

Anna Maria Zotti
Giorgio Bertolotti
Paolo Michielin
Ezio Sanavio
Giulio Vidotto

CBA-H

Cognitive Behavioural Assessment forma Hospital

Manuale

Seconda edizione

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione dell'opera o di parti di essa con qualsiasi mezzo, compresa stampa, copia fotostatica, microfilm e memorizzazione elettronica, se non espressamente autorizzata dall'Editore.

Seconda edizione: 2020

© 2010, 2020, Giunti Psychometrics S.r.l. – Firenze

Indice

Prefazione	5
1. Introduzione	7
1.1. Dall'esperienza del GISSI 2 all'uso clinico del CBA-H	8
1.2. Le quattro schede del CBA-H	9
2. Proprietà psicometriche	13
2.1. Validità	13
2.2. Norme di riferimento	15
2.3. Indice di accuratezza	18
3. Guida per la somministrazione	21
3.1. Somministrazione individuale	21
3.2. Somministrazione di gruppo	22
3.3. Indicazioni generali	22
3.4. Item critici e item di controllo	23
3.5. Scoring	23
4. Analisi dei costrutti	25
4.1. Scheda A	25
4.2. Scheda B	26
4.3. Scheda C	28
4.4. Scheda D	31
Bibliografia	39
Appendice A	
Aggiornamenti bibliografici	47
Appendice B	
Vital Exhaustion ed eventi stressanti	51
Appendice C	
Il comportamento di Tipo A	59

Appendice D

Sensibilità del CBA-H a individuare i soggetti non aderenti alle proposte terapeutiche	65
---	----

Appendice E

Tabelle	69
----------------------	----

Appendice F

Esempio di profilo	85
F.1. Anamnesi prossima	87
F.2. Anamnesi remota	87
F.3. Procedura valutativa	88
F.4. Colloquio clinico di restituzione questionario CBA-H	89

Prefazione

I cultori della materia testistica che leggessero questo manuale potrebbero obiettare che la casistica per la validazione del CBA-H è fortemente sbilanciata sul versante delle patologie cardiovascolari.

È vero, ma è altrettanto vero che le malattie cardiovascolari detengono il primato in Italia e nel resto del mondo per mortalità, morbilità, costi delle cure e costi sociali e richiederebbero particolare attenzione anche da parte della psicologia.

D'altro lato, i tipici fattori comportamentali di rischio delle cardiopatie (fumo, sedentarietà, scorretta alimentazione e stress, che a loro volta sono collegati, tra gli altri, a ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, diabete, ipertensione e obesità) sono importanti fattori di rischio anche per altre patologie: broncopneumopatie, ischemie cerebrali, neoplasie polmonari, neoplasie della bocca, dell'intestino, ecc.

Si può dire che ogni patologia organica potrebbe essere meglio ritardata e controllata se venissero attuati programmi di prevenzione primaria e secondaria per arginare quei comportamenti a rischio che sono collegati allo stile di vita.

Allo stesso modo, paure, senso di isolamento, depressione e incapacità a reagire, senso di dipendenza e perdita dei ruoli sono fenomeni conseguenti a ogni stato di malattia: da fenomeni transitori, se non controllati possono degenerare in condizioni di malessere psicologico cronico, con costi sociali e familiari aggiuntivi (Rossi Ferrario, Baiardi e Zotti, 2004).

Paradossalmente anche la semplice visita o un controllo diagnostico strumentale attiva stati di allerta, pensieri e cognizioni ricorrenti fino all'esito del referto.

Forse siamo troppo abituati alle specializzazioni, a pensare che un organo sia indipendente dall'altro; ci siamo adattati alla cardiologia, alla neurologia, all'oncologia, ecc., così come alla psicocardiologia, alla psiconcologia, alla psicogeriatrica, alla neuropsicologia, ecc., a strumenti testistici, talvolta solo questionari più o meno adattati dall'estero, per ogni settore della medicina, come se l'uomo fosse diverso in rapporto all'organo malato. È d'altra parte vero che i sintomi che accompagnano una patologia sono diversi in dipendenza dell'organo bersaglio, ma a che cosa serve studiare la psicologia dei sintomi, le paure specifiche, l'aderenza ai trattamenti, se di un uomo malato o in

procinto di ammalarsi non conosciamo le caratteristiche psicologiche che possono modulare la stessa percezione dei sintomi o la modificazione degli stili comportamentali?

Adattandoci al mercato abbiamo fatto un torto non solo all'uomo ma anche alla psicologia, perché il mercato ha risposto occupando spazi professionali precipui della psicologia, che non ha saputo offrire un valore aggiunto nell'identificazione delle problematiche emergenti connesse alla promozione, alla prevenzione e alla cura della salute, o non ha saputo adeguatamente utilizzare e condividere gli strumenti disponibili sul mercato della psicologia.

Il CBA-H si rivolge all'uomo nella sua inscindibile unicità bio-psico-sociale; è stato costruito per valutare l'uomo che, per cause genetiche, accidentali, ambientali (si pensi all'attualità dello stress lavoro-correlato che colpisce nell'Unione Europea 40 milioni di persone e giustifica il 50-60% delle assenze dal lavoro per malattia con una perdita di circa 20 miliardi di euro ogni anno, secondo i dati forniti dall'OSHA – Occupational Safety & Health Administration nel 2005)¹ o per il semplice processo di invecchiamento, oltre alla sofferenza dell'evento malattia si porta il proprio bagaglio di atteggiamenti, cognizioni e comportamenti che possono determinare l'evoluzione e l'adattamento a una diversa condizione di salute. Il CBA-H è stato anche utilizzato in ricerche di prevenzione secondaria (Giannuzzi et al., 2008): i settori della prevenzione primaria e secondaria dovrebbero vedere il primato della psicologia, poiché le modificazioni degli stili di vita sono possibili solo quando si conosca profondamente l'uomo e si faccia leva sulle sue motivazioni e caratteristiche intrinseche che determinano la scelta di uno stile di vita piuttosto che di un altro.

In queste accezioni, per l'ampia – anche se non completa – casistica di riferimento e per l'efficacia dell'uso nella pratica clinica, il CBA-H si consegna come strumento italiano qualificato e attendibile, generalizzabile allo studio dei più ampi settori della salute e della malattia.

Quarna Sotto (VB), novembre 2010

Anna Maria Zotti

1. Si fa riferimento ai dati pubblicati sul sito www.osha.europa.eu nell'aprile 2009.

Introduzione

Il *Cognitive Behavioural Assessment forma Hospital (CBA-H*; Zotti, Bertolotti, Michielin, Sanavio e Vidotto, 2000) è uno strumento utile per effettuare uno *screening* delle problematiche soggettive, emozionali e comportamentali indotte e/o connesse a sospetta o diagnosticata malattia organica.

Il questionario discende dalla batteria del *Cognitive Behavioural Assessment 2.0 – Scale Primarie (CBA-2.0*; Bertolotti, Michielin, Sanavio, Vidotto e Zotti, 1985), che ha avuto una ragguardevole diffusione anche in ambito di psicologia della salute e medicina generale, soprattutto nei reparti di cardiologia, infettivologia (AIDS), medicina riabilitativa, oncologia, pneumologia, terapia del dolore. Il CBA-2.0 in ambito ospedaliero è stato particolarmente apprezzato in quanto offre la possibilità di distinguere stati emozionali e modificazioni comportamentali connessi all'impatto con la recente ospedalizzazione (o riconoscimento di malattia) in relazione a preesistenti caratteristiche del soggetto e a modalità emozionali e comportamentali meno transitorie e meno situazionali.

La forma H (H = *Hospital* ↔ *Health*) è stata sviluppata prevalentemente al fine di potenziare ulteriormente le possibilità del CBA e consentirne l'utilizzo in contesti rilevanti, che però esigono modalità di gestione particolarmente agili, automotivanti e contestualizzate.

Il primo impiego ufficiale del CBA-H si è avuto nell'ambito della malattia infartuale acuta e ha permesso di verificare come il test fosse di facile e semplice utilizzo in un contesto ospedaliero complesso come l'Unità coronarica, nella quale domina l'urgenza e gli operatori sanitari sono impegnati con procedure tecniche sofisticate e decisioni da prendere rapidamente, mentre i pazienti sono in totale dipendenza, senza contatti e talvolta più spaventati dall'ambiente asettico e dagli strumenti di monitoraggio che non dalla consapevolezza dell'evento occorso. La forma H non è indirizzata solo ad ambiti cardiologici, ma anche a pazienti con patologia organica acuta o cronica nelle prime giornate di ricovero ospedaliero, a pazienti ambulatoriali in prossimità di un evento sanitario rilevante (comunicazione di una diagnosi di malattia, attesa di intervento chirurgico, accertamenti di sieropositività, ecc.) e infine a soggetti sottoposti a programmi di prevenzione primaria (*screening* dello stress-lavoro correlato, del diabete, dell'ipertensione, dell'obesità e *screening* oncologici).

La forma H risulta molto più breve e semplice della forma originale CBA-2.0; essa è composta di 152 item tutti brevi e di facile lettura; il formato di risposta è dicotomico (“Vero”/“Falso”) per tutte le sezioni del test. Le domande sono organizzate in quattro schede:

- **Scheda A:** indaga lo stato emotivo riferito al momento in cui viene somministrato il test (ad esempio all’atto del ricovero), le reazioni d’ansia e di depressione, le paure attinenti alla salute, le apprensioni nei confronti del personale sanitario, le preoccupazioni connesse a scarsa informazione;
- **Scheda B:** esamina, in riferimento ai mesi immediatamente precedenti, lo stato emotivo, eventuali disturbi psicofisiologici, percezioni e manifestazioni di stress, eventi e modalità comportamentali significative;
- **Scheda C:** si riferisce a un più ampio arco di vita e analizza caratteristiche tendenzialmente stabili, tra le quali introversione/estroversione, stabilità/instabilità emozionale, tratti d’ansia, stile interpersonale, ostilità e rigidità sociale, irritabilità e impazienza, coinvolgimento con il lavoro;
- **Scheda D:** raccoglie informazioni di carattere biografico, come elementi di supporto sociale, relazioni affettive e sessuali, lutti ed eventi stressanti, soddisfazione e tipologia lavorativa, abitudini alimentari, sonno, attività fisica e sedentarietà, uso di alcolici, abitudine al fumo.

Dallo scoring delle risposte si ricavano delle variabili che producono schemi critici, utili per l’interpretazione del questionario e per la definizione degli eventuali approfondimenti necessari.

Il presente manuale, frutto dell’esperienza di oltre un decennio di pratica clinica, presenta una succinta descrizione dello strumento e dell’applicazione clinica in diversi ambiti sanitari, ospedalieri e riabilitativi.

1.1. Dall’esperienza del GISSI 2 all’uso clinico del CBA-H

Alla fine degli anni Ottanta del secolo scorso, il Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell’Infarto Miocardico (GISSI) propose un progetto di ricerca denominato “GISSI 2”, che fra i diversi obiettivi aveva quello di esplorare l’influenza di variabili psicologiche, comportamentali e ambientali sull’evoluzione della malattia infartuale (Carinci et al., 1997; Labbrozzi et al., 1996; Volpi et al., 1993). Il CBA-H è stato costruito con la finalità di poter essere impiegato proprio nel progetto GISSI 2, recependo le indicazioni emerse da una rassegna di studi epidemiologici e da ricerche che erano state effettuate per evidenziare i possibili fattori di rischio psicologico, ambientale e comportamentale che si accompagnavano ad alcune tra le patologie a maggior mortalità e morbilità. Sulla scorta di tali informazioni, si è proceduto

a individuare nel CBA-2.0 alcuni costrutti assimilabili e utili a valutare i comportamenti avversi alla salute.

Sulla base degli obiettivi del progetto GISSI 2, che si proponeva di indagare le variabili psicologiche a poche ore dall'episodio di infarto del miocardio, considerando le condizioni di somministrazione (*setting*), la batteria del CBA-2.0, in precedenza ampiamente utilizzata nella valutazione del paziente cardiopatico ricoverato per riabilitazione, non risultava adeguata perché le aree di indagine non esaminavano aspetti specifici utili nella valutazione di caratteristiche comportamentali (ad esempio il comportamento di Tipo A) e di altri fattori di rischio del paziente cardiopatico, ma anche per l'impegno richiesto per la sua compilazione, eccessivo rispetto alle condizioni in cui il paziente si sarebbe potuto trovare nelle prime ore dopo l'infarto (Zotti et al., 1989; Zotti, Bettinardi, Soffiantino, Tavazzi e Steptoe, 1991). Nemmeno l'analisi della letteratura aveva consentito di identificare strumenti psicometrici già validati che potessero rispondere agli obiettivi predefiniti dal GISSI 2.

Ispirandosi ai costrutti presenti nel CBA-2.0, si è proceduto in primo luogo a produrre un gruppo di item dicotomici; in secondo luogo, si sono proposti item ispirati alle numerose scale esistenti per la misurazione delle caratteristiche di Tipo A (Jenkins, Zyzanski e Rosenman, 1979); infine si è condotta una rassegna meta-analitica per evidenziare tutti i costrutti psicologici, le abitudini a rischio e altri costrutti connessi all'evoluzione delle malattie fisiche (compresa, ad esempio, la fede religiosa).

1.2. Le quattro schede del CBA-H

Al termine del cammino descritto nel paragrafo 1.1, si è giunti alla definizione di un questionario composto da 152 item dicotomici, tutti brevi, semplici, di facile lettura e comprensione, organizzati in quattro schede.

Le domande che indagano lo stato al momento della somministrazione (Scheda A) richiedono al soggetto di rispondere alle affermazioni indicando le sensazioni esperite nel momento stesso in cui compila il questionario.

Le istruzioni che vengono date per la Scheda B chiedono al soggetto di rispondere facendo riferimento a come si è sentito nei tre mesi antecedenti la compilazione del test. L'operatore, dunque, dovrà sottolineare l'importanza delle istruzioni, perché esse richiedono in queste due schede iniziali di porre attenzione alla collocazione temporale del proprio giudizio.

Gli item della Scheda C raccolgono informazioni che si riferiscono ad aspetti del proprio carattere e allo stile comportamentale in generale, in un'ampia gamma di situazioni.

La sezione biografica (Scheda D) si orienta a raccogliere informazioni che riguardano abitudini e problemi quotidiani.