

Workshop Online

Modulo base

# L'ACT nel trattamento del dolore cronico

**Docenti**

**Giuseppe Deledda**

Psicologo Clinico e Psicoterapeuta

&

**Giovambattista Presti**

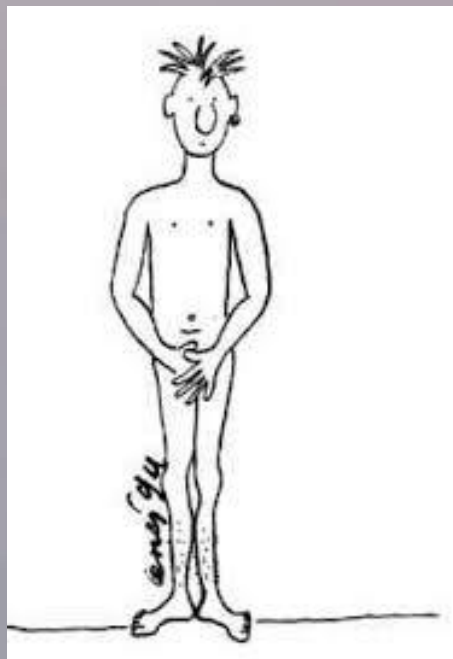
Professore Associato di Psicologia Generale

Domenica, 05 Febbraio 2023

Facciamo esperienza  
Body scan (Kabat-Zinn, 1991)

# Un primo passo verso ...

## «Osserva le tue sensazioni corporee»



Teso

Sciolto

Caldo

Dolorante

Leggero

Rilassato

# Quando arriva il dolore il contesto cambia



La prima risposta innata e automatica è quella di fuggire o evitare il dolore

# EVITAMENTO EMOTIVO



Tentativi di evitare di provare sentimenti intensi, angoscianti (se non li sento, non esistono Poi, il mondo torna com'era)



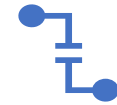
Più comune:  
negazione  
soppressione  
repressione  
intorpidimento  
ottundimento  
ruminazione



L'attenzione viene distolta dal rispondere al "segnale originale« (dolore)



Risultato:  
incapacità di adattare i precedenti modelli mentali esistenti per adattarli al mondo, portando a segnali continui di errori di codifica predittiva



La persistenza di esperienze interiori «negative" diminuisce il senso di controllo (nulla di ciò che faccio sembra aiutare): aumenta il disagio emotivo.

# Evitamento comportamentale

- **Interrompere o ridurre il coinvolgimento o la partecipazione ad attività che potrebbero causare ulteriori esperienze emotive angoscianti e indesiderate**
- Perdita del contatto con i valori in un contesto in cui i valori, il significato o lo scopo sono messi a dura prova in primo luogo
- Le forme più comuni sono accresciuta passività, ritiro, autoisolamento, mancanza di sforzo, giustificazione, azione impulsiva, scagliarsi contro
- Direttamente collegato alla perdita di agency e all'accresciuta incapacità di risolvere gli errori di codifica.

**Più eviti, più diventi evitante.**

# Necessità di esaminare mediatori e meccanismi di cambiamento

Hayes (2008) sottolinea che l'attenzione alla mediazione è stata parte dello sviluppo di ACT sin dal suo inizio.

La ricerca di mediatori, e in definitiva i meccanismi di cambiamento, alla strategia degli scacchi, che è “vinta su più fronti”, attraverso “una serie integrata di azioni e mosse convergenti” (2007, p. 11).

Un metodo per progredire con questo approccio bottom-up è studiare e intervenire sui processi psicologici alla base

CARMEN LUCIANO  
MIGUEL RODRÍGUEZ  
*Universidad de Almería*

BRANDI C. FINK  
*The University of New Mexico*

Sono emersi risultati inconsistenti e contraddittori in molti studi relativi alle strategie di coping basate sul controllo o l'eliminazione del dolore, come la soppressione del pensiero (Harvey & McGuire, 2000), distrazione in immaginativo (Jaremko, 1978), attenzione sensoriale (McCaul & Haugtvedt, 1982), manipolazione delle emozioni (Ahles, Blanchard, & Leventhal, 1983), stress inoculation (Hackett & Horan, 1980)

Una percentuale significativa di pazienti non trovano beneficio dal trattamento psicologico ed una parte ricadeva a breve (Crook, Weir, & Tunks, 1989; Turk & Rudy, 1991).

Le control-based strategies che hanno l'obiettivo di ridurre o eliminare il dolore possono produrre un effetto paradossale e controproducente (Guttierrez et al, 2004)

Da una revisione sistemantica (McCaul & Malott, 1984) ed una meta-analysis (Suls & Fletcher, 1985) è emerso che le strategie evitanti possono essere efficaci con dolore di bassa intensità o a con durata breve nel tempo (Mullen & Suls, 1982)..



L'utilità delle tecniche di evitamento per gestire sia il dolore più intenso (Ahles et al., 1983) o di più lunga durata del dolore (McCaul & Haugtvedt, 1982) è stato, comunque, discutibile.

Cioffi e Holloway (1993) hanno dimostrato che le strategie di coping che coinvolgono la soppressione del dolore erano controproducente e rallentato il recupero dal dolore freddo-pressorio indotto. Sullivan et al. (1997) trovarono che le istruzioni per sopprimere pensieri sul dolore portato a un'esperienza intensa di dolore e con maggiori intrusioni di pensiero.

# Gutierrez et al, 2004

ACT AND COPING WITH PAIN

777

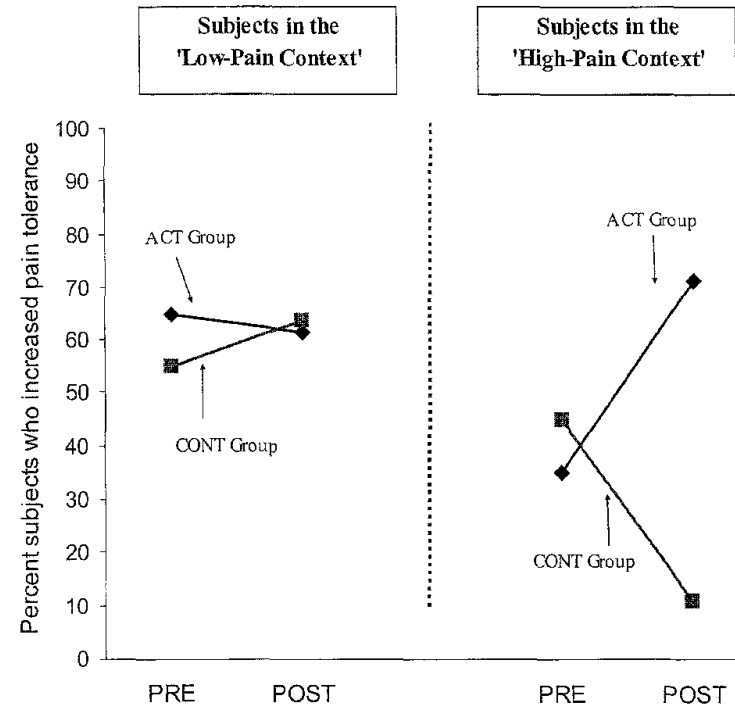


FIG. 1. Percent of participants in the ACT and CONT treatments who increased pain tolerance from the first (PRE) to the second (POST) pain task. Participants in the “low-pain context” chose to receive 7 or fewer shocks in the first pain task while participants in the “high-pain context” chose to receive more than 7 shocks.



## Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain

Lance M. McCracken\*

*The University of Chicago, Department of Psychiatry, 5841 South Maryland Avenue (MC 3077), Chicago, IL 60637, USA*

Received 5 May 1997; revised version received 18 August 1997; accepted 2 September 1997

---

### Abstract

When patients find their pain unacceptable they are likely to attempt to avoid it at all costs and seek readily available interventions to reduce or eliminate it. These efforts may not be in their best interest if the consequences include no reductions in pain and many missed opportunities for more satisfying and productive functioning. The purpose of this study was to examine acceptance of pain. One hundred and sixty adults with chronic pain provided responses to a questionnaire assessing acceptance of pain, and a number of other questionnaires assessing their adjustment to pain. Correlational analyses showed that greater acceptance of pain was associated with reports of lower pain intensity, less pain-related anxiety and avoidance, less depression, less physical and psychosocial disability, more daily uptime, and better work status. A relatively low correlation between acceptance and pain intensity showed that acceptance is not simply a function of having a low level of pain. Regression analyses showed that acceptance of pain predicted better adjustment on all other measures of patient function, independent of perceived pain intensity. These results are preliminary. Further study will be needed to show for whom and under what circumstances, accepting some aspects of the pain experience may be beneficial. © 1998 International Association for the Study of Pain. Published by Elsevier Science B.V.

**Keywords:** Chronic pain; Acceptance; Anxiety; Depression; Disability; Behavioral concepts

---

# contestualismo

- La metafora principale del contestualismo è l'"**atto nel contesto**".
- Gli atti possono essere qualsiasi cosa fatta in e con un contesto storico e attuale e **sono definiti dal loro scopo e significato**.
- I contesti possono "procedere spazialmente verso l'esterno per includere tutto l'universo ... [o] indietro nel tempo all'infinito per includere il più remoto antecedente, o avanti nel tempo per includere la conseguenza più ritardata" (Hayes & Brownstein, 1986, p. 178).
- L'atto nel contesto non è una descrizione di un evento statico che si è verificato in passato. Invece è **un'attività intenzionale che si svolge qui e ora all'interno di contesti fisici, sociali e temporali**

# Functional Analysis

- La contingenza tradizionale a “3 termini”:



- Antecedent (antecedenti)
- Behaviour (comportamento)
- Consequence (conseguenze)

# Antecedenti

- Possono essere qualsiasi cosa:
- Eventi nel mondo esterno
- Eventi nel mondo interno:

pensieri

emozioni

sensazioni

Ricordi

impulsi

# La trappola

- Se quando A si verifica, questo porta probabilmente a B, e C è una conseguenza meno negativa, allora questa catena sarà rafforzata.
- Molta parte delle lotte dei nostri pazienti riguardano cercare di controllare il più possibile quando si verificherà A.
- Il fatto che B si verifica in risposta ad A conduce spesso a una riduzione a breve termine (BT) dell'intensità o della presenza di A.



## Assessment Clinico & Analisi Funzionale

Così si va alla ricerca di repertori problematici con questa forma:

- Antecedents: emozioni non volute, ricordi, pensieri, sensazioni...
- Behaviours: Risposte che sono primariamente focalizzate sul controllare gli antecedenti
- Consequences: riduzione a BT di quello con cui sta combattendo, costrizione a LT della vita



# Assessment ACT

- Per che cosa il cliente sta cercando aiuto?
- Descrivere la lotta
- pensieri, credenze, emozioni, comportamenti, aspetti sociali e della storia del paziente
- Enfatizzare l'esperienza di quello che sta accadendo e di come loro stanno

## Analisi Funzionale

- Qual è la lotta?
- Cosa fanno loro in risposta alla lotta?
- Qual è la conseguenza di questo?
- Come loro desidererebbero che questo fosse diverso?





Gli esseri  
umani  
rischiano di  
continuare  
a seguire  
una regola  
anche se  
risulta  
essere  
inaccurata,  
inefficace e  
dannosa.





Gli esseri  
umani  
rischiano di  
continuare  
a seguire  
una regola  
anche se  
risulta  
essere  
inaccurata,  
inefficace e  
dannosa.



Ma possono  
Imparare a  
identificare e  
seguire regole  
che  
accuratamente  
descrivono le  
conseguenze  
del  
comportamento  
e guidano verso  
risultati  
desiderati.

Il dolore  
cronico ci  
porta a  
contatto  
con una  
nuova  
dimensione



Dove la  
domanda non è  
Dove?  
ma  
Quando?

Esiste ogni volta che il paziente lo esprime

**Se medicalizziamo la sofferenza, perdiamo la  
dimensione spirituale, il vissuto della sofferenza, su cui  
non puoi agire direttamente in quanto non è materiale,  
la sofferenza è incarnata ma non è materiale, la  
sofferenza è dentro di noi**

**Paolo Moderato, 2019**



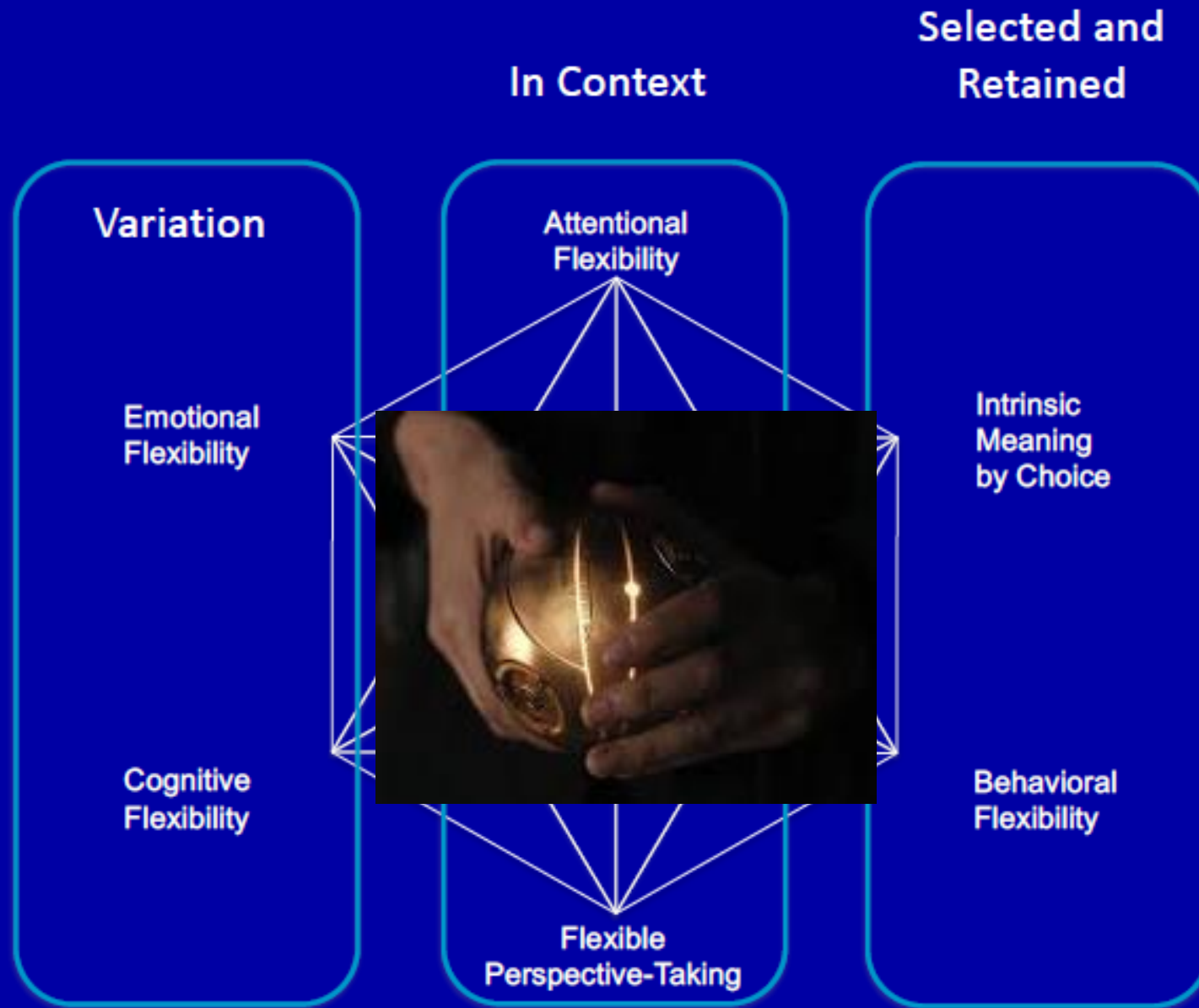
**Se medicalizziamo la sofferenza, perdiamo la  
dimensione spirituale, il vissuto della sofferenza, su cui  
non puoi agire direttamente in quanto non è materiale,  
la sofferenza è incarnata ma non è materiale, la  
sofferenza è dentro di noi**

**Paolo Moderato, 2019**





# ACT's PsyFlex as a Model of Process -Based Therapy



# La messa in discussione delle certezze

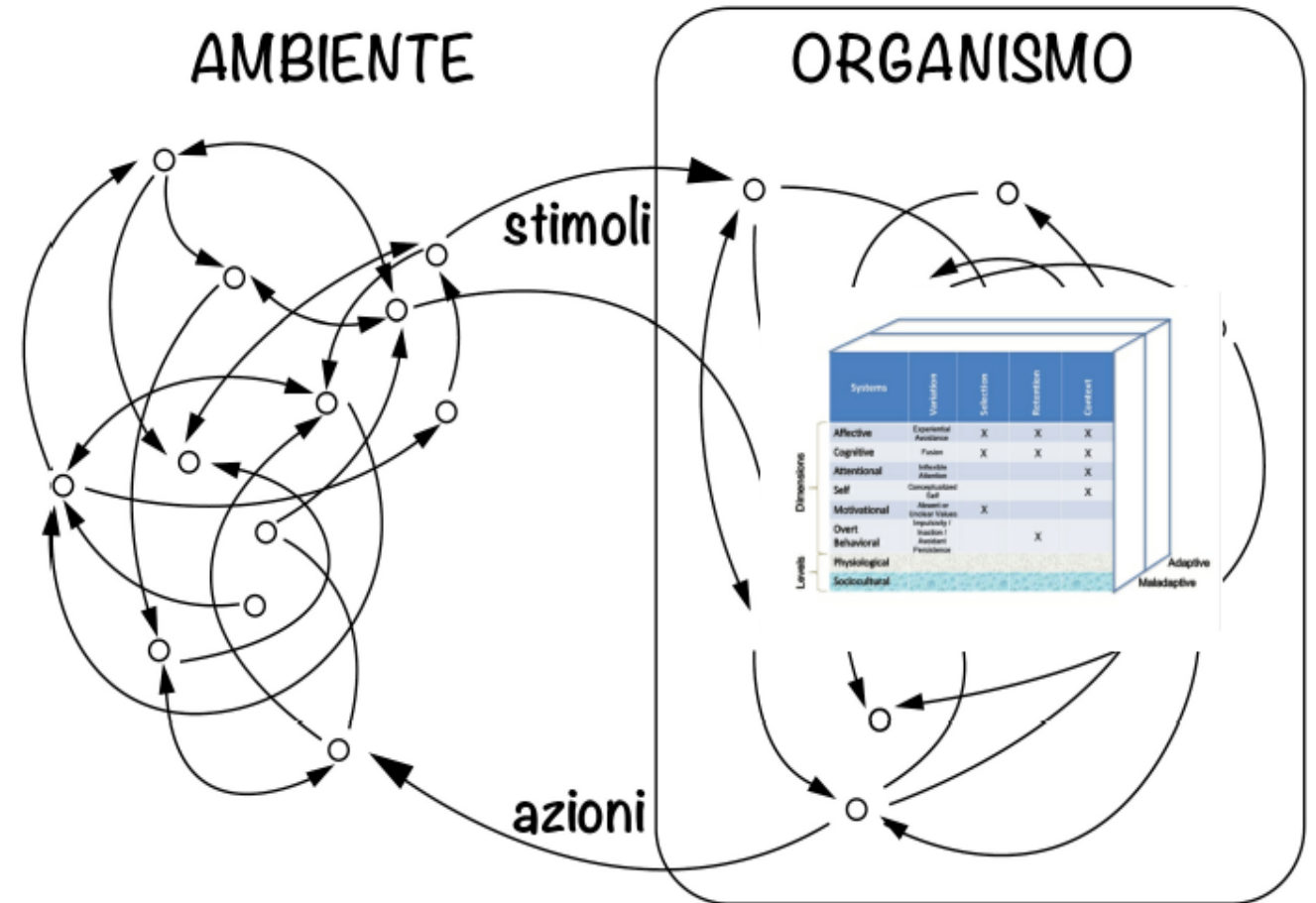


# L' «arte» di essere flessibili

- L'essere umano è in genere molto abitudinario, e tende in questo modo a mantenere in modo inalterato dei pattern di comportamento (pensiero/mappe concettuali, azione, di reazione fisica)
- La consapevolezza sui propri pattern può favorire la possibilità di modificare tali pattern comportamentali
- Il processo di cambiamento non è automatico e richiede un bilanciamento tra le modalità automatiche (già apprese e sedimentate) e le nuove modalità

# Ambiente e organismo sono in costante interazione

il continuo processo che si instaura si chiama adattamento, cioè quello che avviene all'interno di un organismo quando arriva uno stimolo che altera l'omeostasi che è dentro all'organismo, l'organismo reagisce: la reazione si chiama adattamento



Roberto Anchisi

ER.A

# La soluzione “idionomica”

Osservare e Valutare i processi di  
cambiamento all'interno della persona

# Focus sui processi di cambiamento

---

- Una sequenza di eventi mutevoli che portano a buoni risultati, che sono teoricamente sensati, dinamici, progressivi, multilivello e contestuali.
- i processi del cambiamento sono molteplici

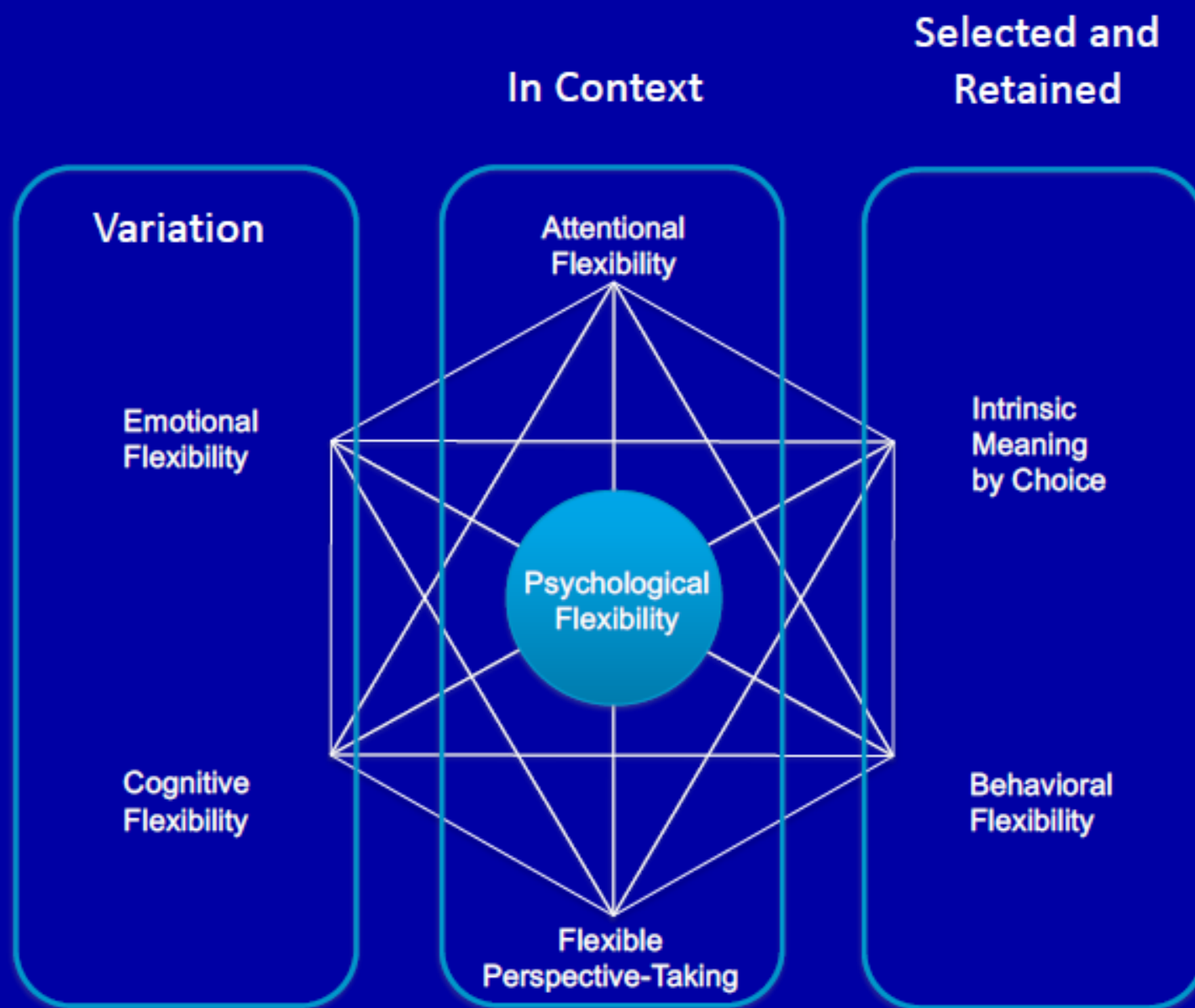
# Fondamenti della PBT

**Comprendere l'individuo come una rete complessa e dinamica**

**Comprendere la psicopatologia è disadattamento ad un dato contesto**



# **ACT's PsyFlex as a Model of Process -Based Therapy**





# La vostra esperienza con la gestione del dolore

Trattamento utilizzato per il dolore	Effetti a breve termine sul dolore	Effetti a lungo termine su dolore	Effetti a lungo termine sulla qualità della vita
Antidolorifici	Un po' di sollievo	Nessuno	Ha ridotto la mia capacità di insegnare
Intervento chirurgico	Sollievo completo per breve tempo	Nessuno	Sollievo per breve tempo, fino a quando il dolore ricominciò
Fisioterapia	Nessun cambiamento reale	Nessuno	Nessuno. Ero delusa perché il mio dolore non migliorava
Guardare la tv per 3 giorni di seguito provando a dimenticare il dolore	Nessuno	Nessuno	Nessuno. Ma alla fine mi sono sentita stupida per aver perso tanto tempo
Bere alcolici per stordirmi	Lieve miglioramento per poco tempo	nessuno	A un certo punto ogni mattina al risveglio mi sentivo male e con cerchio alla testa. Sapevo che stavo bevendo troppo

# L' «arte» di essere flessibili

“ L'arte della vita risiede in un costante riadattamento a ciò che ci circonda. ”

"È essenzialmente un culto dell'imperfetto, in quanto è un tenero tentativo di realizzare qualcosa di possibile in questa cosa impossibile che conosciamo come vita".

(Okakura Kakuzo «Il libro del tè» (1906))

un rimedio universale a cui  
due persone possono sedersi.

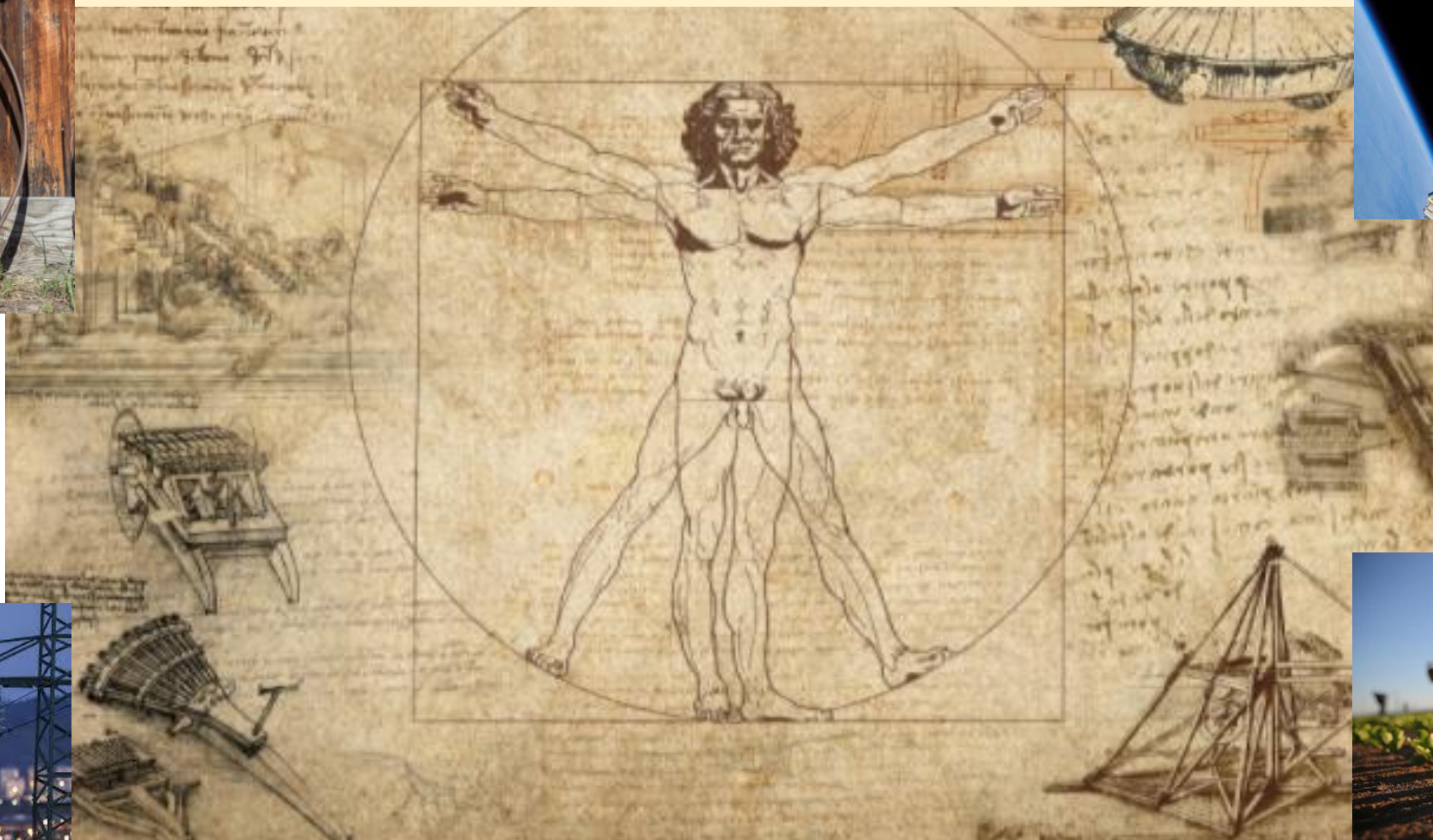


L' «arte» di essere flessibili

Esercizio:

scrivi su un foglio una situazione nella quale hai fatto qualcosa di «originale» per uscire da un momento di crisi o «difficile»

# Flessibilità e adattabilità



# La Flessibilità Psicologica

La Flessibilità Psicologica è considerata una qualità fondamentale di comportamento (Hayes et al., 2012), aspetto di funzionamento salutare (Kashdan and Rottenberg, 2010).

È stata definita come la capacità di persistere o cambiare il comportamento, in un contesto di interazione e influenza psicologica, in un modo che questo permetta di perseguire i propri valori e raggiungere i propri obiettivi.





# Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Dagli studi sulla Relational Frame Theory, si è sviluppata l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), che fa parte di quella che viene definita la "terza onda" della terapia cognitivo comportamentale

(Hayes et al, 1999, 2013; Harris, 2009).

**L'Esaflex: i 6 processi del modello ACT che concorrono nell'incremento della**

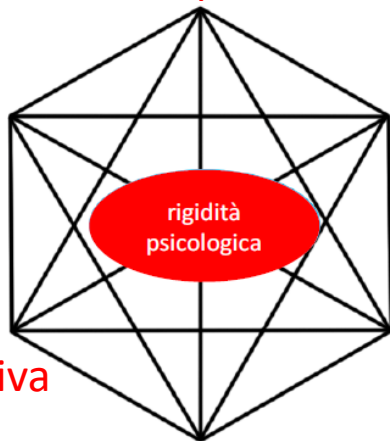
## **Inflessibilità psicologica**

scarsa consapevolezza  
dominanza di passato e futuro

evitamento  
esperienziale

scarsa chiarezza  
dei propri valori

fusione cognitiva



rigidità,  
impulsività,  
procrastinazione

fusione con il sé  
concettualizzato

## **Flessibilità psicologica**

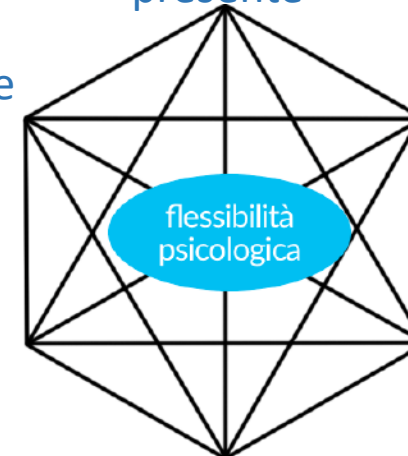
Contatto con il momento  
presente

Accettazione

valori

Defusione

Azione impegnata



Sé come contesto

# Tre componenti principali della psicoterapia ACT

Accettazione Versus  
il Rifiutare le  
esperienze difficili

- Disponibilità versus lotta con le esperienze interne
- Accettare sia le emozioni “positive” che le “negative”

Agire Versus Evitare

Disponibilità a sentirsi vulnerabili a servizio dei valori

Abilità di persistere in comportamenti coerenti con i propri valori e di cambiare strategia quando necessario

Scelta Versus stile di comportamento  
“automatico”

Abilità di identificare i valori e intraprendere azioni coerenti con essi

# Processo di Fusione cognitiva

le relazioni verbali sono arbitrariamente applicabili  
possono verificarsi con qualsiasi cosa





esercizio

“Non pensare ad un limone giallo”



# La Defusione Cognitiva

- l'ansia, l'angoscia e lo sviluppo e il mantenimento di disturbi psicologici sono associati a fusione cognitiva; questo accade quando le persone si attaccano più al contenuto piuttosto che alla funzione dei pensieri (cioè fissità funzionale) (Luoma e Hayes, 2003).
- L'ACT utilizza la defusione cognitiva per indebolire i modi in cui la cognizione negativa influenza il comportamento (Hayes et al, 2011).
- L'ACT non cerca di alterare la frequenza o il contenuto dei pensieri negativi, ma è interessata a comprendere come la persona interagisce con i propri pensieri (Hayes et al, 2006).

# Control is the problem

Secondo la Relational Frame Theory (Hayes, 1999) l'origine della sofferenza psicologica risiede nella normale funzione di alcuni processi del linguaggio umano (es. problem solving), quando applicati alla risoluzione di esperienze private/interne (es. pensieri, emozioni, ricordi, sensazioni corporee, ecc.), invece che alla risoluzione di eventi/situazioni del mondo esterno.

# EVITAMENTO O CONTROLLO ESPERIENZIALE

**L'evitamento esperienziale** o reticenza ad entrare in contatto con le esperienze interne spiacevoli (pensieri, emozioni ..) o con le situazioni a queste collegate è considerato tra gli aspetti centrali nello sviluppo del modello psicopatologico, e quindi terapeutico, dell'ACT (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996).

- Ci sono un numero illimitato di situazioni di vita impegnative là fuori, alcune probabilmente più impegnative di altre a causa del loro tipo o entità.
- Il modello mentale precedente specifica che è richiesto un cambiamento nel mondo, ma non è possibile cambiare il mondo.
- Funzionalmente parlando, una crisi è un processo autogenerato che si basa sui tentativi persistenti di cambiare il mondo per adattarlo al modello.
- Il risultato: EVITAMENTO EMOTIVO e COMPORTAMENTALE



# Stress...Paura...dolore

Via da

La prima risposta innata e automatica è quella di controllare o evitare la sofferenza



Verso

Famiglia  
**Valori**  
Amici  
lavoro

INSTABILITA'



# EVITAMENTO EMOTIVO (EE)



Tentativi di evitare di provare sentimenti intensi, angoscianti  
(se non li sento, non esiste. Poi, il mondo torna com'era)



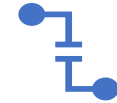
Più comune:  
negazione  
soppressione  
repressione  
intorpidimento  
ottundimento  
ruminazione



L'attenzione viene distolta



Risultato:  
incapacità di adattare i precedenti modelli mentali esistenti per adattarli al mondo, portando a segnali continui di «errori di codifica predittiva»



La persistenza di esperienze interiori "grezze" degrada il senso di controllo o azione personale dell'individuo (nulla di ciò che faccio sembra aiutare).  
Tutto ciò porta a errori di codifica predittiva e ad un incremento del disagio emotivo.

# Evitamento comportamentale (EC)

- Interrompere o ridurre il coinvolgimento o la partecipazione ad attività che potrebbero causare ulteriori esperienze emotive angoscianti e indesiderate
- Perdita del contatto con i valori in un contesto in cui i valori, il significato o lo scopo sono messi a dura prova
- Le forme più comuni di EC si possono riscontrare nella passività, nel ritiro, nell'autoisolamento, nella mancanza di impegno, nella giustificazione, nell'impulsività, nell'aggressività
- Direttamente collegato alla perdita di agency e all'accresciuta incapacità di risolvere gli errori di codifica.

**Più eviti, più diventi evitante.**



## IL CONTROLLO / L'EVITAMENTO

Azioni volte a **ridurre o cambiare gli eventi interni**  
che non vorremmo



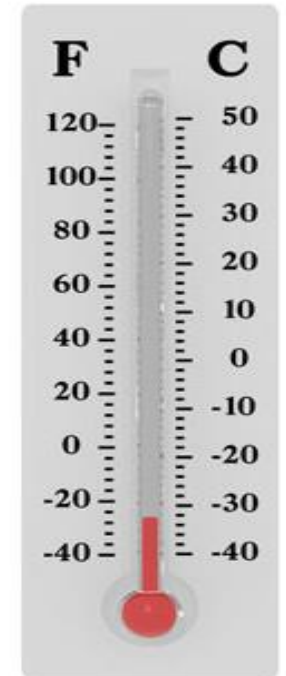
**Amplificazione della sofferenza**  
(pensieri/sensazioni sono incrementati)

# I processi avvengono naturalmente

Come possiamo  
accelerare o rallentare  
il processo  
di lievitazione?



**emozioni**



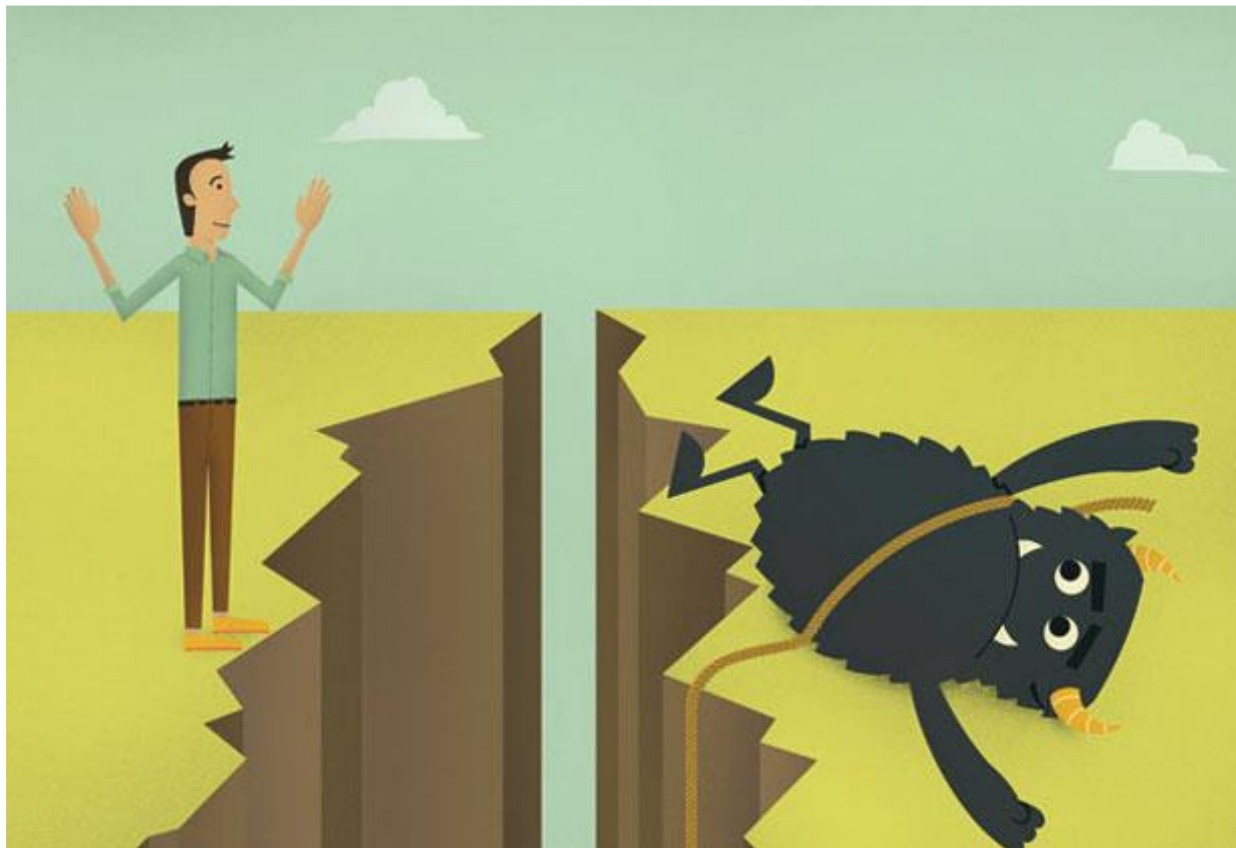
# Il tiro alla fune con la paura

esercizio



# Il tiro alla fune con la paura

esercizio



**NON possiamo controllare:**

- **Emozioni**
- **Pensieri**
- **Gli altri**
- **Passato/Futuro**

Act on Life not on Anger (Eifert, McKay, Forsyth)

**Possiamo controllare:**

- **Scelte**
- **Azioni**
- **Destino**

## Rigidità vs. flessibilità

Gli esseri umani rischiano di continuare a seguire una regola anche se risulta essere inaccurata, inefficace e dannosa. (Pliance)

Ma possono imparare a identificare e seguire regole che accuratamente descrivono le conseguenze del comportamento e guidano verso risultati desiderati. (Traking)



Come stare in  
compagnia di  
emozioni e  
sensazioni e pensieri  
difficili



# Psychological Flexibility Model

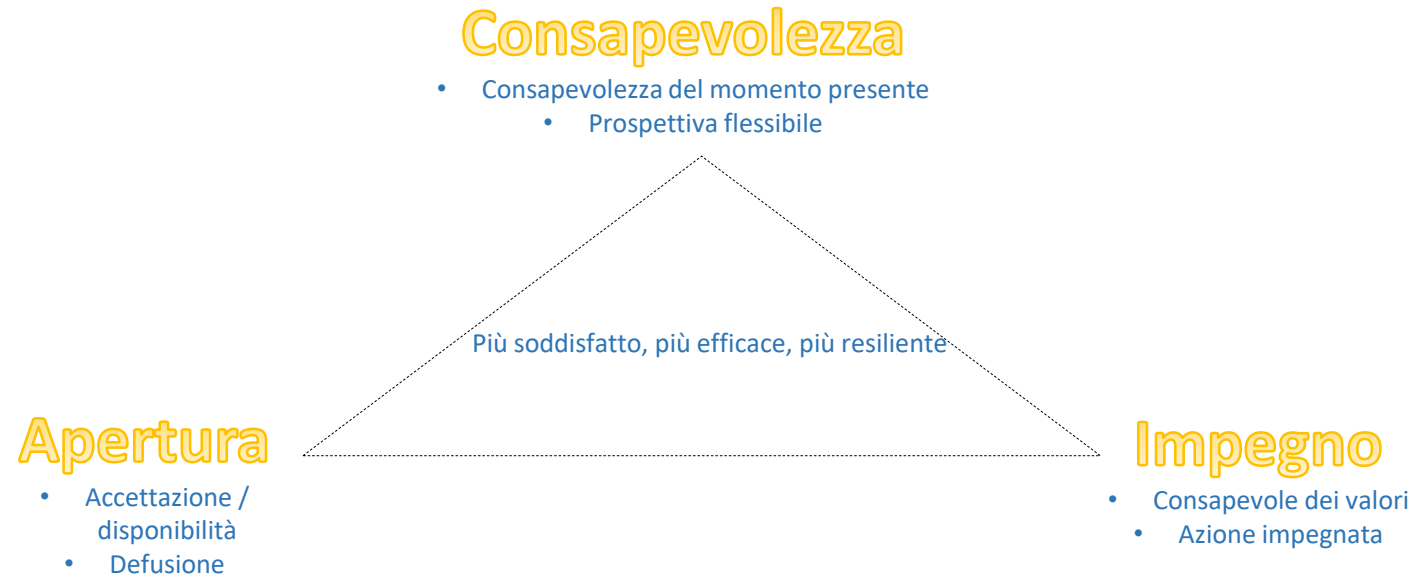
Acceptance & Commitment Therapy, Mindfulness





# Psychological Flexibility Model

Acceptance & Commitment Therapy, Mindfulness





# Gli obiettivi ed i valori orientano le azioni

I valori sono definiti all'interno del modello ACT come "qualità scelte dell'azione finalizzata" (Hayes et al, 2006), un modello di attività rinforzato individualmente, costruito verbalmente, in base al quale le esperienze possono essere valutate dalla persona stessa.

I valori sono gerarchicamente sovraordinati rispetto agli obiettivi, che possono essere invece definiti in azioni definite (SMART).

Prima di definire gli obiettivi è utile definire il valore che motiva e guida le nostre scelte:

**il valore: «Riuscire a trasmettere le mie conoscenze»**

**l'obiettivo: «fare la docenza»**

# Che cos'è importante per te (i valori) e quali sono i tuoi obiettivi?

*il valore:* «\_\_\_\_\_»

*l'obiettivo:* «\_\_\_\_\_»

# Prepariamo il contesto...



# Prepariamo il contesto...



# La prospettiva ACT

- Nell'ACT si pensa che le persone abbiano già tutto quello che è necessario per vivere una vita ricca e significativa.
- Nei pazienti, però l'abilità di vedere e seguire una direzione orientata dai valori è stata compromessa da  *fusione verbale e evitamento esperienziale*
- Pensieri e sensazioni difficili possono portare lontano da chi/cosa conta per le persone, bloccandole in obiettivi spesso irrilevanti o addirittura svantaggiosi per la qualità della vita

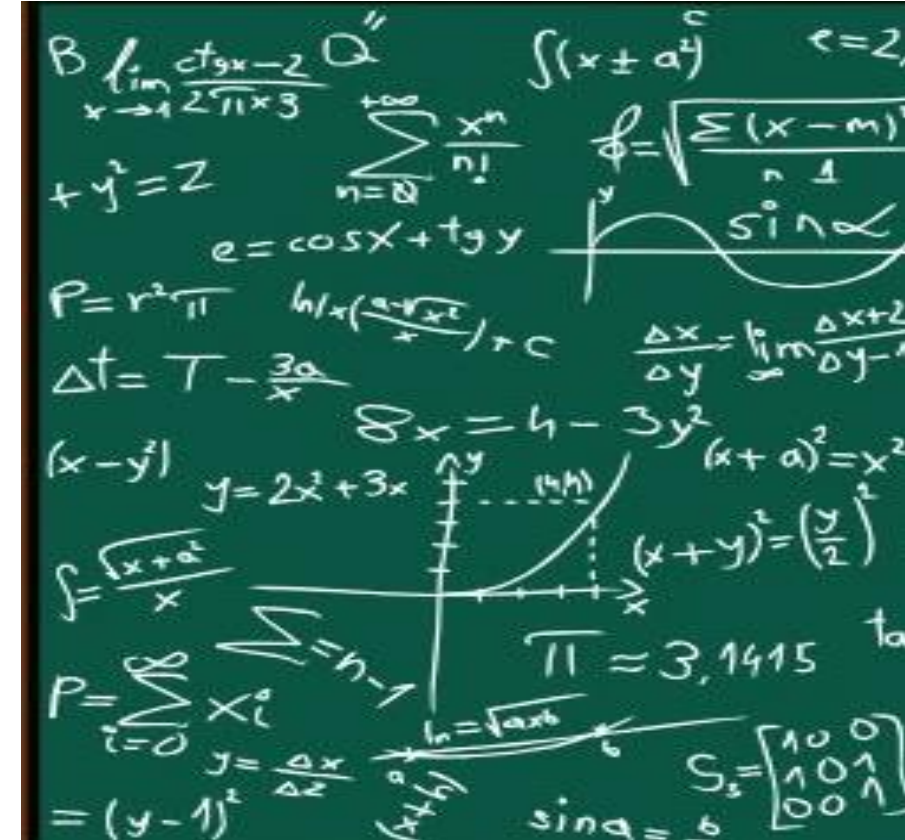


# FLESSIBILITA' PSICOLOGICA E TERAPEUTA

- Nel corso del tempo, il terapeuta che risponde a quelli che sono dei contenuti difficili della terapia in modo irrazionale, evitante, fuso e psicologicamente rigido sarà più stressato e soggetto al burnout (Hayes, Bissett et al 2004; Vilagarda, 2011)
- È per questo importante sviluppare non solo sulla flessibilità psicologica del paziente ma anche quella del terapeuta
- Questo non significa essere delle icone di flessibilità, ma **essere in grado di trasformare le proprie difficoltà personali in un'alleanza ancora più forte.**



# Atteggiamento generale dell'ACT.....



# Accettazione

- I pazienti con dolore cronico sono spesso incoraggiati ad adottare uno stile di coping basato sullo «spirito combattivo», e vengono rinforzati ad «essere forti», a «combattere il dolore».... «Con qualsiasi arma»;
- per alcuni questo può portare ad un maggiore evitamento esperienziale (ad esempio, dei loro sentimenti di disperazione o paura della morte).
- Attraverso l'accettazione, i pazienti sono supportati nel riconoscere e sperimentare tutti gli aspetti della loro situazione attuale, sia fisica che emotiva, e indipendentemente dalle pressioni sociali e dalla desiderabilità.

# Accettazione

- Le terapie di terza generazione sostengono che la mancanza di consapevolezza o di evitamento esperienziale (dei pensieri, emozioni, sensazioni fisiche) sono particolarmente disfunzionali per il benessere psicologico.
- L'ACT promuove quindi un maggiore contatto con il momento presente per ridurre questo tipo di evitamento esperienziale.

## Domande utili per identificare l'evitamento esperienziale:

- C'è qualcosa che fai che ti dà sollievo nel breve periodo ma fa peggiorare il problema nel lungo periodo? (Es. occuparsi, distrarsi, pensare positivo, arrabbiarsi, lavoro, lottare, ecc.)
- Cosa ti impedisce di cambiare/modificare la situazione che vivi in quest'area che per te è importante?

### DOMANDA PER IL TERAPEUTA

- Che reazione suscita maggiormente il pz nel terapeuta?

# Evitamento del dolore

Quali sono i comportamenti di evitamento del dolore?

- ✓ Usare farmaci per calmare completamente e/o anticipatamente il dolore, senza una reale necessità
- ✓ Rifiutarsi di impegnarsi in alcune attività perché causeranno o potrebbero causare dolore
- ✓ Accontentarsi di avere meno di quanto si vorrebbe veramente, ritenendo che il dolore non lo permetta
- ✓ Cercare di distrarsi o di «rilassarsi» , cercando di diminuire la «tensione»
- ✓ Dissociarsi da se stessi in modo da non sentire il dolore

# Accettazione

- Pensare all'accettazione come a una scelta, un comportamento
- Accettazione vista come qualcosa che riguarda questo momento "dentro a questo respiro"
- È un processo, non uno stadio

# Accettazione

L'accettazione dell'esperienza dolorosa sembrerebbe avere tre componenti:

1. l'impegno nelle normali attività quotidiane
2. la consapevolezza che il dolore cronico non cambia
3. La rinuncia all'evitamento e al controllo del dolore.

# Accettazione

1. Lottando e la lotta contro il dolore può lasciarci sensazione bloccati.
2. Molte persone con rapporto di dolore cronico che concentrarsi su ciò che è importante per loro aiuta motivarli a gestire il loro dolore.
3. Riconoscere il dolore e concentrandosi su cose che si possono cambiare o su ciò che è importante per voi si può dare una sensazione di speranza.



# CPAQ-8



## (Chronic Pain Acceptance Questionnaire)

- Il Chronic Pain Acceptance Questionnaire è una scala bi-fattoriale composta da 8 item usata per indagare l'accettazione del dolore.

Le sottoscale hanno dimostrato una buona consistenza interna (alfa  $\geq 0,80$ ):

- AE: Activity Engagement
- PW: Pain Willingness

Il CPAQ-8 ha spiegato una grande parte della varianza totale in CPAQ-20 ed è stato anche in grado di tenere traccia dei cambiamenti terapeutici (large effect size,  $d = 0,89$ ).

- Ciascun item prevede 6 risposte da “mai vero” (0) a “sempre vero”. Punteggi più elevati indicano maggiore accettazione del dolore (Vowles et al., 2008).

1.	Vado avanti con la mia vita qualunque sia il mio livello di dolore	0	1	2	3	4	5	6
2.	Anche se le cose sono cambiate vivo una vita normale nonostante il mio dolore cronico	0	1	2	3	4	5	6
3.	Vivo una vita piena, anche se soffro di dolore cronico	0	1	2	3	4	5	6
4.	Mantenere il mio livello di dolore sotto controllo ha la priorità ogni volta che faccio qualcosa	0	1	2	3	4	5	6
5.	Prima di poter fare qualunque piano serio devo avere il mio dolore in qualche modo sotto controllo	0	1	2	3	4	5	6
6.	Posso occuparmi delle mie responsabilità anche quando il mio dolore aumenta	0	1	2	3	4	5	6
7.	Evito di mettermi in quelle situazioni in cui il mio dolore potrebbe aumentare	0	1	2	3	4	5	6
8.	Le mie preoccupazioni e le mie paure riguardo a ciò che mi causerà il dolore sono vere	0	1	2	3	4	5	6

# Disperazione creativa

Con il termine di disperazione creativa (Hayes, Stroshal e Wilson, 1999) ci si riferisce al processo in cui il terapeuta guida il paziente a valutare la propria esperienza di vita alla luce della lotta che ha intrapreso con le proprie esperienze interne, per aprirgli nuove prospettive di azioni in direzione opposta all'evitamento.

# Disperazione creativa

È un momento della terapia che ha la funzione di creare un senso di **mancanza di speranza** nel paziente rispetto alle strategie di controllo emotivo.

Specialmente con:

- i pazienti fortemente impegnati nel tentativo di **controllare emozioni**, pensieri, sensazioni fisiche (evitamento esperienziale)
- molto **resistenti** a “**provare qualcosa di diverso**”, ovvero a spostarsi sull'accettazione

# Valori

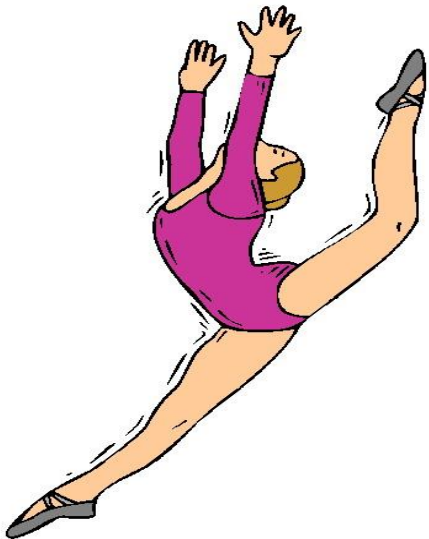
- Vedere la discrepanza tra ciò a cui si attribuisce valore e il modo in cui si agisce può essere sufficiente a motivare comportamenti di cambiamento verso le direzioni importanti.
- Le direzioni di valore del paziente sono i rinforzatori naturali che motivano il duro lavoro di esposizione in terapia. Il controllo del dolore in sé non è un valore perché non contiene rinforzatori positivi naturali
- Il paziente che è stato occupato nella riduzione del dolore necessita probabilmente di riconnettersi con direzioni di vita importanti

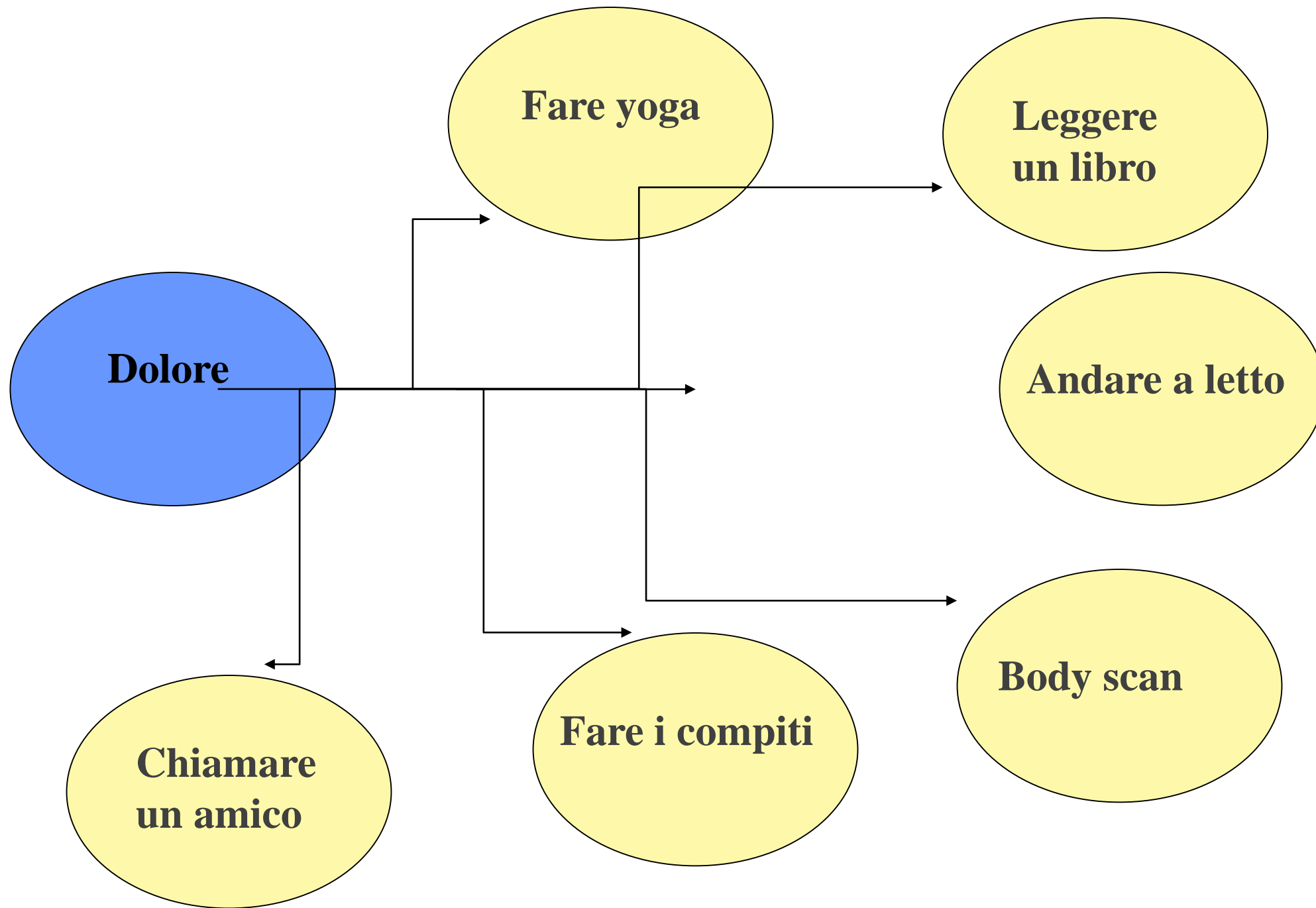
# Domande possibili:

- Quando i tentativi di controllare il dolore diventano l'occupazione principale si crea un impoverimento delle altre attività legate a cose/persona importanti
- *“Se il dolore non ci fosse cosa faresti?”*

# Valori

Chi o cosa è importante per te?







# Azione impegnata

- L'obiettivo è incoraggiare qualsiasi tipo di comportamento alternativo in presenza dello stesso antecedente
- Quando si vuole portare il paziente a lavorare su questo processo e soprattutto sulle azioni inefficaci si può chiedere: *“cosa noti dentro di te che ha portato a questo?”*
- Legittimare il senso di fatica associato ad azioni importanti: *“Se guardassi le foto dei cinque momenti più importanti della tua vita, ricordi che c'era fatica associata a quei momenti?”*

promuovere il processo dell'azione impegnata  
in presenza del dolore:



**è utile per rinforzare qualsiasi tipo di comportamento alternativo  
funzionale (coerente con i valori della persona) in presenza dello  
stesso antecedente, e talvolta può anche consistere nella sospensione  
dell'azione**

# Alcuni esempi di manuali di tipo psicoeducativo



## Behavioral Health Team Chronic Pain Group Facilitator Manual

January 2017

Simone Heron-Carmignani, PhD, Sarah Longino, PhD, Diana Coffa, MD, Christina Weyer Jamora, PhD

## Manuale per facilitatore

Contact: Christina Weyer Jamora, PhD-University of California-San Francisco/Zuckerberg San Francisco General Hospital, Department of Psychiatry. [Christina.Weyerjamora@UCSF.edu](mailto:Christina.Weyerjamora@UCSF.edu). Tel. 415-206-8403.

## Behavioral Health Team Chronic Pain Group Participant Manual

January 2017

Simone Heron-Carmignani, PhD, Sarah Longino, PhD, Diana Coffa, MD, Christina Weyer Jamora, PhD

## Manuale per i partecipanti

Contact: Christina Weyer Jamora, PhD-University of California-San Francisco/Zuckerberg San Francisco General Hospital, Department of Psychiatry. [Christina.Weyerjamora@UCSF.edu](mailto:Christina.Weyerjamora@UCSF.edu). Tel. 415-206-8403.

Il libro di Dahl & Lundgren è principalmente rivolto alle persone con dolore cronico, ed utilizza un approccio psicoeducativo secondo il modello ACT (CBT).

**Gli autori utilizzano stimoli verbali per evocare delle risposte nei lettori, che possano favorire una maggiore partecipazione e possano in seguito incrementare l'effetto dei rinforzi positivi (valori, obiettivi):**

I valori sono disponibili in ogni momento nella persona stessa, per sono **rinforzatori naturali** nell'ambiente che sono quindi in grado di mantenere il comportamento desiderato anche in presenza del dolore, o comunque di riprendere l'azione orientata verso i valori quando possibile (a seconda della pervasività del dolore)



Il libro di Dahl & Lundgren propone i seguenti temi

1. Che cos'è il dolore?
2. Che cos'è l'ACT
3. Controllare il vostro dolore non è la soluzione
4. A che cosa date valore?
5. I vostri pensieri non sono ciò che dicono di essere
6. Mindfulness: quando la vostra mente non sa darvi la soluzione
7. Siete disponibili a...?
8. Azione impegnata
9. Che cosa vi ostacola?
10. Vivere al di là del vostro dolore

**secondo gli autori è molto importante considerare e tenere a mente la differenza tra il “dolore pulito” che è il dolore fisico e il “dolore sporco” che è la sofferenza reattiva e conseguente al dolore organico, “i tentativi di alleviare il dolore quando ciò non è possibile” (Hayes, Strosahl e Wilson 1999).**

Quasi sempre le persone affette da dolore cronico sono talmente impegnate a controllare il “dolore pulito” che tralasciano il “dolore sporco”. Se il “dolore pulito” si manifesta con i sintomi fisici, come si manifesta il “dolore sporco”?

## Psicoeducazione sulla discriminazione del dolore

Che cos'è il "**dolore pulito**"?

È il dolore che è legato biologicamente alla condizione cronica che lo produce.

Invece che cos'è il "**dolore sporco**"?

È la sofferenza psicologica, è tutto ciò che la nostra mente ci dice in merito al dolore pulito e di come può interferire con la nostra vita.

Il secondo tipo di dolore è quello che intrappola e che prosciuga ogni speranza di fare ciò che altre persone attorno fanno: crescere figli e nipoti, condividere un affetto, coltivare amicizie e hobby, perseguire una carriera lavorativa.

Non è il dolore pulito a condannare la persona, ma quello sporco, quello psicologico.

È ciò che porta a ingaggiare la lotta che trattiene dal godere di una vita piena, perseguendo ciò cui la persona aspira.

Questo agisce in **tre modi** portando allo sviluppo di un circolo vizioso (la “catena del dolore”) che nel lungo termine conduce ad una severa compromissione della qualità della vita:

- pensieri (rimuginio e ruminazione sull’esperienza dolorosa);
- comportamenti (condotte di evitamento guidati dalla convinzione di limitare il dolore);
- restrizione dei valori (allontanamento dalla vita desiderata rinunciando agli obiettivi personali considerati non più raggiungibili).



## **Pensieri in pazienti con dolore**

### ***Di tipo ansioso***

“sono in grave pericolo”

“non ci si può fidare di nessuno”

“bisogna essere sempre attenti, possono accadere cose terribili”

### ***Di tipo depressivo***

“sono un fallito”

“mi accadono solo disgrazie”

“non si può fare nulla, non c'è nessun avvenire, sono condannato”

# 1. CHE COS'È IL DOLORE? CHE COS'È L'ACT?

- **Uno sguardo al dolore**
- **Tipici trattamenti antalgici occidentali:**
  1. Farmacoterapia
  2. Farmaci analgesici, o antidolorifici
  3. Farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)
  4. Miorilassanti
  5. Antidepressivi
  6. Iniezioni epidurali di steroidi
  7. Terapie non farmacologiche
  8. Trattamento multidisciplinare del dolore
  9. Stimolazione nervosa elettrica transcutanea (TENS)
  10. Biofeedback Elettromiografico (EMG)

# Esercizio: La vostra esperienza con la gestione del dolore

Trattamento utilizzato per il dolore	Effetti a breve termine sul dolore	Effetti a lungo termine su dolore	Effetti a lungo termine sulla qualità della vita
Antidolorifici	Un po' di sollievo	Nessuno	Ha ridotto la mia capacità di insegnare
Intervento chirurgico	Sollievo completo per breve tempo	Nessuno	Sollievo per breve tempo, fino a quando il dolore ricominciò
Fisioterapia	Nessun cambiamento reale	Nessuno	Nessuno. Ero delusa perché il mio dolore non migliorava
Guardare la tv per 3 giorni di seguito provando a dimenticare il dolore	Nessuno	Nessuno	Nessuno. Ma alla fine mi sono sentita stupida per aver perso tanto tempo
Bere alcolici per stordirmi	Lieve miglioramento per poco tempo	nessuno	A un certo punto ogni mattina al risveglio mi sentivo male e con cerchio alla testa. Sapevo che stavo bevendo troppo

## 2. CONTROLLARE IL VOSTRO DOLORE NON È LA SOLUZIONE

- Imparare a conoscere la differenza
- Script mentali
- Comportamenti di evitamento
- Restrizione nei valori

# Esercizio: Diario del dolore pulito e del dolore sporco

Dolore pulito			Dolore sporco	
Situazione	Descrizione dolore	Livello	Descrizione dolore	Livello
Ho provato a sollevare un pensile vuoto abbastanza leggero da appendere in cucina	Dolore tagliente alla mia schiena	7	Ho iniziato a pensare a come ho lasciato il mio mestiere di falegname	8
Sono inciampato in un maglione che mia moglie ha gettato sul pavimento della camera da letto	Leggera fitta nella mia schiena	4	Inizio ad imprecare ad alta voce su come mia moglie sia stronza e pigra, anche se non lo penso realmente. Mi ha sentito e ha lasciato la stanza in lacrime	9
Ho fatto un lungo viaggio in macchina	Quando scendo dalla macchina ho la schiena indolenzita	2	Inizio a pensare «ecco non riesco nemmeno a fare un maledetto giro in Auto. Bene, c'è un'altra cosa a cui dovrò prestare attenzione	6
Mi sono chinato per prendere il telecomando	Il solito dolore	2	Prendo il fretta una pillola e sorseggio un Drink in modo da poter guardare un po' la tv. Odio questo modo di agire perché non ho mai utilizzato delle pillole prima d'ora	8

# Esercizio: La catena del dolore

- **Decisioni prese basate sul dolore**
- **Script mentali su cui sono state basate queste decisioni**
- **Comportamenti di evitamento specifici**
- **Restrizione dei valori**

### 3. A CHE COSA DATE VALORE?

- **Valori: un modo di vivere pieno di significato**
  - Differenze tra moventi e scelte
  - I valori non sono obiettivi

# Esercizio: esplorare i vostri valori

In questo esercizio vi chiediamo di pensare a ciò che ritenete sia importante per voi in ognuna delle dieci aree della vostra vita sotto citate:

- **Relazioni affettive**
- **Essere genitori**
- **Relazioni familiari**
- **Relazioni sociali**
- **Lavoro**
- **Tempo libero**
- **Senso civico**
- **Crescita personale**
- **Salute**
- **Spiritualità**



# Esercizio: presenziare al vostro funerale

- **Relazioni affettive**
- **Genitorialità**
- **Relazioni familiari**
- **Relazioni sociali**
- **Lavoro**
- **Tempo libero**
- **Senso civico**
- **Crescita personale**

# Esercizio: definire i valori

- **Relazioni affettive**
- **Genitorialità**
- **Relazioni familiari**
- **Relazioni sociali**
- **Lavoro**
- **Tempo libero**
- **Senso civico**
- **Crescita personale**
- **Salute**
- **Spiritualità**

# Psicoeducazione per il dolore cronico

Gli obiettivi del corso psicoeducativo sono principalmente:

- **comprendere la complessità dell'esperienza dolore cronico**, con le sue dinamiche e le conseguenze a livello psicofisico, relazionale e sociale,
- **imparare strategie per una sua migliore gestione a livello emotivo, cognitivo e comportamentale**,
- **diminuire la tendenza alla catastrofizzazione e la paura del dolore e del movimento.**
- **migliorare la comunicazione con l'equipe medica.**
- Il corso psicoeducativo si pone come “snodo” cruciale e porta d'accesso al **trattamento interdisciplinare del dolore cronico**, trattamento che potrà essere medico-farmacologico, fisioterapico e/o psicologico

# Psicoeducazione per favorire la compliance al corretto utilizzo dei trattamenti farmacologici

- Le persone che soffrono dolore cronico necessitano in genere di terapia farmacologia per lunghi periodi di tempo.
- Questi pazienti attraversano fasi diverse di decorso della malattia e quindi anche i loro bisogni terapeutici variano nel tempo.
- L'aderenza al trattamento (compliance), anche con l'utilizzo di nuovi psicofarmaci, continua a costituire uno dei problemi clinici più rilevanti specialmente nel trattamento farmacologico di lungo termine

# Psicoeducazione sulla fisiologia del dolore

- In pazienti con mal di schiena cronico, **l'educazione sulla fisiologia del dolore** altera le percezioni di malattia e, qualora combinata con la fisioterapia, migliora gli outcome funzionali e sintomatici (Moseley, 2002).
- E' stato dimostrato che i pazienti che hanno **informazioni scorrette sul dolore, lo considerano più minaccioso, mostrano una tolleranza al dolore inferiore, hanno più pensieri catastrofici** inferiore in questi pazienti.

# Psicoeducazione sulla fisiologia del dolore

In uno studio controllato è stato dimostrato che **fornire semplicemente un opuscolo informativo dettagliato sulla fisiologia del dolore e la sensibilizzazione centrale non ha modificato le percezioni di malattia o lo stato di salute in pazienti con fibromialgia**, ma quando il medesimo materiale scritto veniva fornito nell'ambito di due sessioni psicoeducative riguardanti la fisiologia del dolore, **il funzionamento fisico, mentale e la salute generale dei pazienti con fibromialgia sono migliorati**

(Ittersum et al., Van Oosterwijck et al 2013).

# Psicoeducazione per mantenere/incrementare la motivazione

Molte ricerche hanno evidenziato che la psicoeducazione in pazienti che presentano diverse tipologie di dolore cronico:

- **migliora la motivazione alla riabilitazione** in coloro che presentano un dolore cronico imputabile a fenomeni di sensibilizzazione centrale.
- **migliora la partecipazione ed il coinvolgimento in successivi interventi di riabilitazione**



# Psicoeducazione

Alla base dell'approccio psicoeducazionale vi sono le tecniche di modificazione del comportamento, che possono avvenire attraverso varie strategie

**L'intervento psicoeducazionale si basa su strategie CBT tra cui:**

- a) tecniche di modeling**
- b) Tecniche basate sul rinforzo: «evocare, rinforzare, ripetere»**



# Gli stimoli

**Sul versante dell'incremento dei comportamenti adeguati rivestono una particolare importanza le strategie che si basano sugli stimoli:**

- ***Stimulus fading***
- ***Stimulus shaping***
- ***Stimulus control***
- ***Prompting***
- ***Modeling***
- ***Chaining***

# STRATEGIE DI MODIFICAZIONE DEL COMPORTAMENTO



Le strategie a cui si fa maggiormente riferimento per l'acquisizione e il consolidamento di competenze e abilità sono:

- Prompting e fading ( tecnica di aiuto e riduzione dell'aiuto)
- Modeling ( apprendimento imitativo)
- Shaping e Chaining ( modellaggio e concatenamento)
- Tecniche di rinforzo

# STRATEGIE DI APPRENDIMENTO IMITATIVO IL MODELLAMENTO ( MODELING)

L'utilizzazione del modellamento nella pratica terapeutica è stato possibile in quanto esso è in grado di assolvere le seguenti funzioni:

1. **Consente l'acquisizione di nuovi comportamenti (funzione acquisitiva)** che in questo modo entrano a far parte del repertorio comportamentale del soggetto.
2. **Stimola il soggetto ad utilizzare in modo più adeguato modalità comportamentali** che fanno parte già del suo repertorio (**funzione facilitativa**)



# Tecniche di Rinforzo

Il rinforzo è un evento che, fatto seguire all'emissione di un comportamento, ne rende più probabile la comparsa in futuro.

Esistono vari tipi di rinforzi:

- Materiali
- Sociali
- Sensoriali
- Simbolici
- Informazionali

# LA GENERALIZZAZIONE

- Per poter parlare di apprendimento è necessario il mantenimento nel tempo delle abilità acquisite e la loro generalizzazione in contesti differenti da quelli in cui è avvenuto il training.



- **Pianificare attivamente la generalizzazione**



Le caratteristiche fondamentali che indirizzano un programma di modeling sono:

Individuazione dell' abilità che si intende costruire e selezione del comportamento iniziale.

Delineazione di una serie di approssimazioni successive

Predisposizione di opportuni programmi di rinforzo