- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.93.210 Mon, 29 Apr 2024, 06:06:33

Il colloquio motivazionale

Gabriella Greco

U.O. di Cardiologia, Ospedale Santo Spirito, Roma

(Ital Heart J 2001; 2 (Suppl 1): 74-80)

© 2001 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Dr.ssa Gabriella Greco

U.O. di Cardiologia
Ospedale Santo Spirito
Lungotevere in Sassia, 1
00193 Roma
E-mail:
ellagreco@yahoo.com

Influire sullo stile di vita allo scopo di modificarne gli aspetti problematici per la salute, attuale o futura, significa incidere sulle scelte comportamentali dell'individuo, espressione del complesso mondo interiore di valori, modelli, aspettative e relazioni della persona. Nella pratica quotidiana l'intervento medico consiste abitualmente nell'impartire delle direttive (prescrizioni), presupponendo la disponibilità del paziente ad attenersi alle indicazioni (compliance). L'improduttività di un simile approccio nel campo dei comportamenti ed in particolare delle dipendenze non merita particolari commenti. Tra i metodi alternativi ha suscitato crescenti consensi il colloquio motivazionale, una specifica metodologia adatta a "generare (nell'utente) un'apertura al cambiamento, preparando il terreno per il successivo intervento terapeutico".

Il colloquio motivazionale

La tecnica del colloquio motivazionale[1] nasce quando un clinico, William R. Miller, nell'osservare come fosse facile cadere in discussioni e scontri verbali con i suoi pazienti, intuì che lo stile del *counseling* svolgeva un ruolo determinante nel suscitare reazioni di negazione e resistenza in soggetti con problemi comportamentali. L'approccio motivazionale si pone infatti in alternativa rispetto alle tecniche di confronto. Queste ultime implicano un atteggiamento fortemente direttivo o coercitivo da parte di un'autorità (il *counselor*) nei confronti di un soggetto (il cliente) considerato in condizioni di inferiorità, nel presupposto che i problemi di dipendenza siano espressione di una specifica anomalia della personalità caratterizzata da elevati meccanismi di difesa che si esprimono in atteggiamenti come la negazione (non avere il problema, il problema non è grave, non essere dipendente) e la razionalizzazione (la necessità di fumare a causa dello stress). In questa visione l'obiettivo del *counselor* è quello di annientare queste difese attraverso il confronto e l'opposizione. Miller si rese conto che era proprio questo atteggiamento di persuasione diretta a suscitare quelle reazioni psicologiche neganti, difensive, elusive e mendaci che venivano poi interpretate come tratti patologici della personalità caratteristici dei soggetti con problemi di dipendenza. Lo sviluppo del colloquio motivazionale è derivato appunto dalla necessità di superare questi limiti delle strategie di *counseling* in uso e di accrescere le possibilità di favorire i cambiamenti comportamentali.

Il modello degli stadi del cambiamento di DiClemente et al.[2], elaborato parallelamente, ha rappresentato un fondamentale completamento per la comprensione dei processi di motivazione e dei relativi obiettivi terapeutici. Il presupposto è che un cambiamento non consiste in un'azione ma rappresenta un processo complesso, che può richiedere tempi più o meno lunghi a seconda dei casi. La motivazione è considerata, non come un tratto della personalità, ma come uno stato psichico variabile che influenza la *probabilità* del cambiamento: non si tratta semplicemente dei *motivi* per cambiare, ma piuttosto del grado di *disposizione* al cambiamento. Con un approccio adeguato è possibile aiutare le persone a intraprendere questo cammino verso la costruzione del proprio impegno ed il raggiungimento della decisione di cambiare. Il compito del *counselor* è pertanto quello di aiutare le persone a riconoscere i problemi, attuali o potenziali, legati ad un loro comportamento ed accettare tale realtà per quanto sgradita "affinché possano, se pur con riluttanza, accettare il bisogno di cambiare".

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.93.210 Mon, 29 Apr 2024, 06:06:33

Il dramma del cambiamento: comprendere l'ambivalenza e gestire la resistenza

È esperienza quotidiana come lo stato d'animo riguardo una qualunque scelta (fare un viaggio, cambiare casa, risolvere un rapporto affettivo insoddisfacente) sia suscettibile di fluttuazioni; questa incertezza ha spesso origine dalla coesistenza di sentimenti contrastanti riguardo una situazione o una persona (voglio, ma non voglio) ed è una parte normale dei processi psicologici, che chiunque sperimenta nell'arco della vita. Nei problemi di dipendenza l'ambivalenza gioca un ruolo centrale. Il fumatore può essere sinceramente preoccupato per la propria salute o rifiutare la "schiavitù della sigaretta" ed al contempo restare legato al suo comportamento e temere il cambiamento.

Questo conflitto di ambivalenza può essere rappresentato come una bilancia (bilancia decisionale) sui cui piatti pesano i pro ed i contro del mantenimento del comportamento attuale ed i pro e i contro del cambiamento (Fig. 1). La persona dipendente è imprigionata in questa dicotomia in cui è sia attratta che preoccupata (conflitto approccio-evitamento). Un aspetto particolare di questa condizione è che non appena la bilancia comincia a inclinarsi da una parte (per esempio per i timori riguardo ai rischi per la salute), automaticamente l'attenzione si focalizza sui pesi del piatto opposto (il piacere di fumare, la convinzione di non poter affrontare le difficoltà senza le sigarette, ecc.). Questo conflitto di ambivalenza è ciò che viene percepito come "difetto di motivazione" ed è influenzato da fattori con potente valenza emotiva come la scala di valori dell'individuo, le sue particolari aspettative riguardo ai possibili risultati di una certa scelta, i condizionamenti del contesto sociale, il suo grado di autostima (*self-efficacy*), cioè di fiducia rispetto alle proprie capacità di conseguire un certo obiettivo. Su questo pesa inoltre l'effetto della dipendenza che procura nel tempo un indebolimento dei normali meccanismi di autoregolazione del comportamento.

L'ambivalenza rende il fumatore particolarmente suscettibile allo stile del *counseling*. Quando, in questa situazione, l'operatore si pone in atteggiamento direttamente persuasivo rispetto ad un utente ("devi cambiare perché ..."), nella convinzione che l'incertezza sia indice di un difetto della sua facoltà di giudizio, spinge su un versante del conflitto (a favore del cambiamento) ed induce una reazione di negazione o resistenza ("sì, ma ...") in cui l'utente sottolinea i benefici dell'uso della sostanza e gli svantaggi e gli ostacoli al cambiamento (difesa dello *status quo*) che è l'esatto opposto di ciò che si vuole ottenere. Se l'operatore persiste si entra così in una spirale di confronto-negazione (*confrontation of denial*) il più delle volte controterapeutica. Inoltre la sensazione di una limitazione della libertà personale può fare aumentare la desiderabilità e l'attaccamento al comportamento problematico (teoria della reattanza psicologica). Per contro, il colloquio motivazionale si basa sull'accettazione dell'ambivalenza come cuore del problema e principale terreno di lavoro: l'obiettivo è portare l'utente a riconoscere ed esaminare il conflitto, suscitare le sue proprie preoccupazioni e indurlo a trovare egli stesso i motivi e la spinta per cambiare.

La resistenza è quindi un'espressione del conflitto di ambivalenza. Nel corso di studi sugli alcolisti sono stati valutati i comportamenti di resistenza degli utenti e suddivisi in quattro categorie, tutte predittive del risultato a lungo termine (Tab. I). Si è già detto come la reazione di resistenza sia fortemente influenzata dal comportamento dell'operatore e possa essere suscitata da un approccio sbagliato: in questo senso, le espressioni di re-

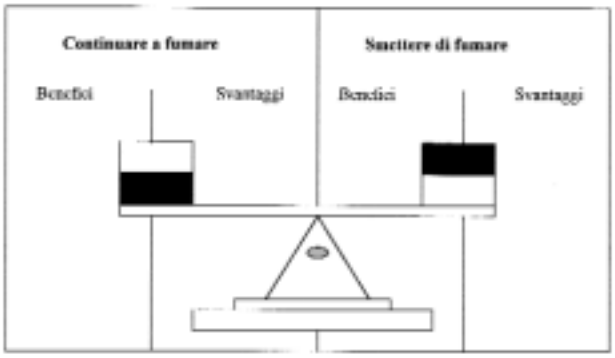

Figura 1. *La bilancia decisionale: il foglio della bilancia decisionale può essere utilizzato nel corso del colloquio per conoscere e analizzare i valori e le aspettative.*

Tabella I. Le quattro categorie di comportamento di resistenza.

1. Discutere
   L'utente contesta la preparazione dell'operatore o l'accuratezza delle sue affermazioni
   a. Sfidare
   b. Screditare
   c. Manifestare ostilità
2. Interrompere
   Ostacolare il colloquio intromettendosi o tentando di zittire l'operatore
   a. Inserirsi bruscamente
   b. Bloccare
3. Negare
   Rifiutare di riconoscere i problemi e assumersi delle responsabilità
   a. Incolpare
   b. Dissentire
   c. Scusarsi
   d. Proclamare la propria impunità
   e. Minimizzare
   f. Mostrare riluttanza
   g. Manifestare indisponibilità al cambiamento
4. Ignorare
   a. Essere disattenti
   b. Dare risposte non attinenti
   c. Cambiare argomento
   d. Non rispondere

Da Miller e Rollnick[1], modificata.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.93.210 Mon, 29 Apr 2024, 06:06:33

sistenza possono anche essere utili in quanto forniscono un importante feedback sulla validità o meno della tecnica di *counseling* prescelta. Per esempio, come vedremo in seguito, spesso si manifesta perché è stato sopravvalutato il grado di motivazione del soggetto ed è stata adottata una strategia non adeguata allo stadio di cambiamento in cui egli si trova.

La resistenza è quindi ammessa come "un comportamento osservabile durante il trattamento" e soprattutto nella fase centrale quando, avvicinandosi alla "soglia decisionale", aumenta l'ambivalenza ed è più facile un cedimento della spinta motivazionale. Il modo con cui essa viene gestita è un elemento determinante dell'intervento in quanto uno degli scopi fondamentali è appunto quello di non suscitare questo tipo di reazione e di evitare che la riluttanza iniziale si strutturi in un rifiuto stabile. Le tecniche per ottenere questo risultato sono ampiamente descritte in letteratura. Una disamina dettagliata esula dagli scopi di questa trattazione: il principio generale può essere semplificato nella necessità di rispettare le convinzioni e le emozioni dell'utente, prendere atto e accettare un disaccordo e comunque non rispondere alla resistenza con la resistenza evitando la discussione e la trappola del confronto-negazione.

Principi del colloquio motivazionale

Il colloquio motivazionale è uno stile di *counseling* centrato sul cliente (*client-centered therapy* o *person-centered approach*) in cui l'utente ha pari dignità e responsabilità nella relazione e l'operatore accetta e condivide l'esperienza del conflitto. Tuttavia in questo modello terapeutico il *counselor* mantiene una posizione direttiva in quanto gestisce il colloquio attuando definite strategie e sceglie il modo ed il momento per intervenire.

Il trattamento prevede due fasi: nella fase I (stadio di precontemplazione e contemplazione) l'obiettivo è costruire la motivazione; nella fase II, che inizia quando la persona ha raggiunto la determinazione di cambiare (stadio della preparazione), l'attenzione è rivolta al rafforzamento dell'impegno e al sostegno dell'utente nella definizione degli obiettivi e nella scelta delle strategie più adeguate.

La pratica del colloquio motivazionale si basa su cinque principi fondamentali:

• esprimere empatia. Con il termine empatia si indica non l'approvazione o il consenso, ma l'accettazione del punto del vista del cliente; l'operatore, pur mantenendo la distanza dalle affermazioni non condivisibili, ascolta con rispetto le opinioni della persona senza esprimere biasimo o critica, ma si sforza di comprendere bene la sua posizione e di scegliere le modalità di intervento più efficaci;

• sviluppare discrepanza. Uno degli scopi centrali è stimolare la consapevolezza della discrepanza tra importanti aspirazioni ed obiettivi del cliente (la salute, i rapporti, l'immagine di sé) e il comportamento attuale e sviluppare la contraddizione fino a che le preoccupazioni per le conseguenze non prevalgano sul desiderio di mantenere la condotta abituale. È questo un aspetto direttivo della tecnica in cui l'operatore lavora per creare una frattura. È però indispensabile utilizzare le motivazioni interne del paziente che deve da sé trovare ed esprimere l'interesse per il cambiamento. È necessario pertanto conoscere e rispettare il suo sistema di valori e le sue aspettative (che possono naturalmente differire da quelli dell'operatore);

• evitare discussioni. Il colloquio motivazionale ha uno spirito oppositivo solo nell'obiettivo finale: rendere consapevoli dei problemi creati da un comportamento e della necessità di porvi rimedio, ma lo stile del *counseling* è improntato all'accettazione ed al rispetto della persona e della sua libertà di scelta. Le dispute così come le prescrizioni, l'atteggiamento di difesa, l'insistenza per l'etichettatura ("lei è un forte fumatore con un alto grado di dipendenza") suscitano resistenza e sono controterapeutiche;

• utilizzare la resistenza. La tecnica del "rotolarsi con la resistenza" (*roll with resistance*) è stata paragonata ad uno judo psicologico in cui l'impeto dell'attacco non incontra resistenza ma viene utilizzato a proprio vantaggio. L'operatore accetta come comprensibile la riluttanza e, con tecniche adeguate, utilizza le espressioni di rifiuto del paziente per proseguire il colloquio, aprire nuove prospettive e coinvolgerlo attivamente nei processi di *problem solving*;

• sostenere l'autoefficacia[3]. La convinzione che ottenere un risultato sia possibile e che si possiedono le risorse interiori per raggiungere l'obiettivo è un elemento determinante della motivazione al cambiamento ed è predittivo del risultato del trattamento. L'operatore deve quindi alimentare una forte fiducia, stimolando la convinzione che il cambiamento è possibile (in questo sono utili i gruppi e le testimonianze) e la responsabilità personale ("io non ti posso condizionare, ma, se lo desideri, io ti aiuterò a cambiare"), accettando i cedimenti come parte naturale del processo (un successo parziale più che un fallimento), fornendo alternative di terapia.

Gli aspetti più propriamente tecnici, ampiamente descritti in letteratura, sono naturalmente più complessi e richiedono un adeguato training. La tabella II illustra brevemente le strategie basilari del colloquio motivazionale. Accanto a queste tecniche efficaci nel favorire la motivazione sono state anche identificate quelle modalità di comunicazione che possono invece rappresentare un ostacolo all'espressione dell'interlocutore, bloccando l'esplorazione del suo percorso interiore (*road-block*) (Tab. III). È comunque necessario sottolineare che è importante entrare in confidenza con lo "spirito" del *counseling* piuttosto che essere eccessivamente coinvolti in questioni di tecnica: talvolta può essere sufficiente un solo incontro ben condotto per far emergere la motivazione interna di una persona ed ottenere un risultato nella direzione del cambiamento.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.93.210 Mon, 29 Apr 2024, 06:06:33

Tabella II. Strategie della prima fase del colloquio motivazionale.

1. Fornire informazioni
   Prima di iniziare è utile una breve introduzione sulle finalità e le modalità del *counseling* in generale e nel caso specifico.
2. Formulare domande aperte
   Le domande alle quali sia possibile rispondere in modo secco ("a che età ha cominciato a fumare?" "fuma appena si sveglia?") creano una relazione esperto/paziente che pone l'utente in un ruolo passivo ostacolando l'esplorazione delle motivazioni. Le domande a finale aperto ("vorrei conoscere meglio il suo rapporto con il fumo. Mi racconti cosa le piace e cosa la preoccupa") stimolano invece le persone a riflettere e ad analizzare il problema. Le notizie di base (numero di sigarette, età di inizio, ecc.) possono essere raccolte prima del colloquio mediante questionari.
3. Praticare l'ascolto riflessivo (riformulazione)
   Di fronte alle affermazioni dell'utente, l'operatore cerca di "decodificare" il significato della comunicazione, di fare delle ipotesi ragionevoli su quello che egli vuole dire ed esprime la propria supposizione sotto forma di un'affermazione (evitando le domande), che può essere una semplice ripetizione, una riformulazione di un concetto, o un'osservazione sullo stato d'animo. Nel far questo l'operatore sceglie i contenuti sui quali è utile riflettere e quelli da trascurare o ignorare. L'ascolto riflessivo esprime empatia e comunica un senso di accettazione; la riformulazione aiuta l'utente a far chiarezza nei propri pensieri e incoraggia l'esplorazione del problema e può essere utilizzata in modo selettivo per rinforzare le affermazioni automotivanti.
4. Suscitare affermazioni automotivanti
   Rappresenta la componente direttiva del colloquio motivazionale. Lo scopo dell'operatore è quello di esaminare e risolvere il conflitto di ambivalenza incoraggiando l'interlocutore ad esprimere le sue preoccupazioni ed il suo desiderio di cambiare. Nel corso del colloquio l'utente può fare affermazioni che riflettono il riconoscimento del problema ("ho notato che tendo a fumare sempre di più"), le sue preoccupazioni ("quando corro ho il fiatone"), la sua volontà di cambiare ("non so come fare a smettere"), l'ottimismo riguardo al cambiamento ("credo di potercela fare"). Di fronte a queste affermazioni automotivanti il compito dell'operatore è solo quello di seguire con cautela il paziente senza affrettare il processo o sovrapporsi con riflessioni proprie. Per suscitare tali affermazioni si possono impiegare strategie diverse come le domande aperte, le domande dirette ("in che modo ciò rappresenta un problema?/la preoccupa?"), la compilazione di un foglio della bilancia decisionale, ed altre ancora. È essenziale l'ascolto attento per comprendere il momento adatto per esaminare la motivazione. Una volta avviato il processo è bene favorire l'ulteriore elaborazione, per esempio chiedendo di produrre degli esempi o di chiarificare meglio un concetto o domandando se c'è qualcos'altro che l'utente vuole dire in proposito.
5. Riassumere
   Un riassunto che sintetizzi quanto è stato discusso dimostra l'attenzione dell'operatore, fa sì che l'utente riascolti quanto ha affermato e consente di verbalizzare gli aspetti dell'ambivalenza emersi nel colloquio. Si può in tal modo chiudere una seduta o introdurre la successiva.
6. Rafforzare l'autostima
   È importante che l'operatore, durante il colloquio, invii dei segnali di comprensione e di conferma riguardo alle posizioni e alle capacità dell'utente ("capisco quanto tutto questo sia difficile", "è molto positivo che sia riuscito a fare un primo passo", "questa è una buona idea").

Da Miller e Rollnick[1], modificata.

Tabella III. I dodici "blocchi stradali" della comunicazione.

1. Ordinare, comandare, dare direttive
2. Ammonire o minacciare
3. Dare suggerimenti, fornire consigli e soluzioni non richieste
4. Cercare di persuadere con la logica e la dialettica
5. Moraleggiare, fare prediche e paternali
6. Giudicare, esprimere disaccordo, criticare, biasimare
7. Mostrarsi d'accordo, approvare, lodare
8. Svergognare, ridicolizzare, etichettare
9. Interpretare, analizzare
10. Rassicurare, consolare
11. Mettere in discussione le affermazioni dell'interlocutore, metterlo alla prova, fare domande insistenti
12. Distrarsi, mostrarsi distaccati, essere sarcastici, cambiare argomento

Tabella IV. Segnali della volontà di cambiamento.

Diminuzione della resistenza
Diminuzione delle domande relative al problema
Affermazioni di automotivazione
Atteggiamento più rilassato
Aumento delle domande relative al cambiamento
Previsioni
Sperimentazione

Il raggiungimento della "soglia decisionale" può essere suggerito da modificazioni del comportamento dell'interlocutore (Tab. IV). Si apre allora una finestra per passare alla fase II dell'intervento. A questo punto il compito dell'operatore consiste nel sostenere la motivazione, fornire informazioni sui metodi utilizzabili, negoziare con l'utente le modalità del cambiamento aiutandolo a scegliere una strategia in cui possa credere e che valuti con ottimismo e concordando gli obiettivi. Un "contratto" scritto può rafforzare l'impegno. È importante tuttavia non affrettare i tempi con indicazioni prescrittive, mantenere un giusto equilibrio tra direttività e necessità di stimolare la responsabilità personale, rispettare i tempi e le scelte dell'utente e non sottovalutare la possibile persistenza di un atteggiamento ambivalente e contemplativo anche nella fase dell'azione.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.93.210 Mon, 29 Apr 2024, 06:06:33

Indicazioni, efficacia e limiti del colloquio motivazionale

In generale il colloquio motivazionale si considera indicato negli stadi di precontemplazione e contemplazione. Nei soggetti in stadio di precontemplazione l'obiettivo è creare la consapevolezza del problema e la convinzione che esiste una possibilità di cambiamento allo scopo di favorire il passaggio allo stadio successivo. In questo caso sono considerati utili cauti interventi motivazionali condotti in forma sensibilmente empatica ed incentrati sull'informazione, sulla riflessione riguardo agli svantaggi della situazione attuale per il cliente (feedback), per esempio per le sue condizioni di salute, e sull'incremento dell'autostima. In questo stadio indicazioni prescrittive e trattamenti intensivi si sono dimostrati controproducenti. L'ambivalenza caratterizza in particolar modo lo stadio di contemplazione e rappresenta l'ostacolo determinante per il cambiamento potendo condurre ad una frustrante condizione di contemplazione cronica. Il compito dell'operatore è quello di far pendere la bilancia in favore del cambiamento ed è in questa fase che il colloquio motivazionale può risultare particolarmente utile. Elementi fondamentali possono risultare le informazioni, il feedback, l'incremento dell'autostima; nell'analisi della bilancia decisionale si valuteranno i pro ed i contro del cambiamento ma non si dimenticherà di affrontare i pro ed i contro del cambiamento in quanto "parte del problema sembra essere una sottovalutazione dei pro e degli aspetti positivi del comportamento problema".

Non si deve tuttavia dimenticare che incertezze e cedimenti possono verificarsi in tutte le fasi del cambiamento e l'ambivalenza può riemergere in qualunque momento, spingendo alla ricaduta.

L'efficacia del colloquio motivazionale è stata valutata in diversi studi svolti peraltro con modalità ed in contesti differenti. Rispetto ad altre tecniche di *counseling* garantisce una migliore compliance ma non tutte le ricerche hanno documentato risultati migliori in termini di astinenza a medio-lungo termine. È importante sottolineare che lo scopo dell'intervento motivazionale non è tanto spingere all'azione quanto aiutare la persona a progredire negli stadi del cambiamento ed è in questi termini che si dovrebbe valutare il risultato ottenuto. Inoltre non si tratta in sé di una forma di terapia, alternativa ad altri approcci, ma di uno stile di *counseling*, propedeutico all'avvio del paziente ai diversi trattamenti di disassuefazione. Deve essere quindi integrato nell'ambito di altri approcci terapeutici (terapia di gruppo, terapia farmacologica, ecc.): è stata suggerita, ad esempio, l'associazione del colloquio motivazionale con tecniche cognitivo-comportamentali per la prevenzione delle ricadute.

L'approccio motivazionale non è naturalmente l'unica e definitiva soluzione al problema del *counseling* e può non adattarsi ad un particolare utente od anche ad un particolare operatore. Tuttavia esso rappresenta un superamento dei limiti delle tecniche di confronto, utilizzate per molti anni, sta suscitando crescente interesse per le dimostrazioni di efficacia ed è stato ed è di grande utilità per comprendere sempre meglio i meccanismi della motivazione e del cambiamento.

L'intervento opportunistico e l'intervento breve

Il *counseling* motivazionale, come è stato fin qui descritto, richiede ovviamente la formazione e l'addestramento degli operatori nonché la definizione di spazi e tempi dedicati: si tratta quindi di un approccio che, per quanto efficace, necessita di un significativo investimento in termini di risorse professionali e finanziarie, di cui spesso le strutture sanitarie non sono in grado di usufruire. Questo, come altri interventi specialistici, sono quindi normalmente riservati ad ambiti particolari (ambulatori specializzati) e si rivolgono essenzialmente ad una popolazione selezionata (fumatori motivati che si rivolgono a tali centri). Un approccio alternativo consiste nell'attuazione di interventi più limitati nel tempo, "tecnicamente" semplici e poco dispendiosi, che, potendo essere applicati in modo più estensivo, possano raggiungere un maggior numero di fumatori Nella tabella V sono poste a confronto le principali caratteristiche di queste due strategie[4]. L'intervento opportunistico consiste in pratica nell'adottare regolarmente, nella pratica clinica quotidiana, quanto indicato dalle linee guida[5,6]: "tutti i medici dovrebbero consigliare con determinazione ad ogni paziente che fuma di smettere poiché le evidenze mostrano che l'indicazione da parte del medico aumenta la frequenza della disassuefazione". Pertanto tutti i fumatori, identificati occasionalmente durante i consulti routinari, dovrebbero ricevere un consiglio "chiaro", "deciso" e "personalizzato" a smettere di fumare. Possono essere sufficienti pochi minuti per sollevare l'argomento con il paziente, indagarne la disposizione e adottare una strategia adeguata e/o proporre una lista di opzioni per la risoluzione del problema (distribuzione di materiale informativo, prescrizione di terapia farmacologica, invio a centri specializzati, ecc.).

Tabella V. Strategie per il trattamento del tabagismo.

	Trattamenti specialistici	Intervento opportunistico
Sedi	Ambulatori specialistici	Visita di routine
Popolazione	Fumatori motivati	Tutti i fumatori
Conduzione	Counselor addestrati	Tutti i sanitari
Tipo di intervento	Intensivo	Breve
% di successo ad 1 anno	20-30%	5-10%
Costi	Alti	Bassi

Da Lichtenstein et al.[4], modificata.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.93.210 Mon, 29 Apr 2024, 06:06:33

Tutto ciò potrebbe apparire come un'eccessiva semplificazione. Non si deve però dimenticare che le indagini epidemiologiche hanno dimostrato che la stragrande maggioranza dei fumatori (70%) vivono la loro dipendenza in modo conflittuale, il 90% prova a liberarsene e che la maggior parte degli ex-fumatori hanno smesso senza alcun ausilio: un intervento attuato con serenità ed empatia può cogliere il paziente in un momento favorevole, una "finestra" di motivazione, e riuscire a innescare la determinazione. Inoltre il codificare l'inserimento dello stato di fumatore tra i parametri vitali e l'intervento occasionale per la disassuefazione come atto medico "dovuto", oltre ad aumentare le probabilità che i medici si impegnino in questo campo, può contribuire ad incrementare la percezione da parte dei fumatori della rilevanza del problema in termini di rischi per la salute.

Per quanto concerne più direttamente i risultati, valgono le seguenti osservazioni:

• se si valuta un approccio di questo tipo in termini di risultati definitivi assoluti l'efficacia può apparire piuttosto deludente: 5-10% di astinenza a 1 anno. Silargy[7], in una metanalisi di 31 studi su 26 000 fumatori, ha riscontrato un aumento della percentuale assoluta di astinenza del 2.5% e non tutti gli studi sono stati in grado di documentare una differenza di risultati significativa in gruppi di fumatori randomizzati a intervento occasionale o nessun intervento[2];

• il contesto cambia sostanzialmente se si considera che ciò che più conta, con questo tipo di strategia, non è tanto l'efficacia quanto l'efficienza[8] e l'impatto a livello di popolazione (prodotto tra le percentuali di astinenza ottenute per il numero delle persone che hanno usufruito dell'intervento: % astinenza × numero di contatti)[9]: se un intervento che ha il 30% di efficacia raggiunge solo il 5% fumatori avrà un impatto molto inferiore rispetto ad un intervento che avendo il 5% di efficacia coinvolga il 60% dei fumatori;

• la realizzazione di un cambiamento comportamentale è, come si è visto, un processo complesso che può richiedere tempi più o meno lunghi: come si è già detto a proposito del colloquio motivazionale, i risultati dovrebbero essere valutati in termini di progressione del paziente lungo questo percorso ed è stato dimostrato che anche un intervento di pochi minuti, attuato adeguando l'approccio allo stadio del cambiamento del paziente e adottando lo spirito del colloquio motivazionale, è in grado di incrementare la motivazione in modo significativo[10].

In ambiti non specialistici, ma particolarmente coinvolti nella gestione del rischio connesso al tabagismo, è possibile infine adottare una strategia "intermedia": i principi del colloquio motivazionale (esprimere empatia, aumentare la dissonanza, gestire la resistenza, sostenere l'autoefficacia, ecc.) possono essere infatti utilizzati per attuare interventi brevi, limitati anche ad uno solo o pochi incontri focalizzati sul problema. L'obiettivo sarà incoraggiare il paziente ad analizzare il suo comportamento, ad esplorare i possibili motivi di preoccupazione ed a prendere in considerazione il cambiamento; se il paziente si dimostra pronto sarà possibile affrontare la questione della scelta della strategia migliore da attuare per realizzare la determinazione di smettere di fumare. Anche in questo caso l'incontro potrà avviarsi con domande aperte e verterà sulle emozioni e preoccupazioni del fumatore; la conclusione può consistere nella definizione di un piano d'azione o, qualora questo non sia possibile, in un semplice riassunto di quanto emerso durante il colloquio da parte dell'operatore, che, nel rispetto della libertà di scelta, informa sulle diverse opzioni tra cui scegliere quando il paziente si sentirà pronto e offre la propria disponibilità ad aiutarlo e sostenerlo. La tabella VI mostra uno schema esemplificativo. Non bisogna mai dimenticare che lo scopo del *counseling* è quello di aumentare il grado di motivazione del fumatore: se il colloquio viene condotto senza esercitare forzature nella speranza di improbabi-

Tabella VI. Strategie per l'intervento breve.

Avvio	Stabilire un rapporto Sollevare la questione del fumo (domande aperte) Scegliere una strategia adeguata
Esempi di strategie per la conduzione	Informarsi sulle abitudini ("che tipo di fumatore è lei?") Informarsi sullo stile di vita Usare il feedback ("cosa pensa del suo uso di sigarette nella sua situazione?") Chiedere i pro ed i contro ("in che modo fumare le piace e cosa invece le dà fastidio?") Informarsi su esperienze passate ("ha mai provato a smettere? com'è andata?") Fornire informazioni e chiedere il parere del paziente ("ho il dovere di informarla che ... cosa ne pensa?")
Conclusione	a. il paziente è pronto a smettere: - fornire alternative terapeutiche - aiutare nella definizione del programma - garantire il sostegno b. il paziente non è pronto a fare un serio tentativo - riassumere ("capisco che in questo momento ... Lei comunque mi ha detto che è preoccupato di fumare perché ...") - incoraggiare ("non sottovaluto le difficoltà, ma è possibile riuscirci") - fornire informazioni e alternative ("esistono diversi metodi per smettere ... quando lo desidera potremo analizzarli insieme")

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.93.210 Mon, 29 Apr 2024, 06:06:33

li risultati miracolistici, ma con cautela e con il dovuto rispetto, il paziente recepirà l'operatore come una figura autorevole cui può rivolgersi con serenità e fiducia per parlare del suo problema. Quest'ultimo dovrà naturalmente essere sempre pronto a proporre un ventaglio di alternative terapeutiche e avere le abilità professionali necessarie per seguire e sostenere il paziente durante il trattamento come anche in caso di ricaduta.

Bibliografia

1. Miller W, Rollnick S. Il colloquio motivazionale. Tecniche di counseling per problemi di alcol e altre dipendenze. Trento: Ed Erickson, 1998.
2. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst S, Velicer WF, Velasquez M, Rossi J. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation. J Consult Clin Psychol 1991; 59: 295-304.
3. Bandura A. Autoefficacia. Teoria ed applicazioni. Trento: Ed Erickson, 2000.
4. Lichtenstein E, Hollis JF, Severson HH, et al. Tobacco cessation interventions in health care setting: rationale, model, outcome. Addict Behav 1996; 21: 709-20.
5. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Service Report. JAMA 2000; 28: 3244-54.
6. USDHHS. Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research Quality, 2000.
7. Silargy C. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2000; 2: CD000165.
8. Richmond RL. Retracing the steps of Marco Polo: from clinical trials to diffusion of interventions for smokers. Addict Behav 1996; 21: 683-97.
9. Prochaska JO. A stage paradigm for integrating clinical and public health approaches to smoking cessation. Addict Behav 1996; 21: 721-36.
10. Goldberg DN, Hoffman AM, Farinha MF, et al. Physician delivery of smoking-cessation advice based on the stages-of-change model. Am J Prev Med 1994; 10: 267-74.