite (ECCO)^[4] recommande l'accompagnement psychothérapeutique des patients qui souffrent en plus de dépression et de troubles anxieux, et qui présentent un niveau de stress élevé et une gestion défavorable de la maladie. Le traitement psychothérapeutique vise principalement à changer la façon dont la maladie et le stress sont gérés.

Conclusion

Les troubles anxieux sont parmi les maladies psychiatriques de base les plus courantes. Ils peuvent survenir à tout moment et sont associés, p. ex. à des caractéristiques socio-démographiques et génétiques. Par exemple, le sexe féminin est plus sujet aux troubles anxieux, et l'éducation des parents et les événements traumatisants de la vie dans l'enfance jouent un rôle dans le développement des troubles anxieux. Les troubles anxieux sont associés à divers troubles somatiques et psychiques, en particulier les maladies cardiovasculaires, le diabète sucré et les maladies intestinales chroniques. Outre la pharmacothérapie, des méthodes psychothérapeutiques telles que la thérapie cognitivo-comportementale sont utilisées avant tout.

Les patients atteints de MICI souffrent de diverses angoisses: la peur de nouvelles rechutes de maladie, la peur de l'isolement social, la peur des effets secondaires des médicaments. De plus, il y a souvent un grand sentiment de honte envers les autres êtres humains. Le stress entraîne souvent une aggravation de la maladie. Les patients atteints de MICI, d'humeur dépressive et d'anxiété ont un risque plus élevé d'augmentation de l'activité de la maladie. La psychothérapie est recommandée pour les patients atteints de MICI qui souffrent en plus de dépression, de troubles anxieux, d'un niveau de stress élevé et d'une gestion défavorable de la maladie. Son objectif est d'apprendre à faire face à la maladie et au stress.

Littérature

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

DIAGNOSTIC MALADIE DE CROHN – CELA DÉCLENCHE D'INNOMBRABLES PEURS!



Patrick Widmer

Coach et
superviseur bso
www.cso-widmer.ch

Je m'appelle Patrick Widmer, j'ai 51 ans et j'habite à Zizers, GR

A l'école de recrues, j'avais souvent des problèmes digestifs, j'étais faible, las et généralement très fatigué. Les examens médicaux n'ont rien révélé pendant longtemps. On m'a traité de simulateur. Lorsque les douleurs au ventre sont devenues insupportables et que la fièvre est montée dangereusement, je me suis retrouvé aux urgences de l'hôpital du district d'Aarberg avec la suspicion d'une rupture d'appendice. Une chirurgie d'urgence m'a sauvé la vie.

Après un séjour de trois semaines, ils m'ont laissé rentrer à la maison avec un drainage dans l'estomac pour drainer le liquide purulent.

Comme le pus sortait encore de la plaie après plusieurs semaines, d'autres examens ont suivi ainsi qu'une autre opération plus importante. Lors de celle-ci, un morceau de l'intestin a dû être enlevé pour la première fois. On m'a diagnostiqué la maladie de Crohn. C'était au printemps 1989. Je n'avais aucune idée de ce que cela signifierait pour moi, pour mon avenir personnel ou professionnel. J'étais totalement anxieux et j'avais PEUR.

Après quelques mois de traitement de suivi avec de nombreux médicaments qui m'étaient inconnus et de rétablissement, j'ai pu reprendre lentement mon travail quotidien.

Au cours des mois et des années qui ont suivi, j'ai heureusement eu peu de troubles de santé. L'évolution était si bonne que je n'y ai bientôt plus pensé. J'ai obtenu un diplôme en télécommunications/informatique à l'université des sciences appliquées, puis un autre diplôme en génie indus-triel et la responsabilité dans ma profession a de plus en plus augmenté.



Durant l'année 1999, la situation professionnelle était difficile et la charge de travail très lourde. Au printemps 2000, tout devait aller mieux. Le mariage était annoncé, suivi d'un voyage de quatre mois autour du monde. La joie anticipée était grande ... et puis vint le trouble-fête. Le samedi de Pâques, une bonne dizaine d'années après la première poussée, j'ai soudain eu de très fortes douleurs au ventre. J'ai tout de suite su que la maladie de Crohn était de retour. Un séjour hospitalier de plusieurs semaines a suivi. Les spécialistes ont essayé en vain de contrôler la rechute avec des médicaments. Elle a été suivie pour la deuxième fois d'une intervention chirurgicale avec ablation d'un autre morceau d'intestin. J'étais dévasté. Je croyais fermement que je n'aurais plus jamais à souffrir d'une poussée. Je m'étais accroché à l'espoir d'un mauvais diagnostic, mon château de cartes s'est effondré et j'étais terrifié!

La peur de l'avenir, la peur de ne pas retrouver une «vie normale», la peur de ne plus pouvoir faire face au stress, de ne plus satisfaire, voire la peur de perdre mon emploi. La peur de la prochaine poussée, la peur des problèmes relationnels causés par la maladie, la peur des examens médicaux constants et de l'hospitalisation, la douleur ...

Je ne pouvais plus m'endormir, je restais souvent éveillé longtemps le soir et j'avais peur. De vraies crises d'angoisse ont suivi, avec les pieds froids, la sueur sur le front, la tachycardie ... la peur de la peur!

Dans les mois qui ont suivi, j'ai essayé diverses choses pour maîtriser la peur: de nombreuses conversations avec ma femme, mes amis et ma famille, des exercices de relaxation, un entraînement autogène, de la kinésiologie, etc. Lentement, petit à petit, les choses se sont améliorées. Ma vie s'est normalisée.

Des craintes mineures subsistaient. Par exemple, en cas de maux d'estomac ordinaires ou de grippe, des pensées de la maladie de Crohn me traversaient à nouveau la tête.

Courte biographie Patrick Widmer

Je m'appelle Patrick Widmer, j'ai 51 ans, je suis marié et je vis avec ma femme et deux chattes dans le village viticole de Bündner à Zizers. J'ai grandi à Arosa.

Mes passe-temps favoris sont les voyages et la plongée. J'aime plonger et explorer le monde sous-marin dans différents endroits. L'hiver, je trouve l'équilibre dans ma vie professionnelle en skiant ou en lisant.

Après avoir obtenu mon diplôme d'ingénieur télécom, j'ai travaillé quelques années à Winterthur avant de retourner dans les Grisons. J'ai terminé mon post-grade en économie d'entreprise et j'occupe depuis plus de 20 ans des postes de direction chez Swisscom. Dans ce rôle, j'ai également ressenti le besoin de m'engager plus intensément auprès des gens.

Loin de la technologie, vers l'individu. Fin 2008, j'ai décidé de poursuivre le développement et la professionnalisation de mes compétences sociales grâce à une formation solide en tant que coach et superviseur à l'Institut des sciences sociales appliquées de Bad Ragaz. Depuis l'obtention de mon diplôme, je travaille dans mon propre cabinet dans un domaine professionnel passionnant comme coach et superviseur.

Vous trouverez des détails sur mon parcours professionnel dans mon CV sur mon site: www.cso-widmer.ch

Il y a quelques années, j'ai commencé à m'occuper des questions de la vie et j'ai décidé de poursuivre ma formation continue en tant que coach et superviseur. Au cours de la formation, j'ai eu des échanges intensifs avec moi-même, beaucoup réfléchi, cogité et travaillé avec moi-même. J'ai appris à connaître un nouveau modèle qui m'a beaucoup aidé sur mon chemin, la logosynthese®*. Dans mon travail de coach, j'utilise très souvent et avec plaisir le modèle à succès. Il est idéal pour résoudre les peurs et les blocages.

En travaillant avec la logosynthese®, j'ai réussi à laisser derrière moi beaucoup de craintes. Quand je me souviens des nombreux jours que j'ai passés à l'hôpital, je n'ai plus de tachycardie, je ne panique plus en cas d'une indigestion, les pensées d'un examen futur ne me font plus trembler. Je suis plus à l'aise avec la maladie. Je détermine ma vie, je planifie mon avenir, je ne laisse pas ma vie être dictée par la maladie de Crohn.

* Les maladies causent la peur, la souffrance crée la colère, la douleur et le chagrin. L'imagination et les attentes surgissent quant à ce qu'aurait dû être la vie. Les traitements, les examens et les médicaments causent de l'anxiété. Les opérations sont des situations douloureuses et stressantes, qui ont aussi une forte influence sur notre image corporelle.

La logosynthese® est un nouveau système complet pour le développement personnel. Elle est utilisée dans le coaching, la psychothérapie, le conseil – ainsi que dans l'aide à l'auto-assistance.

La logosynthese utilise le potentiel ancien des mots – élégant et efficace. Elle libère l'énergie vitale liée et la rend disponible à l'homme dans l'ici et maintenant. Le modèle a été développé par le Dr Willem Lammers et est basé sur une approche holistique cohérente.

DES ÉTATS INFERNAUX



**Andrea C.
Messora**

Parfois le chemin vers le paradis mène en enfer, mais cela vaut la peine de le suivre!

Au printemps 2002, j'ai vécu trois mois à Florence. De nombreux palais, parcs, églises, ponts mais aussi des peintures et sculptures ramènent encore aujourd'hui les visiteurs au temps de la Renaissance, qui avait rendu Florence célèbre et puissante. Sur les plus petits espaces, dans la ville au bord de l'Arno, vous pouvez admirer des œuvres d'une valeur inestimable comme par exemple le David. C'est un sentiment particulier que de déambuler dans la ville en prenant conscience que des personnes telles que Leonardo Da Vinci ou Michel-Ange sont passés, il y a beaucoup d'années, dans ces mêmes ruelles.

Pour moi, le dôme de Santa Maria del Fiore est l'édifice le plus gigantesque de la ville. La quatrième plus grande cathédrale du monde a été inaugurée en l'an 1436 par le pape Eugène IV et est depuis lors l'emblème de Florence.

Je me souviens très bien de la première fois où j'ai traversé la Via dei Pecori, qui mène à la Piazza del Duomo. A chaque pas, j'étais littéralement ébahi par la splendeur du dôme et devais marquer un temps d'arrêt pour capturer la vue.

J'ai entendu des indigènes dire qu'il ne faut pas rater l'occasion d'escalader le dôme et d'admirer la magnifique vue. On m'a conseillé de prendre les 463 marches sous mes pieds tôt le matin. Car à partir de dix heures, il y a une file d'attente sans fin de touristes sur la Piazza del Duomo.

Je me suis donc achetée un billet et j'ai grimpé marche après marche vers mon objectif. Le chemin entre le mur extérieur et intérieur du dôme monte généralement par des escaliers en colimaçon. A droite, à gauche, en haut et en bas, on est entourés de grosses pierres noires. On n'a pas beaucoup d'espace, ce qui explique aussi le système à sens unique. De petites lampes fournissent un peu de lumière et à travers les petites fenêtres on peut estimer approximativement où on est. L'air est agréable-



ment frais. J'ai grimpé sans problème. Peu avant l'arrivée, c'est devenu plus lumineux et le chemin entre les deux murs du dôme a pris fin. J'ai suivi les quelques personnes qui avaient la même intention avant moi. Je me tenais donc sur le seuil d'un balcon étroit, qui bordait l'ensemble de la coupole du dôme d'un diamètre de 45 mètres. Maintenant, on avait l'occasion unique d'admirer les énormes fresques à l'intérieur de la coupole du dôme.

Soudain, j'ai l'impression que la double quantité de sang me coule dans les veines. Mon cœur bat si violemment que chaque battement résonne dans tout mon corps. Mes jambes risquent d'arrêter soudainement de me porter. Je retiens mon souffle et je me mords la lèvre inférieure avec mes dents. Mes mains serrent involontairement les poings. Le chaud et le froid traversent mon corps. Mille pensées me passent par la tête rapidement comme l'éclair et de façon désorientée. Je ne me reconnais ni moi-même ni toutes ces réactions.

Je n'ai plus besoin de mentionner qu'à ce moment-là, ni les fresques de Vasaris ni le bâtiment révolutionnaire en coupole de Brunelleschi ne m'intéressaient.

Mais je n'avais pas le choix. En raison du système à sens unique, il n'y avait que le chemin au-dessus du balcon. Sans maîtriser, j'ai posé un pied devant l'autre sur l'étroit balcon à 55 mètres de hauteur. Ma main droite mouillée a serré la rampe en pierre. Je ne regardais ni dans les profondeurs ni dans les hauteurs. Tout simplement tout droit. Mon objectif était une petite porte juste en face de mon emplacement actuel. J'ai pu déguster pleinement mon anxiété. Contrairement à moi, les gens devant moi n'avaient pas comme but de marcher le plus vite possible sur le balcon. Ils prenaient leur temps, admiraient les fresques et prenaient des photos. Comme il n'était pas possible de dépasser sur le sentier étroit, j'ai fermé les yeux et j'ai attendu qu'on me permette de faire un pas de plus. Je pus enfin quitter le balcon. Quand je fus de nouveau en sécurité entre le mur extérieur du dôme et le mur intérieur du dôme, toutes les craintes avaient disparu aussi vite qu'elles étaient apparues. La dernière étape était de nouveau un jeu d'enfant.

En arrivant au sommet, on m'a présenté une photo de superlatifs. Une vue fantastique sur cette ville unique. Bien que je fusse maintenant à plus de 80 mètres du sol, j'allais très bien. Je me suis assise sur un banc et j'ai laissé mon regard vagabonder sur la mer d'innombrables toits de tuiles rouges, qui étaient sans cesse interrompus par un palais, une église ou un parc.

Depuis lors, j'ai encore et encore visité Florence. Bien que j'aie souffert de peurs angoissantes pendant l'ascension, je grimpe à nouveau au dôme à chaque visite. Je vis ces états terribles dans la conscience que ce qui m'attend en haut sera spectaculaire.

CONTACTS



Gabriela Bretscher

6003 Lucerne
www.jados.ch
info@jados.ch



Patrick Widmer

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



Diana Dietrich

3012 Berne
diana@crohn-coaching.ch

Adresses pour les personnes souffrant de troubles anxieux et de dépression

Organismes d'entraide et associations de patients

Aide contre la peur et la panique Suisse / Angst- und Panikhilfe Schweiz (aphs)

Hotline 0848 801 109

E-mail: aphs@aphs.ch

www.aphs.ch

EQUILIBRIUM

Association de gestion de la dépression

Téléphone 0848 143 144

E-mail: info@depressionen.ch

SOS: help@depressionen.ch

www.depressionen.ch

Info-Entraide Suisse –

Assistance de groupes d'entraide

Téléphone 0848 810 814

E-mail: info@selbsthilfeschweiz.ch

www.selbsthilfeschweiz.ch

GRAAP

Groupe d'accueil et d'action psychiatrique

Téléphone 021 647 16 00

Fax 021 643 25 83

info@graap.ch

www.graap.ch

VASK

Organisation faitière de l'association des proches des personnes souffrant de maladies psychiques

Téléphone 044 240 12 00

E-mail: info@vask.ch

www.vask.ch

Fondation Suisse Pro Mente Sana

Conseils sur les questions sociales, juridiques et
psychologiques

Téléphone 0848 800 858

www.promentesana.ch

RSP Réseau Santé Psychique Suisse

Informations sur les alliances contre la dépression

Téléphone 031 350 04 04

www.npg-rsp.ch

Alliances contre la dépression

Appenzel Rhodes-Extérieures: www.buendnis-depression.ar.ch

Appenzel Rhodes-Intérieures: www.buendnis-depression.ai.ch

Bâle-Ville (Alles Gute): www.allesgutebasel.bs.ch

Berne: www.berner-buendnis-depression.ch

Genève: www.alliance depression.ch

Les Grisons: www.bb gd.ch

Lucerne: www.kantonsarzt.lu.ch/index/luzerner_buendnis

Soleure: www.solothurner-buendnis.so.ch

Saint-Gall: www.forum-psychische-gesundheit.ch

Thurgovie: www.buendnis-gegen-depression.tg.ch

Zoug: www.zugerbue ndnis.ch

Associations professionnelles

SSAD

Société Suisse des Troubles Anxieux et de la Dépression

E-mail: info@sgad.ch

www.sgad.ch



Crohn Colite Suisse
5000 Aarau
www.crohn-colite.ch

Compte postal: 50-394-6
0800 79 00 79
bienvenue@crohn-colite.ch

Avec l'aimable soutien de:



abbvie