



IPOCONDRIA DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI

DOTT.SSA GIUSEPPINA DILENA

DIRIGENTE PSICOLOGO

SERD-SALUTE MANTALE ASP N° 2 DI CALTANISSETTA

I TEMI DELLA «LEZIONE»

- 1. CLASSIFICAZIONE SECONDO I DSM
- 2. EPIDEMIOLOGIA
- 3. DECORSO E DIAGNOSI DIFFERENZIALE
- 4. IL MODELLO COGNITIVO
 - 1. BIAS COGNITIVI
 - 2. RISPOSTE COMPORTAMENTALI
- 5. ASSESSMENT E CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO
- 6. IL CONTRATTO TERAPEUTICO
- 7. LA RELAZIONE TERAPEUTICA
- 8. STRUMENTI DIAGNOSTICI
- 9. LA TERAPIA
 - 1. INTERVENTO COMPORTAMENTALE
 - 2. INTERVENTO COGNITIVO

1. CLASSIFICAZIONE SECONDO I DSM

- L' ipocondria è stata eliminata dalle categorie diagnostiche del DSM 5 (APA 2013)
- I criteri diagnostici che la descrivevano nel precedente DSM IV-TR (APA 2000) oggi vengono fatti rientrare in due categorie:
 - «Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati»
 - «Disturbo da ansia di malattia»
- Il disturbo da sintomi somatici:
 - Raccoglie il 75% dei soggetti precedentemente diagnosticati come ipocondriaci
 - Il criterio centrale è rappresentato dalla presenza di «sintomi somatici che provocano disagio o portano alterazioni significative nella vita quotidiana (criterio a del dsm 5)
- Il Disturbo da Ansia di Malattia:
 - Raccoglie il restante 25% (ex ipocondriaci)
 - È rappresentato da elevata ansia per la salute nonostante l'assenza di sintomi fisici

FATTORI DI RISCHIO

- Tra i fattori di rischio si annoverano i fattori temperamentali (es. nevroticismo), i fattori ambientali (es. scarsa scolarizzazione, basso status socio-economico, recenti eventi di vita stressanti) e i modificatori del decorso (caratteristiche demografiche, abusi o avversità durante l'infanzia, concomitante malattia organica cronica, disturbo psichiatrico, stress, fattori sociali di rinforzo come l'indennità di malattia).
- I fattori cognitivi che influenzano il decorso clinico, la sensibilizzazione al dolore, l'accresciuta attenzione alle sensazioni fisiche, l'attribuzione dei sintomi a una possibile malattia organica.
- Da considerare gli aspetti legati alla cultura di appartenenza

CLASSIFICAZIONE DEL DSM IV-TR IPOCONDRIA

- Il soggetto è preoccupato di avere, o è certo di avere, una grave malattia. Tale preoccupazione è basata su un'interpretazione catastrofica di propri sintomi fisici.
- La preoccupazione nel soggetto si mantiene nonostante le opportune valutazioni e rassicurazioni mediche
- La convinzione di cui al criterio A non risulta di intensità delirante (come nel disturbo delirante, tipo somatico) e non è limitata a una preoccupazione circoscritta all'aspetto fisico (come nel disturbo da distorsione corporea).

La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti.

La durata dell'alterazione è di almeno 6 mesi.

La preoccupazione non è meglio attribuibile a disturbo d'ansia generalizzato, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo di panico (senza agorafobia e con agorafobia), episodio depressivo maggiore, ansia di separazione, o un altro disturbo somatoforme.

Specificare se:

con scarso insight: se, per la maggior parte del tempo durante l'episodio in atto, la persona non è in grado di riconoscere che la preoccupazione di avere una malattia grave è eccessiva o irragionevole.

DISTURBO DA ANSIA DI MALATTIA DSM V

- A. Preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia.
- B. I sintomi somatici non sono presenti o, se presenti, sono di lieve intensità. Se è presente un'altra condizione medica o vi è un rischio elevato di svilupparla (per es., in presenza di importante familiarità), la preoccupazione è chiaramente eccessiva o sproporzionata.
- C. E' presente un elevato livello di ansia riguardante la salute e l'individuo si allarma facilmente riguardo al proprio stato di salute.
- D. L'individuo attua eccessivi comportamenti correlati alla salute (per es. controlla ripetutamente il proprio corpo, cercando segni di malattia) o presenta un evitamento disadattivo (per es. evita visite mediche o ospedali).
- E. La preoccupazione per la malattia è presente da almeno 6 mesi, ma la specifica patologia temuta può cambiare nel corso di tale periodo di tempo.
- F. La preoccupazione riguardante la malattia non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale, come il disturbo da sintomi somatici, il disturbo di panico, il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo di distorsione corporea, il disturbo ossessivo-compulsivo o il disturbo delirante di tipo somatico

DISTURBO DA ANSIA DI MALATTIA

- 1. Tipo richiedente l'assistenza: assistenza medica usata frequentemente
 2. Tipo evitante l'assistenza: assistenza medica usata raramente o mai
- - La maggior parte degli individui ipocondriaci è ora classificata come avente il disturbo da sintomi somatici; tuttavia, in una minoranza di casi, si applica invece la diagnosi disturbo di ansia di malattia

IL DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI, DSM 5

- Presenza di uno o più sintomi somatici che causano disagio o alterazioni significative nella vita quotidiana del soggetto
- I pensieri sono sproporzionati rispetto alla gravità dei sintomi, con un elevato livello di ansia per la propria salute
- Dev'essere presente almeno uno dei seguenti criteri correlati ai sintomi somatici:
 - Pensieri persistenti e sproporzionati riguardo alla gravità dei sintomi
 - Un livello dell'ansia continuamente elevato riguardo alla propria salute
 - Notevole quantità di tempo ed energie dedicate alla propria salute o alle preoccupazioni per essa

NEL DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI:

Specificare:

- Con dolore predominante (ex dolore algico)
- Con dolore persistente (decorso con sintomi gravi, marcata compromissione e durata di 6 mesi)

LE PREOCCUPAZIONI POSSONO RIGUARDARE:

- **Le funzioni corporee (ritmo cardiaco, frequenza respiratoria, ecc)**
- **Alterazioni fisiche di lieve entità (piccole ferite, saltuarie allergie, ecc)**
- **Sensazioni vaghe indistinte e confuse (cuore affaticato, vene doloranti, ecc)**

DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI NEI BAMBINI

Gli autori del DSM-5 segnalano che “i sintomi più comuni sono dolore addominale ricorrente, mal di testa, spossatezza, nausea e vomito”, mentre la preoccupazione rispetto alla malattia tende a comparire solo con l’età adolescenziale. Viene sottolineata l’importanza della reazione dei genitori rispetto ai sintomi, “in quanto ciò potrebbe determinare il livello di disagio associato” e per il ruolo del genitore nel determinare il ricorso alle cure (ma anche, ad esempio, quanto può essere ridotta la frequenza scolastica)

ALESSITIMIA

C'è condivisione sul fatto che le persone affette da questo tipo di disturbi hanno difficoltà ad accedere ed etichettare le proprie emozioni, incapacità definita da Sifneos (1973) come alessitimia (letteralmente difficoltà a nominare le emozioni).

Nel “Manuale di Psicomatica” (2011) Grandi, Farinelli e Fava, rifacendosi a numerosi studi spiegano come nell'ambito della psicomatica si possano individuare una serie di fattori che concorrono allo sviluppo del disturbo: alessitimia (incapacità di accedere e riconoscere, nominandole le proprie emozioni), stress, stress cronico e carico allostatico (prezzo dell'adattamento), eventi stressanti nelle prime fasi di vita, caratteristiche di personalità di tipo A, C, D, depressione, ansia, relazioni familiari, supporto sociale.

STILE DI VITA DA MALATO

- - Elementi culturali (cattolici / protestanti - nordici /mediterranei)
 - Elementi familiari
 - Vantaggi secondari
 - Sindrome da risarcimento

TERAPIA DEL DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI E DISTURBI CORRELATI

- Trattandosi di disturbi complessi, le linee guida invitano a tener conto nella valutazione e nel trattamento delle diverse specificità coinvolte, offrendo un trattamento che consideri la persona nel suo insieme. In particolare, l'APA (American Psychiatric Association) pone l'accento sul fatto che l'attuale sistema di classificazione DSM-5, a differenza del precedente DSM-IV che si focalizzava molto sui sintomi non spiegabili da un punto di vista medico (MUS=Medically Unexplained Symptoms), enfatica il grado in cui i pensieri, le emozioni e i comportamenti della persona relativamente ai propri **sintomi somatici** sono sproporzionati o eccessivi

QUESTA IMPOSTAZIONE PERMETTE DI FAR SÌ CHE LE PERSONE POSSANO ACCEDERE A TRATTAMENTI SPECIFICI PER QUESTI SINTOMI. QUESTO PERMETTE DI SUPERARE LA DICOTOMIA MENTE E CORPO, INVITANDO IL CLINICO A FARE UNA VALUTAZIONE GLOBALE E APPROFONDATA DELLA SITUAZIONE, CERCANDO DI PROPORRE DI CONSEGUENZA UN TRATTAMENTO ALTRETTANTO COMPRENSIVO DI QUESTA COMPLESSITÀ.

IN PARTICOLARE, L'APA PER IL DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI RACCOMANDA «UN TRATTAMENTO CHE AIUTI A CONTROLLARE I SINTOMI E AIUTI LA PERSONA A FUNZIONARE NELLA MANIERA PIÙ NORMALE POSSIBILE.

QUESTO COMPORTA L'AVERE VISITE REGOLARI CON UN PROFESSIONISTA DI FIDUCIA CHE POSSA FORNIRE SUPPORTO, CONTENIMENTO E MONITORAGGIO DEI SINTOMI, EVITANDO ECCESSIVO RICORSO A TEST E TRATTAMENTI NON NECESSARI»

TERAPIA C-C

- alfabetizzazione emotiva,
- la sostituzione dei pensieri disfunzionali con pensieri più funzionali,
- una diminuzione dell'attenzione focalizzata in maniera rigida e monotematica,
- la gestione più adattiva di eventi stressanti,
- l'elaborazione di memorie traumatiche,
- un accesso più consapevole ai propri bisogni,
- una comunicazione maggiormente assertiva,
- un miglioramento delle strategie di coping
- una interazione con l'altro maggiormente funzionale

- Per questi motivi, si propone un intervento che, a seconda dei casi, oltre alla psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT), possa attingere, ove necessario, ad altri trattamenti evidence-based quali la Mindfulness (CBT di terza ondata) e l'elaborazione del trauma e l'installazione di risorse tramite l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reproces

L'APA PRECISA INOLTRE CHE «LA PSICOTERAPIA PUÒ AIUTARE IL CAMBIAMENTO INDIVIDUALE DEI PENSIERI E DEI COMPORTAMENTI, ATTRAVERSO L'APPRENDIMENTO DI NUOVE STRATEGIE PER GESTIRE IL DOLORE, LO STRESS E MIGLIORARE IL PROPRIO FUNZIONAMENTO».

ALL'INTERNO DELLE LINEE GUIDA NICE (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE) ESISTONO STUDI CHE HANNO VALUTATO POSITIVAMENTE E CONTINUANO A VALUTARE IL TRATTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE (CBT= COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY) SUL DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI E DISTURBI CORRELATI.

IN PARTICOLARE, ESISTONO STUDI CHE STANNO VALUTANDO L'EFFICACIA DELLA MINDFULNESS (CBT-TERZA ONDATA) SUL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DA SINTOMI SOMATICI E DISTURBI CORRELATI

2. EPIDEMIOLOGIA

- Difficile da definire la prevalenza perché risulta arduo il doverne riconoscere l'origine psicologica
- Tra il 30% e l'80% i pazienti che si rivolgono al medico lamentando una **sintomatologia che non ha poi riscontri oggettivi** (Leveni, lussetti e piacentini 2011)
- Si stima ad ogni modo che la **sua prevalenza** all'interno del contesto di medicina generale possa oscillare tra lo 0,8% e l' 8,5% (Creed e barsky 2004)
- Colpisce in modo indifferenziato uomini e donne
- Età d'esordio, tra i 20 e i 30 anni

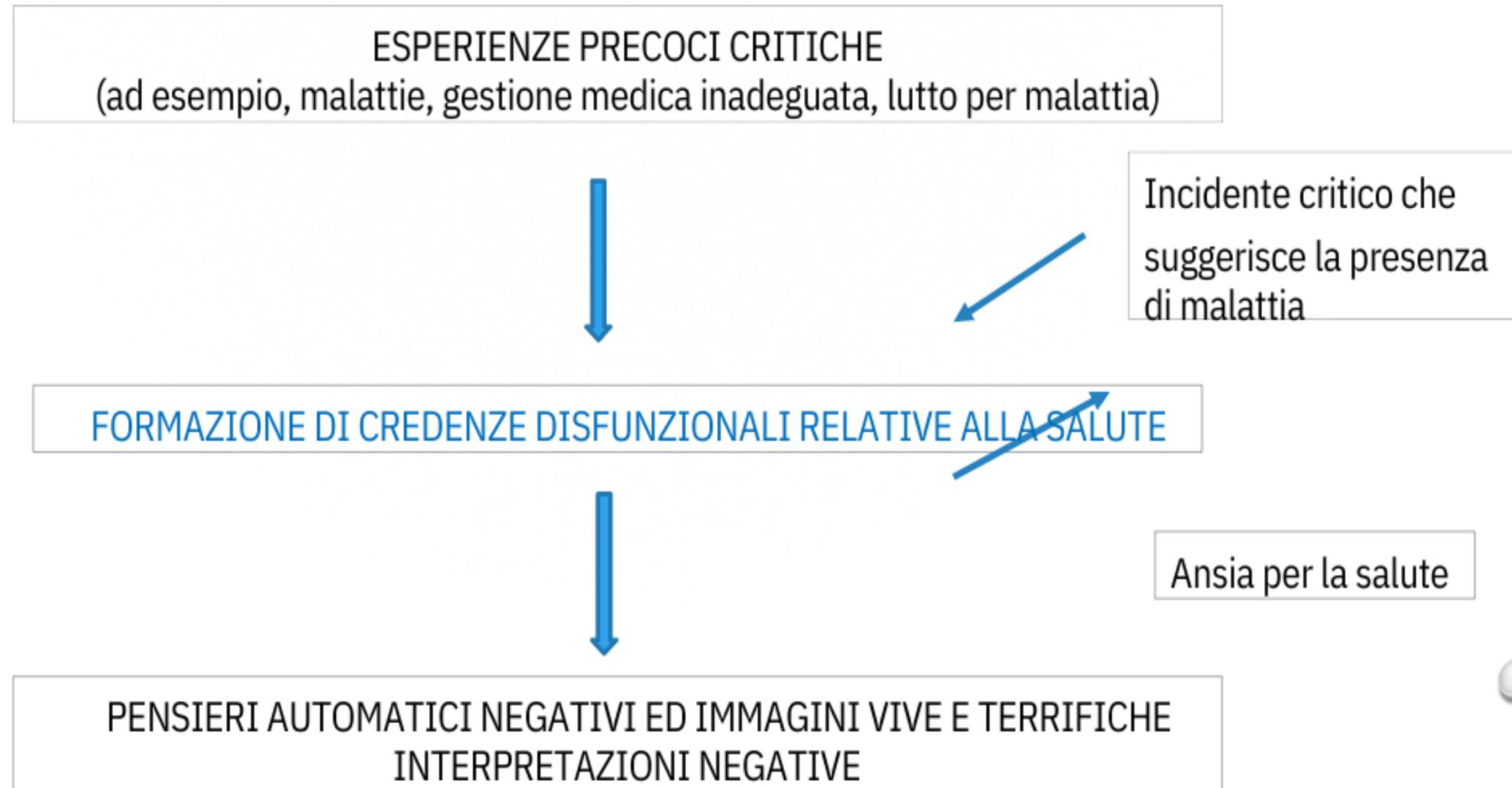
3. DECORSO E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- L'andamento del disturbo, se non trattato, può essere cronico e può avere episodi acuti di mesi o anni in modo non sistematico
- Rilevabile il grande ricorso al sistema sanitario nazionale, con grave dispendio anche dal punto di vista economico in una sorta di regressione senza fine tra accertamenti ed esami
- Alcuni autori differenziano l'ipocondria dal disturbo da sintomi somatici: la prima più riconducibile alla paura di avere una malattia specifica, di solito molto grave (ad es. tumore); il secondo più relativo a sintomi somatici quali ad esempio emicrania, colon irritabile, gastrite, dolori osteo-articolari, acufeni...
- Differenziare da altri disturbi
 - **Depressione**, spesso sono presenti pensieri relativi alla morte e alla malattia, ma secondari alla deflessione dell'umore con perdita di interessi e associabile ad almeno 4 sintomi di diverse aree (disturbo dell'appetito, del sonno, astenia, agitazione o rallentamento psicomotorio, difficoltà di concentrazione, idee di morte o autolesive, senso di colpa o autosvalutazione)
 - **Disturbo d'ansia generalizzata**, sono presenti preoccupazioni riferibili a contesti diversi, non solo alla malattia e riguardanti anche altre persone
 - **Doc**, in questo disturbo è centrale la paura di essere responsabili di contrarre una malattia e di contagiarla a qualcuno. Nella ipocondria la paura è di avere una malattia
 - **Disturbo di panico**, qui la paura e le sensazioni corporee sono legate ad un disastro imminente, nell'ipocondria l'evento temuto è indefinito nel tempo

4. IL MODELLO COGNITIVO

- Elemento centrale nel modello cognitivo e ricorrente nella vita di un paziente ipocondriaco è la correlazione con gravi episodi di malattia o morti accaduti a persone vicine. □ da qui la costituzione di CREDENZE DISFUNZIONALI:
 - «Ogni cambiamento o sensazione inattesa nel corpo è sempre un segno di malattia»
 - «Se non vai dal medico appena noti qualcosa di strano, poi potrebbe essere tardi»
 - «Possiamo essere colpiti da malattie fatali in ogni momento senza preavviso»
 - «Un malessere fisico intenso e perdurante nel tempo di cui non si conosca l'origine è sempre un segno di malattia»
 - Chiedere quali temi si nascondano dietro tali affermazioni ?????????
- Nucleo centrale nel modello cognitivo della ipocondria è il **mantenimento dato dalla interpretazione catastrofica di normali sensazioni fisiche**, lette come segni prodromici di gravi malattie per cui non c'è rimedio e per cui non si possa tornare indietro
- Secondo il modello cognitivo di Salkovsis (Salkovsis1989; Warwick e Salkovsis 1989) la tendenza ad interpretare i segnali del proprio corpo è da correlarsi ad **esperienze passate di malattia** che hanno colpito direttamente il soggetto o persone a lui care □ con idee disfunzionali sulla propria salute e sulla professione medica.
- **Antecedenti fondamentali** per attivare le credenze disfunzionali possono essere: **insorgenza di sintomi ignorati in precedenza o «nuovi»; la morte di un parente o persona conosciuta, specie se improvvisa; la cattiva gestione medica di un problema di salute che stenta a risolversi** (Leveni, Lusetti e Piacentini 2011)

IL MODELLO COGNITIVO DELL'IPOCONDRIA DI SALKOVSKIS (1989)



ESEMPIO DI ABC PRIMARIO, SEQUENZIALE E SECONDARIO

A primario □	B	C
«stavo cucinando e ad un certo punto ho sentito uno strano dolore al collo»	«che sarà? Non avrò mica un nodulo?»	«ho sentito il cuore battere forte e mi sono agitata, non riesco più a stare ferma. Ho concentrato la mia attenzione sul collo»
A sequenziale □	B	C
«ho sentito il cuore battere forte e mi sono agitata, non riesco più a stare ferma. Ho concentrato la mia attenzione sul collo»	«ho pensato che effettivamente non l'avevo mai provato e che poteva essere il segno di qualcosa di brutto, di una malattia»	«ho provato ancora più ansia e a quel punto non sono più riuscita a cucinare e ho chiamato mio marito per chiedergli di tornare a casa il prima possibile»
A secondario □	B	C
«ho provato ancora più ansia e a quel punto non sono più riuscita a cucinare e ho chiamato mio marito per chiedergli di tornare a casa il prima possibile»	«sono proprio una persona fragile: guarda come mi trovo a 40 anni, ho sempre bisogno di mio marito per calmar mi»	Tristezza, demoralizzazione, voglia di piangere

I MECCANISMI DI MANTENIMENTO

- SI POSSONO SUDDIVIDERE IN ALCUNE CATEGORIE I FATTORI CHE HANNO IL RUOLO DI MANTENERE E ALIMENTARE LE FALSE CREDENZE SUL PROPRIO STATO DI SALUTE (COGNITIVI E COMPORTAMENTALI)
- IL COLLOQUIO CLINICO È MOLTO UTILE PER ESPLORARE CIASCUNA CATEGORIA E RICOSTRUIRE IN MODO APPROPRIATO IL FUNZIONAMENTO DEL DISTURBO

I MECCANISMI DI MANTENIMENTO: I BIAS COGNITIVI

- **Attenzione selettiva**

- Come in altri disturbi «ansiosi» (panico) si osserva una focalizzazione dell'attenzione sui normali processi fisiologici (es. Deglutizione, respirazione, vista...)
- Nei paz ipocondriaci osserviamo in modo specifico forte concentrazione su aspetti esteriori del proprio corpo (perdita di capelli, macchie sul corpo), secrezioni (colore della saliva, dell'urina, delle feci), oppure su dati concernenti le malattie (notizie sulle epidemie, sulle statistiche dei tumori, sulla insorgenza delle malattie)
- Inoltre tendono ad avere attenzione selettiva su un unico disturbo o malattia, trascurando i sintomi o le informazioni relativi ad altre forme di malattia
- L'abc è lo strumento che abbiamo per far emergere la funzione dell'attenzione selettiva

I MECCANISMI DI MANTENIMENTO: I BIAS COGNITIVI

- **INTERPRETAZIONI ERRONEE**

- Il **confirmatory bias** è una delle distorsioni cognitive più comuni nell'ipocondria. Si declina tramite **l'attenzione focalizzata sulle informazioni che confermano l'ipotesi negativa**, portando il soggetto a scartare quegli elementi che dimostrano invece il suo stato di buona salute. □ **L'ansia che ne consegue farà incrementare l'arousal fisiologico che a sua volta confermerà le interpretazioni erranee aumentando l'intensità dei sintomi in una spirale crescente (es. Colon irritabile)**

- **PENSIERO MAGICO**

- Possiamo definirlo come «**una credenza secondo cui si possono ottenere degli effetti nel mondo fisico attraverso delle operazioni puramente simboliche non causalmente legate a tali effetti**» (Hedman et al. 1967)
□ RIMUGINIO ANSIOSO □ comorbilità con il GAD
- Resistenti all'invito a smettere di preoccuparsi: «Se non mi preoccupo per la mia salute allora mi ammalerò» (Salkovskis et al. 2002)
- La preoccupazione implica la **possibilità di «prevenire»** («Me ne rendo conto prima») ed è anche un meccanismo di **prevenzione su base scaramantica** («Se smetto di preoccuparmi, può succedere il peggio!»).
- Inoltre, **smettere di preoccuparsi viene letto come un abbassare la guardia** e quindi come un aumento di rischio: «Se mi aspetto il peggio, reagirò al meglio, mentre se abbasso la guardia, ne rimarrò travolto»

I MECCANISMI DI MANTENIMENTO: LE RISPOSTE COMPORTAMENTALI

- **I CONTROLLI:** I pazienti effettuano sul proprio corpo continui controlli
 - Body cecking, ad esempio il palparsi l'addome continuamente o una ghiandola linfatica...
 - Controllare il battito cardiaco, lo stato di una ferita
 - Fare controlli medici, esami

A loro volta i ripetuti controlli possono essi stessi causare «lesioni» o variazioni fisiologiche che vengono lette come prova della presenza di una patologia

A	B	C
Non si rimargina una ferita	Che sarà? Non avrò mica l'hiv?	Ansia e tachicardia Medico continuamente la ferita
A	B	C
Mi medico continuamente la ferita	Non guarisce! Sicuramente ho contratto l'hiv	Ansia Vado a fare analisi specifiche
A	B	C
Ansia Vado a fare analisi specifiche	Sono la solita, mi ritrovo sempre nella stessa situazione... sono una cretina	Tristezza

I MECCANISMI DI MANTENIMENTO: LE RISPOSTE COMPORTAMENTALI

- **LA RICERCA DI RASSICURAZIONE:** i pazienti con ansia per la salute ricercano rassicurazioni attraverso vari canali:
 - Parenti e amici sono le prime persone cui fanno riferimento
 - Medico di base e specialisti
 - Internet, enciclopedia medica, forum
- Circolo che si autoperpetua: come strategia di mantenimento comporta un vantaggio iniziale □ abbassamento dell'ansia (se non ci fosse l'ansia...?). Nel medio e lungo termine alimenta il disturbo
- **La ricerca senza fine di rassicurazioni alimenta la ricezione di informazioni ambigue e diversificate tra loro, non univoche, questo rinforza le credenze di sfiducia verso i medici o verso i dati raccolti, portando addirittura ad aggiungere timori su nuove patologie prima non considerate o non conosciute.**

A	B	C
Il mal di testa non smette nonostante l'antidolorifico	Ecco, lo sapevo, ho contratto la meningite	Ansia e tachicardia Leggo su internet tutte le informazioni sulla meningite
A	B	C
Leggo su internet tutte le informazioni sulla meningite	Ecco è come immaginavo, le persone che hanno avuto mal di testa per diversi giorni sono poi morte di meningite	Ansia accresciuta Rimuginio Corro dal medico
A	B	C
Ansia Corro dal medico	Vado subito a pensare al peggio. Sono un idiota	Rabbia verso di sé

I MECCANISMI DI MANTENIMENTO: LE RISPOSTE COMPORTAMENTALI

- **EVITAMENTO:**

- «Strategicamente», i paz. **si proteggono evitando sistematicamente qualsiasi attività fisica**, risultando sempre più stanchi ad ogni movimento con l'aggravio dell'ansia. Ciò comporta un aumento della preoccupazione per la propria salute e quindi rinforza le credenze e le interpretazioni erranee.
- Alcuni paz. temono a tal punto la diagnosi della «patologia» temuta da evitare analisi e accertamenti medici
- Trascurano paradossalmente la loro salute per ciò che non temono (non fanno il pap test, fumano, assumono comportamenti «rischiosi»...)
- Per evitare i sintomi temuti fanno largo uso di farmaci sintomatici
- Mettono in atto **comportamenti protettivi** in modo eccessivo (abbigliamento troppo pesante, non escono se c'è troppo freddo...)

5. ASSESSMENT E CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO

L'ASSESSMENT PER POTER COMPRENDERE LA NATURA E IL FUNZIONAMENTO DEL DISTURBO DEVE DISTINGUERE:

- UN **ASSESSMENT CLINICO**, NEL QUALE SI RICHIEDONO INFORMAZIONI SULLE VISITE MEDICHE, SULLE ANALISI E SUGLI ESAMI EFFETTUATI, UTILI PER UNA DIAGNOSI DIFFERENZIALE DA REALI PROBLEMI ORGANICI E DA ALTRI DISTURBI (ES. CASO DI GI.)
- UN **ASSESSMENT COGNITIVO COMPORTAMENTALE**, CHE ESPLORI IL FUNZIONAMENTO DEL DISTURBO DAL PUNTO DI VISTA DEL MODELLO COG. COMP. IN QUESTA ULTIMA FASE ESPLOREMO:
 - SITUAZIONI E STIMOLI CHE ATTIVANO LE PREOCCUPAZIONI E GLI EVITAMENTI ATTUATI (STIMOLI ESTERNI)
 - SENSAZIONI FISICHE O VARIAZIONI CORPOREE PERCEPITE ALL'INIZIO (STIMOLI INTERNI)
 - CONSEGUENZE TEMUTE E LORO IMPLICAZIONI EMOTIVE (TOLLERANZA DEI PENSIERI NEGATIVI) NONCHÉ STRATEGIE DI CONTROLLO COGNITIVO (RIMUGINIO, PENSIERO MAGICO...)
 - IMPLICAZIONI PIÙ INTOLLERABILI DELLE CONSEGUENZE TEMUTE
 - COMPORTAMENTI ATTUATI NELLE SITUAZIONI PROBLEMATICHE (RICERCHE DI RASSICURAZIONE, ISPEZIONI CORPOREE, VISITE MEDICHE...)
 - COMPORTAMENTI PROTETTIVI (ASSUNZIONE DI VITAMINE O DI FARMACI, INDOSSARE ABITI PESANTI, EVITAMENTI VARI)
 - COMPORTAMENTI DI «MALATTIA» (REGOLARIZZAZIONE DI RITMI, SOSPENSIONE DI ATTIVITÀ FISICA...)
 - COINVOLGIMENTO DEI FAMILIARI E LORO REAZIONI (VANTAGGI SECONDARI)
- TUTTE QUESTE INFORMAZIONI POSSONO ESSERE RACCOLTE:
 - TRAMITE DIARI E COMPITI DI AUTOMONITORAGGIO
 - TRAMITE OSSERVAZIONE DIRETTA IN SEDUTA CON PROVE COMPORTAMENTALI
 - TRAMITE L'AUSILIO DEI FAMILIARI CHE POSSONO SUGGERIRE INDICAZIONI NON FORNITE DAL PAZ.

ESEMPI DI SCHEDE DI AUTOMONITORAGGIO

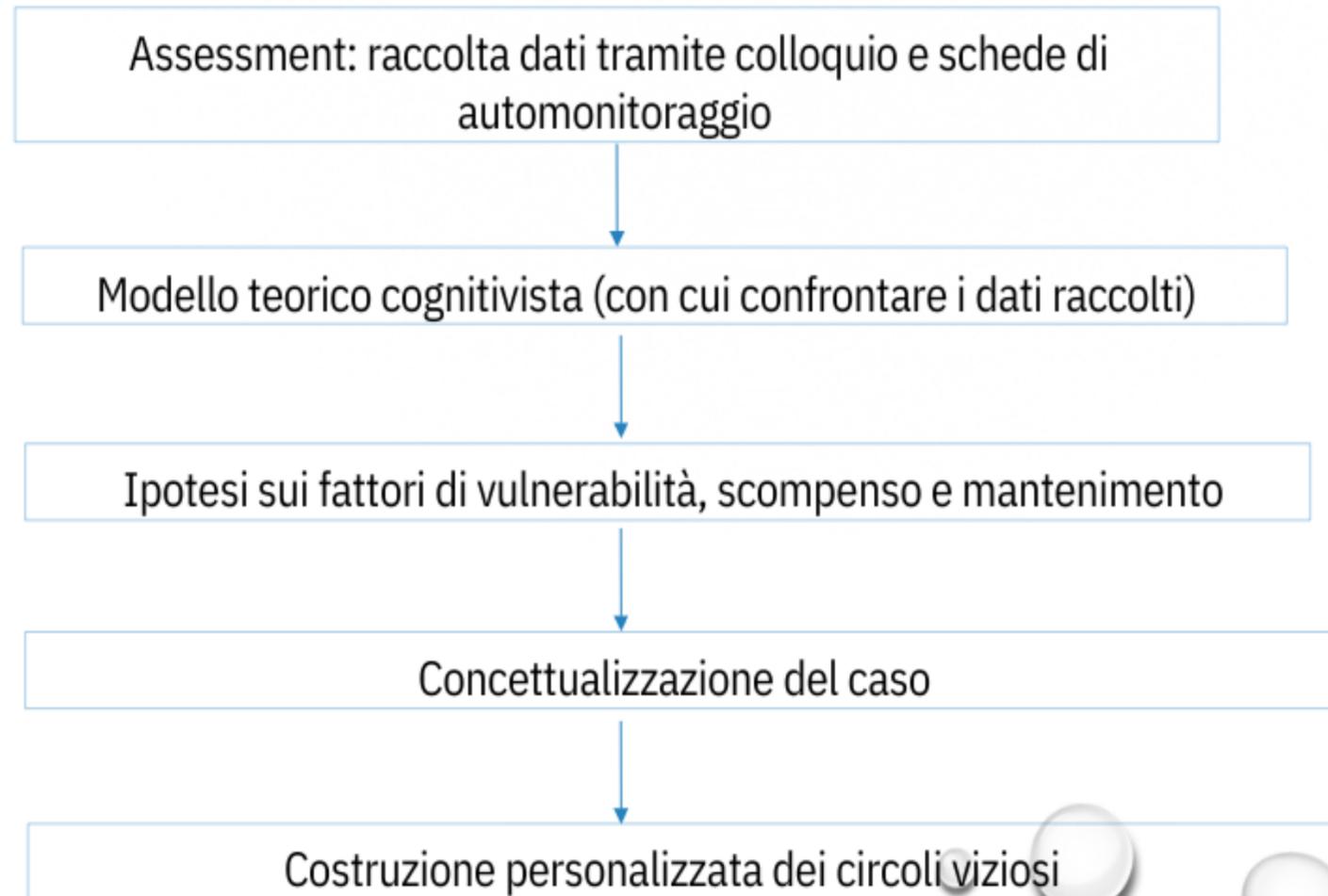
Data	Situazione	Fattori scatenanti	Emozioni	Pensiero negativo (valutare il grado di convinzione da 0 a 100)

ALTRA SCHEDA...

Data	
Sintomi fisici	
Pensieri che preoccupano (descrivi e valuta la loro frequenza da 0 a 100)	
Attenzione focalizzata sul corpo (valuta la frequenza da 0 a 100)	
Controllo dei sintomi (annota sia quello che hai fatto sia il n° di volte che hai controllato)	
Ricerca di rassicurazione (dal medico, da amici e parenti; segna quale tipo di richiesta hai utilizzato e quante volte)	
Evitamento (prendi nota di ogni evitamento e della sua frequenza su scala da 0 a 100)	
Ansia complessiva (per la valutazione impiega una scala da 0 a 100)	

ASSESSMENT...

- SUCCESSIVAMENTE AI COLLOQUI DI ASSESSMENT SI DOVRANNO RIORGANIZZARE LE INFORMAZIONI RACCOLTE E, COERENTEMENTE CON IL MODELLO TEORICO COGNITIVISTA, FORMULARE DELLE IPOTESI SUI FATTORI DI VULNERABILITÀ, DI SCOMPENSO E DI MANTENIMENTO DEL DISTURBO PER COSTRUIRE LA CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO CHE PROPORREMO AL PAZ. CON IL FINE DI PIANIFICARE MODALITÀ E OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO



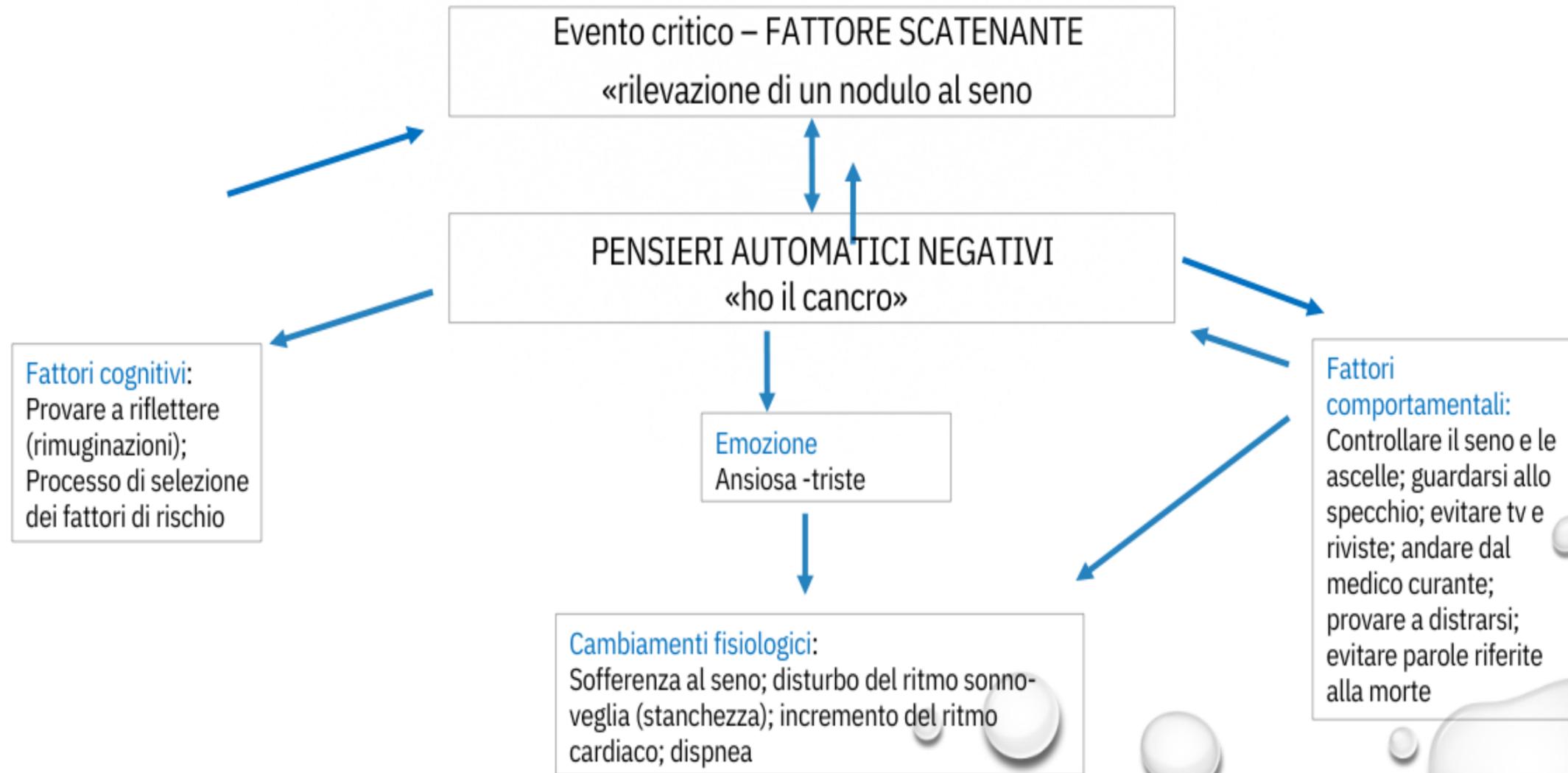
ASSESSMENT...

- EVIDENZIEREMO IL COLLEGAMENTO TRA EVENTI SIGNIFICATIVI E **LA REAZIONE EMOTIVA DEL PAZ. IN RELAZIONE A DETERMINATI TRIGGER ATTIVANTI**
- **ILLUSTREREMO IL O I CIRCOLI VIZIOSI** IN CUI IL PAZIENTE È SUO MALGRADO COINVOLTO DURANTE LE FASI ACUTE, COSTRUENDO UN MODELLO PERSONALIZZATO DEL DISTURBO.
- MOSTREREMO AL PAZ. GLI EFFETTI COGNITIVI E COMPORTAMENTALI DEL **MANTENIMENTO DEI COMPORTAMENTI PROTETTIVI, DEGLI EVITAMENTI E DEI COMPORTAMENTI DI «MALATTIA»**
- MOSTREREMO, INOLTRE, IL RUOLO **DELL'ATTENZIONE SELETTIVA NELL'ABBASSAMENTO DELLA SOGLIA SENSORIALE**
- QUESTE OPERAZIONI RIENTRANO NELLA **FASE DELLA RESTITUZIONE**. ESSA È IMPORTANTE PERCHÉ È ALLA BASE DI
- UNA BUONA ALLEANZA TERAPEUTICA, DOVE PAZ E TERAPEUTA COLLABORANO ATTIVAMENTE PER MIGLIORARE LO STATO PSICOLOGICO DEL PAZ STESSO.

ESEMPIO DI CIRCOLO VIZIOSO DEL DISTURBO

Esperienza precedente

Formazione degli schemi disfunzionali



CONTRATTO TERAPEUTICO

- DOPO LA RESTITUZIONE VIENE PROPOSTO UN CONTRATTO TERAPEUTICO, NEL QUALE CI SARÀ UN ACCORDO ESPLICITO TRA TERAPEUTA E PAZ SU OBIETTIVI A BREVE, MEDIO E LUNGO TERMINE, SULLE TECNICHE CHE SARANNO USATE E SULLE REGOLE DEL SETTING (BADARE MOLTO ALL'ESSERE RASSICURANTI)
- OBIETTIVO GENERALE SARÀ QUELLO DI GESTIRE MEGLIO I SINTOMI SOMATICI, ANCHE QUELLI SU BASE ORGANICA, E DI RIDURRE LO STRESS GENERALE CHE PUÒ FARLI AUMENTARE.
- RIDURRE IL SENSO DI SÉ COME VULNERABILE
- PORTARE IL PAZ A PASSARE DAL:
 - «POTREI ESSERE AFFETTO DA UNA GRAVE MALATTIA E AVERE POCHE POSSIBILITÀ DI CAVARMELA»
 - AL «POTREBBE ESSERE LA MIA PAURA DI AVERE UNA GRAVE MALATTIA A CREARMI ANSIA E PORTARMI AD AGIRE IN MODO ILLOGICO TANTO DA FARMELA AUMENTARE»

CON I PAZIENTI CON SCARSO INSIGHT INIZIALE...

- IL RISCHIO È DI FARE INIZIALMENTE UN **BRACCIO DI FERRO** TRA CONVINZIONI DEL PAZ. (HO REALMENTE UNA MALATTIA ORGANICA) E IL TERAPEUTA, INTENTO NEL CERCARE DI ESPLICITARE IL SUO MODELLO COGNITIVO DEL DISTURBO D'ANSIA.
- IL TERAPEUTA DOVRÀ DARE IMPORTANZA AI SINTOMI FISICI RIFERITI DAL PAZ, TRATTANDOLI COME SINTOMI SOMATICI. SULLA BASE DI QUESTO RICONOSCIMENTO SI PUÒ INNESTARE UNA BUONA ALLEANZA TERAPEUTICA. ALTRIMENTI IL RISCHIO È CHE IL PAZ SI SENTA, PER L'ENNESIMA VOLTA, **TRATTATO COME MALATO IMMAGINARIO**.
- PER CREARE MOTIVAZIONE ALL'ALLEANZA E AL TRATTAMENTO, **FARE LEVA SULLE CONSEGUENZE NEGATIVE DEL DISTURBO SULLA PROPRIA VITA**

8. STRUMENTI DIAGNOSTICI

- **HEALT ANXIETY INVENTORY (HAI)** (SALKOVSKIS ET AL. 2002). QUESTIONARIO AUTOCOMPILATO SIA COME STRUMENTO DIAGNOSTICO, SIA PER VALUTARE L'ANDAMENTO DELLA SINTOMATOLOGIA.
 - 2 VERSIONI, UNA CHE SI FOCALIZZA SULL'ULTIMA SETTIMANA E UNA CHE SI CONCENTRA SUGLI ULTIMI 6 MESI (CRITERIO DEL DSM IV-TR)
 - È COMPOSTO DA 4 SEZIONI
 - 1. CENTRATA SULLA SINTOMATOLOGIA
 - 2. INDAGA COME IL SOGGETTO SI SENTIREBBE SE SI AMMALASSE DI UNA MALATTIA DA LUI MOLTO TEMUTA
 - 3-4. INDAGANO SULLA FREQUENZA DEI COMPORTAMENTI DISFUNZIONALI: EVITAMENTI E RICERCA DI RASSICURAZIONE

Witheley Index

Witheley Index¹

Qui di seguito riportiamo alcune domande relative alla vostra salute, a cui dovrete semplicemente rispondere con un "sì" o con un "no".

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 1. | Si preoccupa spesso di poter avere una grave malattia? | Sì | No |
| 2. | È infastidito da molti dolori e malesseri? | Sì | No |
| 3. | È spesso consapevole di ciò che accade nel suo corpo? | Sì | No |
| 4. | Si preoccupa molto per la sua salute? | Sì | No |
| 5. | Ha spesso i sintomi di una malattia molto grave? | Sì | No |
| 6. | Se viene a conoscenza di una malattia molto grave (attraverso radio, TV, giornali o qualcuno che conosce) si preoccupa di poterla contrarre? | Sì | No |
| 7. | Si arrabbia se qualcuno le dice che sembra in forma quando si sente malato? | Sì | No |
| 8. | Le capita di essere infastidito/a da molti sintomi fisici? | Sì | No |
| 9. | Le è difficile distogliere l'attenzione dal suo corpo e pensare ad altro? | Sì | No |
| 10. | Le è difficile credere al medico quando le dice che non c'è niente di cui preoccuparsi? | Sì | No |
| 11. | Ha la sensazione che la gente non prenda sul serio le sue malattie? | Sì | No |
| 12. | Crede di preoccuparsi per la sua salute più della maggior parte delle persone? | Sì | No |
| 13. | Pensa che ci sia qualcosa di serio che non va nel suo corpo? | Sì | No |
| 14. | Ha paura delle malattie? | Sì | No |

9. LA TERAPIA (LE FASI)

- 1 FASE: CONDIVISIONE DEL MODELLO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DEL DISTURBO E PSICOEDUCAZIONE.
 - SARÀ ESPOSTO AL PAZ IL CIRCOLO VIZIOSO DEL DISTURBO
 - LA SUA TENDENZA A CATASTROFIZZARE E INTERPRETARE I SEGNALI DEL PROPRIO CORPO COME SEGNI DI MALATTIA
 - LA FUNZIONE DI MANTENIMENTO DEL DISTURBO DI ALCUNI PARTICOLARI FATTORI (EVITAMENTI, RASSICURAZIONE, CONTROLLI, PENSIERO MAGICO, RUMINAZIONI...)
 - SI FARÀ RIFERIMENTO IN MODO COSTANTE AGLI EPISODI CHE IL PAZ CI HA PORTATO IN FASE DI ASSESSMENT
- 2 FASE: RINFORZARE LA MOTIVAZIONE
 - IL PAZ TENDERÀ A RICHIEDERE RASSICURAZIONI, OSCILLANDO TRA LA FIDUCIA VERSO IL TRATTAMENTO ED IL MODELLO COGNITIVO E LA SFIDUCIA VERSO DI ESSO, TORNANDO ALLA SPIEGAZIONE «MALATTIA», PIÙ VOLTE NEL CORSO DELLA TERAPIA
 - SARÀ NECESSARIO RICONOSCERE IL BISOGNO DI RASSICURAZIONE, MA BISOGNERÀ ANCHE SOTTOLINEARE LA SUA FUNZIONE NEL «MANTENERE» IL DISTURBO. USARE IL FADING
 - QUANTE VOLTE SEI STATO RASSICURATO, EPPURE CIÒ NON BASTA MAI?
- 3 FASE: IDENTIFICAZIONE E CONFUTAZIONE DELLE CREDENZE DISFUNZIONALI
 - IL PAZ IN QUESTA FASE DOVRÀ IMPARARE INSIEME AL TERAPEUTA AD ANALIZZARE E CRITICARE I PROPRI PENSIERI AUTOMATICI ATTRAVERSO ALCUNE TECNICHE COGNITIVE □ METACOGNIZIONE

LA TERAPIA (LE FASI)

- 4 FASE: INTERRUZIONE DEI CIRCOLI VIZIOSI ATTRAVERSO TECNICHE COMPORTAMENTALI
 - ESPOSIZIONE ALLE SITUAZIONI IN CUI IL PAZ METTE IN ATTO COMPORTAMENTI DISFUNZIONALI CON L'AUSILIO DI **TECNICHE (ESPOSIZIONE E PREVENZIONE DELLA RISPOSTA, DILAZIONE DEL TEMPO DI RISPOSTA...)**
- 5 FASE: PREVENZIONE DELLE RICADUTE E FATTORI DI VULNERABILITÀ
 - IN QUEST'ULTIMA FASE SI PORRÀ L'ACCENTO SULLA **DIFFERENZA TRA RICADUTA E SCIVOLATA (LAPSE E RELAPSE)**, CIOÈ SUL NON CATASTROFIZZARE IN CASO DI RIAPPARIZIONE DEL DISTURBO: SARÀ L'OCCASIONE PER RAFFORZARE QUANTO APPRESO IN TERAPIA
 - SI RIVALUTANO QUALI FATTORI POTREBBERO FAR RISCATENARE:
 - IL CIRCOLO VIZIOSO, ANCHE SE IN MODO ATTENUATO (MALATTIE DI PARENTI O AMICI, MORTE DI PERSONE CONOSCIUTE O CARE, SITUAZIONI DI VITA STRESSANTI...);
 - EVENTUALI LAPSE RICONOSCIBILI ATTRAVERSO SEGNAI EMOTIVI (IRRITABILITÀ, ANSIA, RIMUGINIO...)
 - SI PENSA POI AD **UN PIANO DI ATTACCO**: CHE COSA FARE, QUANDO CHIAMARE IL TERAPEUTA...
 - **IMPIEGARE IL TEMPO «LIBERATO»** DAL DISTURBO. LA NOIA POTREBBE ESSERE TERRENO FERTILE PER RUMINAZIONI E PREOCCUPAZIONI

9.1 L'INTERVENTO COMPORTAMENTALE

ESPOSIZIONE E PREVENZIONE DELLA RISPOSTA

- TRAMITE L'ESPOSIZIONE A STIMOLI ELICITANTI IL DISTURBO, SI MOTIVA IL PAZ A NON METTERE IN ATTO LE RISPOSTE COMPORTAMENTALI SOLITE (CONSULTAZIONE DI INTERNET, RASSICURAZIONI, CONTROLLI MEDICI, CONTROLLO DELLE FECI...). QUINDI È IMPORTANTE CHE **IL PAZIENTE NON METTA IN ATTO I COMPORTAMENTI PROTETTIVI**
- **ESPOSIZIONE AGLI STIMOLI ENTEROCETTIVI** NON RICORRENDO AI SOLITI MECCANISMI PROTETTIVI (FARE LE SCALE PIÙ VELOCEMENTE AVENDO PAURA DI UNA CARDIOPATIA; NON «CONTROLLARE» LA VISTA DURANTE LA VISIONE DI UN FILM AVENDO PAURA DELLA SCLEROSI MULTIPLA...)
- **RIDURRE I COMPORTAMENTI DA MALATO** DEL PAZ: INDURLO GRADUALMENTE A NON FARE USO DI VITAMINE, FARMACI SINTOMATICI, A FARE ATTIVITÀ SPORTIVA, A DORMIRE MENO, A FARE MENO RIPOSO...

Caso clinico. Paura del tumore. Gerarchia di esposizione:

1. Pronunciare la parola tumore
2. Sentire raccontare di persone che hanno tumore
3. Leggere articoli che parlano di persone che soffrono di tumore
4. Guardare un film che racconta una storia di malattia oncologica
5. Parlare con qualcuno che ha o ha avuto un tumore
6. Recarsi in ospedale in qualsiasi reparto
7. Recarsi in ospedale a trovare una persona che ha un tumore
8. Fare le analisi del sangue
9. Andare a fare una visita specialistica in seguito alla richiesta di ulteriori esami da fare da parte del medico di base
10. Andare a fare esami specifici per escludere sospetto di tumore (colonscopia, tac...)

9.2 L'INTERVENTO COGNITIVO

- LA TERAPIA COGNITIVA CONSTA DI 3 PRINCIPALI OBIETTIVI:
 1. SI PROVVEDE A **DISCONFERMARE LE IPOTESI CATASTROFICHE** DEL PAZ, CERCANDO ALTERNATIVE SODDISFACENTI ALLE SPIEGAZIONI DEI SINTOMI
 2. SI PUNTA A **RIDIMENSIONARE LE CONSEGUENZE TEMUTE**, CONSIDERATE ALTAMENTE INTOLLERABILI DEL POSSIBILE VERIFICARSI DELL'EVENTO TEMUTO
 3. OTTENERE UNA **MAGGIORE ACCETTAZIONE DEL RISCHIO**, TOLLERANDO L'IDEA DI NON POTER AVERE TUTTO SOTTO CONTROLLO

LE TECNICHE NELL'INTERVENTO COGNITIVO

- TECNICHE DI IMMAGINAZIONE:
 - È POSSIBILE ESPORRE IL PAZIENTE IPOCONDRIACO (VALE PER TUTTI GLI ANSIOSI) ALLE SITUAZIONI TEMUTE
 - L'ASSUNTO È CHE DI SOLITO **I PAZ SI FERMANO DAVANTI ALLA PAURA DELLA MALATTIA, SENZA PREFIGURARSI LO SCENARIO** IN CUI SIANO EFFETTIVAMENTE MALATI O IL PROCESSO DI CURA EVENTUALE◻ EVITANO DI IMMAGINARSI TUTTO CIÒ, PENA IL CATASTROFIZZARE
 - SONO MOLTO UTILI **PER ELICITARE LE CONVINZIONI DISFUNZIONALI** SUL SIGNIFICATO E SULLE CONSEGUENZE DELLE MALATTIE
 - NELLA PRIMA FASE SI CHIEDE AL PAZ DI IMMAGINARE LE CONSEGUENZE DELLA MALATTIA TEMUTA, CIOÈ COME SI IMMAGINA IN QUELLA SITUAZIONE (CONSEGUENZE CATASTROFICHE)
 - NELLA SECONDA FASE SI CHIEDE ALLA PERSONA DI IMMAGINARE SEMPRE SE STESSA IN UNA SITUAZIONE IN CUI STA CURANDO QUELLA STESSA MALATTIA TEMUTA (CONSEGUENZE RISTRUTTURATE E MOLTO MENO CATASTROFICHE)
 - RIUSCIAMO COSÌ A RISTRUTTURARE:
 - **LE CONVINZIONI DISTORTE SULLE CONSEGUENZE DELLA MALATTIA** («SE MI AMMALERÒ I MIEI CARI MI ABBANDONERANNO»)
 - **LE CONVINZIONI DISFUNZIONALI SULLA VISIONE DI SÉ COME DEBOLE E VULNERABILE** («NON RIUSCIRÒ AD AFFRONTARE IL DOLORE E L'ANSIA PER TUTTI I CONTROLLI DA FARE PERCHÉ SONO UNA PERSONA FRAGILE»)

ESEMPIO DI IMMAGINAZIONE RISTRUTTURATA

- PAZIENTE CON FORTE PAURA DI AMMALARSI DI TUMORE
 - S'IMMAGINA PRIVA DI FORZE, SENZA CAPELLI, TRISTE E SENZA POSSIBILITÀ DI GODERE ANCORA DI QUALCHE ATTIMO DI FELICITÀ A CAUSA DELLA MALATTIA. TEME, IN CIÒ CHE IMMAGINA, DI NON POTER ESSERE PIÙ UNA BRAVA MADRE NON POTENDO PIÙ FAR FRONTE ALLE RICHIESTE DEL FIGLIO ESSENDO COSÌ TANTO CONCENTRATA SUI PROBLEMI DI SALUTE. INOLTRE, TEME CHE NON RIUSCIREBBE AD AFFRONTARE L'ANSIA PER OGNI NUOVO CONTROLLO MEDICO. INFINE, CHE I SUOI FAMILIARI ED AMICI, VEDENDOLA SEMPRE TRISTE E ANSIOSA, SI ALLONTANEREBBERO ESAUSTI PER I SUOI PROBLEMI DI SALUTE E DI TIPO PSICOLOGICO. TUTTO QUESTO LA FA IMMAGINARE RICOVERATA IN UNA CLINICA PSICHIATRICA CON IL PROPRIO TUMORE DA CURARE.
 - IN SEGUITO, DOPO AVER APPRESO ANCHE SE IN MODO DISORGANIZZATO QUESTE IMMAGINI, CERCA SEMPRE PER IMMAGINE DI PORTARE LA PAZ A «VEDERSI» IN UNA SITUAZIONE DI MALATTIA, CHIEDENDO CHE COSA REALMENTE PUÒ SUCCEDERE. LA PAZ INIZIA A VEDERSI UNA MADRE COMUNQUE CAPACE DI ACCUDIRE IL FIGLIO, IN VIRTÙ DELL'AMORE CHE ESSA PROVA PER LUI E DEL CORAGGIO CHE QUESTO LE INFONDE. INOLTRE, SI IMMAGINA TRISTE E PREOCCUPATA MA ANCORA CAPACE DI ASSAPORARE I MOMENTI DI FELICITÀ E SPENSIERATEZZA, CIRCONDATA DAI FAMILIARI E DAGLI AMICI CHE CERCHEREBBERO SICURAMENTE I SOSTENERLA.

LE TECNICHE NELL'INTERVENTO COGNITIVO

- **ESPERIMENTI DI ATTENZIONE SELETTIVA E PROCEDURE PARADOSSALI:**

- TALI ESPERIMENTI HANNO L'OBIETTIVO DI DIMOSTRARE CHE, FOCALIZZANDO L'ATTENZIONE SU DETERMINATE PARTI DEL CORPO, ALCUNE SENSAZIONI FISICHE DIVENTANO PIÙ EVIDENTI.
- TALI SENSAZIONI A LORO VOLTA POSSONO INNESCARE CREDENZE DISFUNZIONALI E LA COMPARSA DEI SINTOMI IPOCONDRIACI

ATTENZIONE SELETTIVA □ INTERPRETAZIONE CATASTROFICA

- **ESPERIMENTO DELLA ATTENZIONE SELETTIVA (OBIETTIVO CREDERE ALLA SPIEGAZIONE PSICOLOGICA E NON ORGANICA):**

- SI FA CONCENTRARE IL PAZ PER 2 MINUTI SU DI UNA SPECIFICA PARTE DEL CORPO (DORSO DELLA MANO, DITO DEL PIEDE...)
- POI GLI SI CHIEDE:
- CHE COSA HA NOTATO?
- ERA CONSAPEVOLE DI TALI SENSAZIONI, PRIMA DELL'ESERCIZIO?
- CHE COSA È ACCADUTO ALLE SENSAZIONI DURANTE L'ESERCIZIO?
- PER LEI, QUANTO QUESTO ASPETTO POTREBBE CONTRIBUIRE AL MANTENIMENTO DEL CIRCOLO VIZIOSO?

- **ESPERIMENTO CON PROCEDURA PARADOSSALE (OBIETTIVO DARE PIÙ CREDITO ALLA SPIEGAZIONE PSICOLOGICA DEL SINTOMO CONTRO QUELLA ORGANICA):**

- SI CHIEDE AL PAZ DI AUMENTARE IL CONTROLLO SU DI UNA PARTE DEL PROPRIO CORPO E DI AUMENTARE IN MODO CONSISTENTE LE RIMUGINAZIONI SULLE SUE PAURE
- DOPO GLI SI FANNO LE STESSE DOMANDE DELL'ESERCIZIO DELL'ATTENZIONE SELETTIVA
- ANCHE IN QUESTO CASO SI NOTERÀ L'EFFETTO DELL'ATTENZIONE E DELLE INTERPRETAZIONI SULLE REAZIONI EMOTIVE

LE TECNICHE NELL'INTERVENTO COGNITIVO

- **MODIFICAZIONE DEL BISOGNO DI RASSICURAZIONE:**

- SI ANALIZZANO I PRO E CONTRO DELLE RASSICURAZIONI
- IL FINE È QUELLO DI RENDERE IL PAZ CONSAPEVOLE SUL FATTO CHE DANNO **BENEFICIO SOLO A BREVE TERMINE**, MENTRE A LUNGO TERMINE DIVENTANO UNO DEI MECCANISMI DI MANTENIMENTO DEL DISTURBO
- È MOLTO UTILE FARE ATTENZIONE ALLE **EMOZIONI** PRIMA E DOPO LA RASSICURAZIONE, PER EVIDENZIARE **L'EFFETTO CHE QUESTA HA ANCHE SUI SINTOMI** □ POTENZIARE L' IPOTESI PSICOLOGICA DEL DISTURBO VS QUELLA ORGANICA PORTATA DAL PAZ
- PER CONVERSO SI PUÒ CONCORDARE LA CONSULTAZIONE MEDICA LADDOVE QUESTA SIA EVITATA DAL PAZ PER PAURA DI UNA DIAGNOSI INFAUSTA □ PIANO DI ESPOSIZIONE CON GERARCHIA SUD
- NELLA PREVENZIONE DELLE RICADUTE SI PUÒ CONCORDARE DI ANDARE AL MASSIMO DAL MEDICO UNA VOLTA AL MESE

Vantaggi della rassicurazione	Svantaggi della rassicurazione
«di solito riesco a tranquillizzarmi per un po' di tempo»	«dopo un po' tornano le preoccupazioni, più forti di prima»
«le preoccupazioni per un po' se ne vanno e mi lasciano la mente libera di poter fare altre cose»	«le rassicurazioni che mi sono state rivolte non funzionano più, ne ho bisogno di altre»
«mi sento capito e ascoltato da qualcuno che non minimizza o nega a priori il mio problema»	«non riesco più a credere a ciò che mi è stato detto»
	«perdo fiducia nei medici»

LE TECNICHE NELL'INTERVENTO COGNITIVO

- **IL GRAFICO A TORTA:**

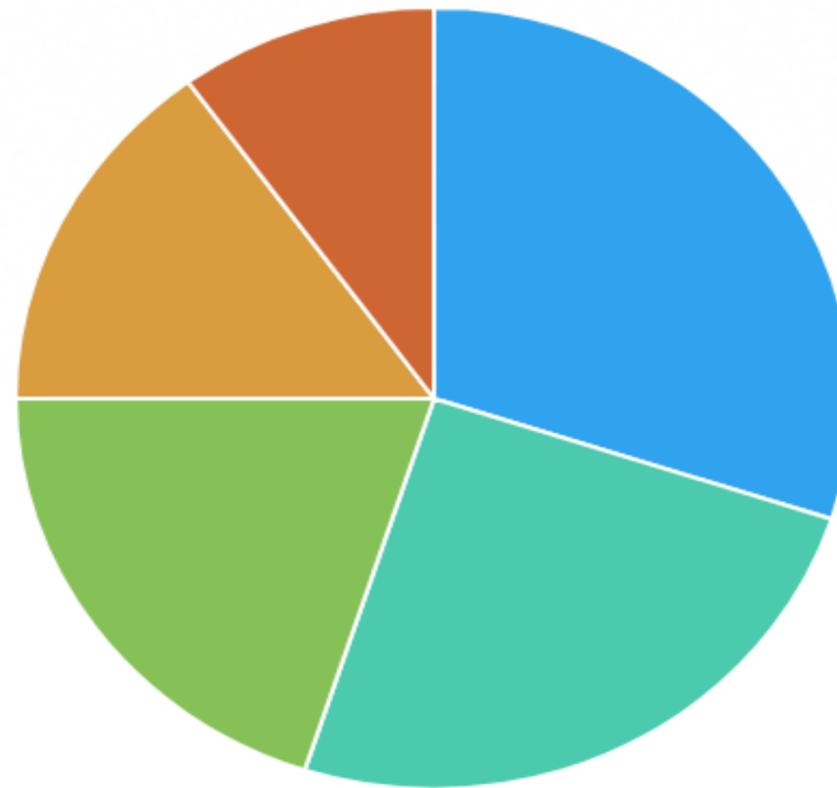
- AIUTA IL PAZ A **CONTRASTARE LA TENDENZA A SOVRASTIMARE LA GRAVITÀ DELLE CONSEGUENZE E A INDIVIDUARE DELLE SPIEGAZIONI ALTERNATIVE**
- **RAZIONALE DELLA TECNICA:**
 - SI CHIEDONO AL PAZ LA DESCRIZIONE DI UN SINTOMO E LA SUA INTERPRETAZIONE CATASTROFICA CON IL GRADO DI CONVINZIONE (AD ES. TUMORE ALLA TESTA PER MAL DI TESTA, 100%)
 - SUCCESSIVAMENTE SI CHEIDE UNA LISTA DI SPIEGAZIONI POSSIBILI CON ATTRIBUZIONE DEL GRADO DI CONVINZIONE
 - LA SOMMA DEI GRADI DI CONVINZIONE DEVE ESSERE PARI A 100

Interpretazione catastrofica: mal di testa per tumore alla testa (100%)

<i>Spiegazioni possibili</i> Sono	<i>Grado di</i>
stanco Sono agitato per quel	<i>convinzione</i> 30 25
lavoro Mi capita dopo aver	20
bevuto alcolici	15
Ho lavorato troppo al computer	10
Sarà il segno che ho un tumore	

...GRAFICO A TORTA

- INFINE SI CHIEDE AL PAZ DI RIEMPIRE IL GRAFICO A TORTA, TRACCIANDO UN SEGMENTO PER OGNI SPIEGAZIONE POSSIBILE, TENENDO CONTO CHE LA GRANDEZZA DI OGNI SETTORE CORRISPONDE AL GRADO DI CONVINZIONE
- LA CONVINZIONE DISTORTA SCENDE ANCHE DI MOLTO IN TERMINI DI GRADO DI CONVINZIONE (AD ES. DA 100 A 10)



■ sono stanco

■ mi capita dopo aver bevuto alcolici

■ ho lavorato troppo

■ sarà il segno di un tumore

■ sono agitato per quel lavoro

LE TECNICHE NELL'INTERVENTO COGNITIVO

- **LA PIRAMIDE CAPOVOLTA (WELLS 1997):**

- È UTILE PER RIDURRE LA TENDENZA A CATASTROFIZZARE E A SOVRASTIMARE LA PERCENTUALE CHE SI VERIFICHINO L'EVENTO TEMUTO

- RAZIONALE DELLA TECNICA:

- SI CHIEDE AL PAZ DI INDICARE IL NUMERO DI PERSONE COINVOLTE NELLO STESSO EVENTO TEMUTO

- SI PARTE DA UN NUMERO NUTRITO DI PERSONE PARTENDO DALLA SITUAZIONE PIÙ GENERICA

- VIA VIA SI SPECIFICA LA SITUAZIONE NELLA QUALE È COINVOLTO UN NUMERO RISTRETTO DI PERSONE

- ESEMPIO:

T. QUANTO È CONVINTO CHE I SUOI DOLORI MUSCOLARI SIANO DOVUTI A UN TUMORE? P. SONO CONVINTO. QUINDI 100% T. BENE, QUANTE PERSONE SECONDO LEI OGNI MATTINA SI SVEGLIANO CON DOLORI MUSCOLARI? P. NON SAPREI...PENSO 1000 T. SECONDO LEI QUANTE PERSONE CONTINUANO AD AVERE DOLORI MUSCOLARI ANCHE LA SERA PRIMA DI ANDARE A LETTO? P. MA FORSE LA METÀ, QUINDI 500. T. E QUANTI SECONDO LEI CONTINUANO AD AVERE DOLORI DOPO 5 GIORNI? P. DIREI ALMENO 50 T. BENE E QUANTI DI QUESTI 50 ANDRANNO DAL MEDICO E AVRANNO BISOGNO DI ULTERIORI ACCERTAMENTI PER VERIFICARE LA PRESENZA DI EVENTUALE TUMORE?

P. MA PENSO 10

T. E INFINE, A QUANTI DI QUESTI 10 VERRÀ DIAGNOSTICATO UN TUMORE?

P. FORSE AD UNA PERSONA, O 2.

T. VORREI FARLE NOTARE CHE LEI PER PRIMO STIMA COME ALTAMENTE IMPROBABILE RICEVERE UNA DIAGNOSI DI TUMORE SE SI HANNO DOLORI MUSCOLARI. INVECE I SUOI TIMORI LA FANNO SALTARE SUBITO ALLE CONSEGUENZE PIÙ TEMUTE. VORREI CHE FACESSE LA STESSA RIFLESSIONE OGNI VOLTA CHE SENTE DI AVERE DEI DOLORI MUSCOLARI, IN MODO DA NON CATASTROFIZZARE DI AVERE UN TUMORE. PENSA DI POTERLO FARE?

LE TECNICHE NELL'INTERVENTO COGNITIVO

• **UTILIZZO DEI PENSIERI ALTERNATIVI:**

- ARRIVATI A QUESTO PUNTO È POSSIBILE PRENDERE IL DIARIO DELLE PREOCCUPAZIONI E INSERIRE NUOVE COLONNE
- IL PA GRAZIE ALLE TECNICHE UTILIZZATE IN PRECEDENZA, AVRÀ IMPARATO A IMPIEGARE I PENSIERI ALTERNATIVI IN RISPOSTA A QUELLI AUTOMATICI NEGATIVI E POTRÀ RICORDARLI OGNI VOLTA CHE PROVERÀ ANSIA
- **CIÒ RAFFORZERÀ CIÒ CHE VIENE DETTO IN SEDUTA**, RICORDANDOSI DI NON SALTARE SUBITO ALLE CONCLUSIONI CATASTROFICHE, **TROVANDO RISPOSTE POSSIBILI ALTERNATIVE EVITANDO DI SOVRASTIMARE IL RISCHIO**

Data	Situazione	Fattori scatenanti	Emozioni	Pensiero negativo (valutare il grado di convinzione da 0 a 100)	Risposta al pensiero e valutare il grado di convinzione da 0 a 100	Risultati (rivalutazione del grado di convinzione sul pensiero negativo)

LE TECNICHE NELL'INTERVENTO COGNITIVO

- **PROVE A FAVORE E PROVE CONTRO:**

- DI SOLITO IL PAZ IPOCONDRIACO HA LA TENDENZA A SOFFERMARSI E A RIMUGINARE SULLE PROVE A FAVORE DELLA MALATTIA, TRASCURANDO QUELLE CHE DIMOSTRANO IL CONTRARIO
- DOPO AVER COMPILATO LA SCHEDA POSSIAMO CHIEDERE AL PAZ:
 - ☐ CHE COSA NE PENSA?
 - ☐ QUALI PROVE LA CONVINCONO DI PIÙ?
 - ☐ QUANTO È ANCORA CONVINTO?
- QUESTO ESERCIZIO DEVE ESSERE RIPETUTO PIÙ VOLTE IN SEDUTA E POI A CASA, IN MODO TALE CHE IL PAZ SI ABITUI A VALUTARE LE PROPRIE CONDIZIONI FISICHE IN TERMINI OGGETTIVI

Prove del fatto che ho un tumore	Prove del fatto che non ho un tumore
<ul style="list-style-type: none">- Ho difficoltà a respirare- Ho continui dolori muscolari	<ul style="list-style-type: none">- In questo periodo ho fatto molto sport che potrebbe avermi causato forti dolori muscolari- Le difficoltà di respirazione e i dolori muscolari aumentano ogni volta che mi viene in mente che potrei avere un tumore- Le difficoltà di respirazione e i dolori muscolari si attenuano ogni volta che il mio medico mi rassicura- Sono mesi che soffro di questi problemi, ho fatto numerosi esami e non mi hanno trovato nulla

LE TECNICHE NELL'INTERVENTO COGNITIVO

- **INTERVENTO SULLE METACREDENZE:**

- IL PAZ IPOCONDRIACO, COME IL PAZ GAD, HE DELLE METACREDENZE «POSITIVE» SULL'UTILITÀ DEL PREOCCUPARSI
 - ☐☐ «SE NON MI PREOCCUPO, MI AMMALERÒ»
- OBIETTIVO DELLA TERAPIA COGNITIVA SPECIFICA (WELLS 1995; WELLS E HACKMANN 1993) È PASSARE:
 - ☐ DA «SE ABBASSO LA GUARDIA, SUCCEDERÀ UNA CATASTROFE»
 - ☐ A «SE ABBASSO LA GUARDIA, NON PRODURRÒ ALCUNA CONSEGUENZA SULLE MIE POSSIBILI MALATTIE»
- COME PRIMO PASSO CI SI FOCALIZZA SUI **VANTAGGI E SVANTAGGI DELLA PREOCCUPAZIONE**

Vantaggi	Svantaggi
«preoccuparmi mi aiuta a prevedere tutto ciò che potrebbe capitarmi»	«preoccuparmi mi fa vivere in un perenne stato di ansia e tensione»
«se non mi preoccupo, potrebbe accadermi qualcosa di brutto»	«preoccuparmi non mi fa concentrare sul lavoro e sulle varie cose che devo fare durante la giornata»
«Preoccuparmi mi serve ad essere pronto nel caso in cui mi diagnosticassero una malattia, perché, mentalmente, avrei già previsto tutto ciò che dovrei fare»	«preoccuparmi mi fa perdere tanto tempo e moltissime energie»
«se non mi preoccupo, non starò abbastanza attento a tutti i segnali che il mio corpo mi manda e quindi non sarò abbastanza celere nel ridurre i danni della malattia»	«le mie preoccupazioni sono irrealistiche»

LE TECNICHE NELL'INTERVENTO COGNITIVO

- **INTERVENTO SULLE METACREDENZE:**

- AL PAZ POI POSSIAMO CHIEDERE DI IMMAGINARSI A 80 ANNI E DI FARE UN BILANCIO DELLA PROPRIA VITA. COM'È INTUIBILE PARLERÀ ANCHE DEL TEMPO CHE HA SPRECATO A RIMUGINARE E A PREOCCUPARSI PER LE MALATTIE DI CUI AVREBBE POTUTO SOFFRIRE («E' COME SE FOSSI STATO MALE PUR SENZA SOFFRIRE DI UNA MALATTIA», «MI SONO ROVINATO LA VITA»)
- POTREMMO ALLORA FAR RIFLETTERE SU CHE COSA HANNO PERDUTO MENTRE ERANO INVISCHIATI NEL RIMUGINIO E SU QUALI COSE PIACEVOLI AVREBBERO POTUTO FARE SE AVESSERO SMESSO DI PREOCCUPARSI.
 - INOLTRE È UTILE FAR NOTARE AL PAZ CHE PREOCCUPARSI NON PRODUCE ALCUNA CONSEGUENZA POSITIVA. POSSIAMO IN TAL SENSO CHIEDERGLI:
 - «TUTTE LE VOLTE CHE NON SI È PREOCCUPATO, SONO ACCADUTI EVENTI NEGATIVI?»
 - «TUTTI I SEGNALI FISICI CHE NON HA CONSIDERATO, PERCHÉ NON SI SONO TRASFORMATI IN MALATTIA?»
- ALTRA TECNICA PREVEDE LA DILAZIONE DEL TEMPO DI RISPOSTA (BORKOVEC ET AL. 1993), CIOÈ SI CHIEDE AL PAZ DI RIMANDARE IL RIMUGINIO AD UN CERTO ORARIO PER 30 MIN AD ESEMPIO (GLI SI CHIEDERÀ POI SE QUANDO NON SI È PREOCCUPATO SIA SUCCESSO QUALCOSA
- OPPURE ALTERNARE PENSIERI NEGATIVI («MI AMMALERÒ DI TUMORE») A PENSIERI POSITIVI («VOGLIO ESSERE OTTIMISTA: PERCHÉ DOVREBBE SUCCEDERE PROPRIO A ME?») CON DISTANZA L'UNO DALL'ALTRO
- OPPURE ALTERNARE I GIORNI DI PREOCCUPAZIONE A QUELLI DI NON-PREOCCUPAZIONE PER UNA SETTIMANA O PIÙ. AL TERMINE SI PUÒ CHIEDERE SE NEI GIORNI DI NON P. SIA SUCCESSO DI AMMALARSI DI QUALCHE BRUTTA MALATTIA E CHE EMOZIONI ABBIA PROVATO NEI VARI GIORNI E DI QUALE INTENSITÀ

CASO CLICO BREVE

Sarah: «Il mio medico pensa che sia una sciocca»

Sarah, temendo che il nodulo che aveva al seno fosse un tumore, si recò per l'ennesima volta dal medico, che le ripeté che non aveva niente, le ricordò i risultati degli esami e la invitò a stare tranquilla e a piantarla di recarsi continuamente da lui (negli ultimi 7-8 mesi c'era stata ben 12 volte!).

Lei tuttavia insistette: «Mi spiace seccarla, ma non riesco proprio a smettere di preoccuparmi. Il cancro ha letteralmente divorato la mia famiglia, portandosi via mia nonna, mia madre e una mia zia, guarda caso quando avevano la mia stessa età!». Ad ogni modo, il medico riuscì subito a rassicurarla, ed si sentì momentaneamente sollevata. Ma

durò poco. Tornata a casa, ricadde nuovamente nella solita spirale, e cominciò a pensare che questi (per quanto certamente onesto e scrupoloso) fosse in fondo un incompetente e non stesse prendendo sul serio il suo problema.

E se la mammografia e gli esami del sangue non fossero attendibili? Se avessero fallito nel loro intento e non fossero stati capaci di rilevare qualcosa che invece c'era? Del resto, non si leggono ogni giorno notizie simili? «Forse - disse al marito - dovrei prendere un appuntamento alla clinica Mayo. La mia amica Jennifer mi ha raccontato che gli specialisti che ci lavorano hanno diagnosticato in un batter d'occhio un cancro a un suo conoscente, al quale tutti i medici consultati in precedenza avevano assicurato che era tutto a posto». Suo marito la invitò a stare tranquilla e a fidarsi dei pareri dei propri medici. La notte seguente Sarah non riuscì a dormire: non fece altro che esaminare il proprio petto, notando quanto il proprio nodulo fosse ingrossato e che brutta conformazione avesse. «Dio mio - pensò - sto per morire e non gliene importa niente a nessuno... Il mio medico pensa che sia una sciocca e mio marito si sta convincendo che sia una pazza!». Le mie abbondanti sudorazioni notturne, ma gli esiti degli esami sono stati negativi. I medici stanno cercando in tutti i modi di convincermi che non ho niente, ma sono sicuro che hanno tralasciato qualcosa di importante: i sintomi che avverto sono reali, ed è molto probabile che abbia la sclerosi multipla o un tumore al cervello!».

BIBLIOGRAFIA

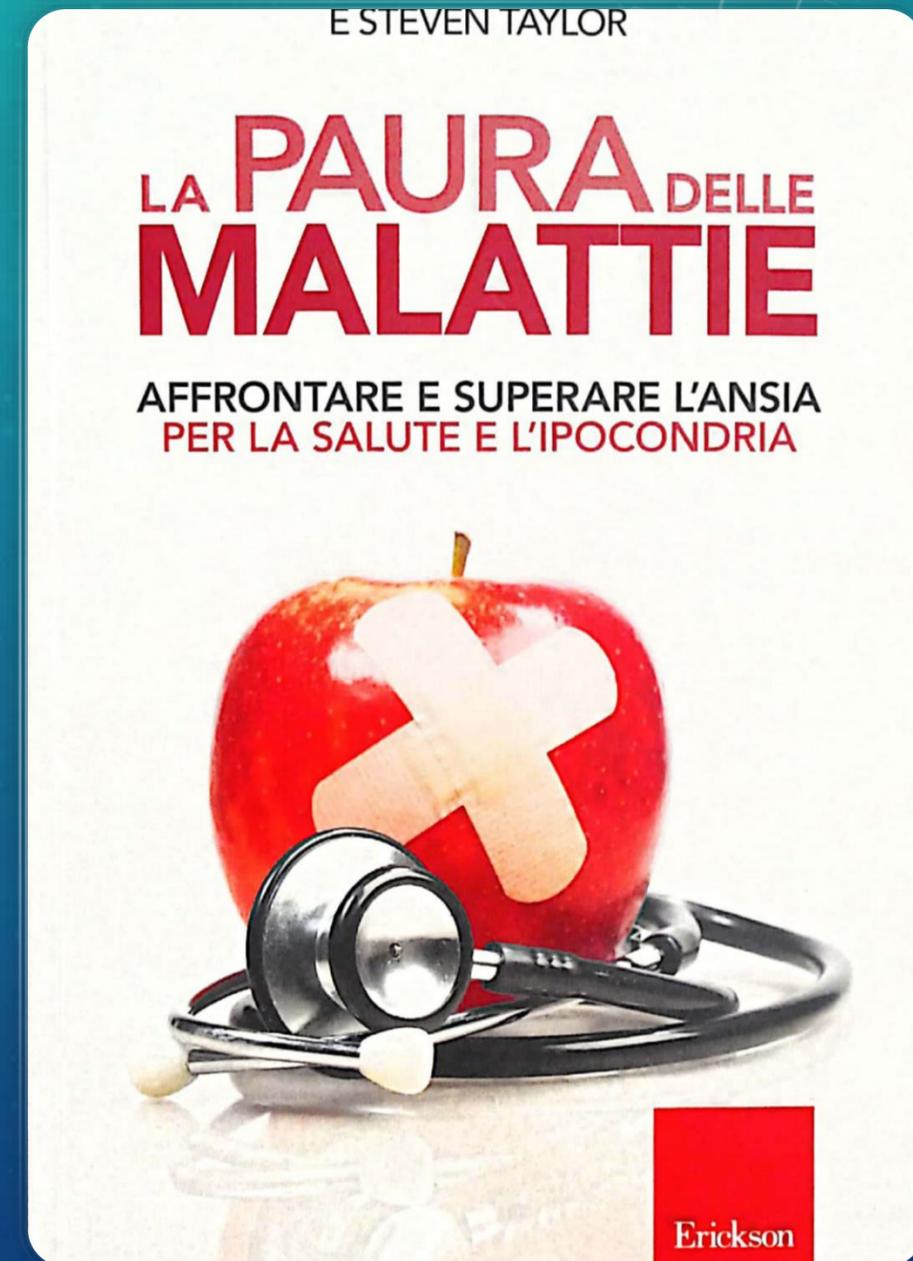
- TRATTAMENTO COGNITIVO DEI DISTURBI D'ANSIA. ADRIAN WELLS. MACGRAW-HILL, 1999.
- I PROTOCOLLI CLINICI DELLA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE, A CURA DI CARMELO LA MELA. MADDALI E BRUNI, 2016.
- RIMUGINIO. CASELLI, RUGGIERO, SASSAROLI. RAFFAELLO CORTINA EDITORE, 2017.

LA PAURA DELLE MALATTIE

affrontare e superare l'ansia per la salute e l'ipocondria

Gordon J.R. Asmundson e Steven Taylor

Edizioni Erikson



IPOCONDRIA, ANSIA PER LE MALATTIE E DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI

