

Area tematica 1 CLINICA

1.1

MODELLO "SNODI DECISIONALI". UNA PROPOSTA DI INTERVENTO NELL'AMBITO DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Badii F.*[1], Grossi S.[1], Di Liberto M.[1], Sansalone S.[1]

[1]ASL2 - Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - Savona - Italy

Sottotitolo: Nel presente elaborato si intende illustrare un modello di trattamento delle dipendenze patologiche rispetto al quale sono stati raccolti dati incoraggianti relativamente alla sua implicazione con pazienti tabagisti. L'obiettivo è quello di poter indagare l'efficacia del suddetto modello anche relativamente ad altre tipologie di dipendenza.

Testo Abstract: Introduzione

L'accesso ad un Servizio di trattamento e cura origina, nella maggior parte dei casi, da una situazione di marcato disagio che, nell'ambito della dipendenza, comprende anche la sensazione di perdita della capacità di controllo. Alle necessità di essere ascoltati, di ricevere aiuto, si accompagna una sensazione di impotenza che può interferire con la motivazione del paziente e costituire uno dei motivi di drop out, o, comunque, un ostacolo al procedere dell'intervento terapeutico, soprattutto nelle forme di dipendenza comportamentale, dove l'ausilio farmacologico è inesistente. Come la letteratura sul tema suggerisce, sono innumerevoli e svariate le cause che possono condurre all'abbandono precoce di un percorso; tra le variabili più facilmente associate ad un'interruzione prematura, troviamo, per esempio: età del paziente, tipologia di problematica, disturbi di personalità [1].

In tale contesto è stato elaborato il modello degli "snodi decisionali" [2,3,4], prendendo spunto da alcuni lavori di Robinson e Berridge sull'addiction [5,6,7], per cercare di agire sulla sensazione di impotenza,

attivare la percezione di "agency" e, di conseguenza, l'autoefficacia del paziente.

Secondo tali autori, nei quadri di dipendenza si determina il passaggio da un comportamento controllato da aspettative esplicite (tipo act/outcome) ad uno con caratteristiche stimolo/risposta, dando origine ad una situazione di abitudine percepita come automatismo, con spostamento della consapevolezza dai vari atti che compongono una azione, all'esito finale.

L'obiettivo del lavoro con gli snodi decisionali è riportare il comportamento, percepito come automatico, alla sua dimensione di act/outcome, affinché il soggetto possa recuperare la consapevolezza riguardo a quanto nel comportamento di dipendenza sia legato a decisioni da lui prese, seppur senza consapevolezza. La conseguenza è che il paziente può rendersi conto di essere in grado di prendere altre decisioni, diverse da quelle abituali che caratterizzano la dipendenza.

L'applicazione clinica del modello si articola in diverse fasi progressive.

- Prima fase: affrontare il senso di automatismo
- Seconda fase: contestualizzare la possibilità decisionale
- Terza fase: acquisire strumenti per la presa di decisione

Talora, può essere necessario continuare il lavoro terapeutico andando ad indagare quali significati individuali il soggetto attribuisca ai suoi comportamenti ed eventualmente procedere con un approfondimento mediante un intervento individualizzato di psicoterapia.

Prima fase

Per affrontare l'automatismo si inizia dal racconto del paziente, il quale, descrivendo la sua esperienza legata alla dipendenza, quasi inevitabilmente, fa affermazioni del tipo "capita che", "è successo", "spero che", frutto dell'aspetto passivo legato alla percezione dell'automatismo. Mantenendo un tono non giudicante, ma supportivo e propositivo, si evidenzia come tali affermazioni non corrispondano esattamente alla realtà, in quanto i comportamenti non "capitano", ma si mettono in atto. Si stimola il paziente a riflettere su come alla base di ogni comportamento di dipendenza ci siano azioni messe in atto volontariamente.

L'aspetto problematico da sottolineare riguarda il fatto

che tali comportamenti siano attuati automaticamente, senza rendersi conto delle azioni e delle decisioni che li determinano. Il fatto che spesso, durante un colloquio clinico, vengano riferite frasi quali “mi trovo con la sigaretta in bocca” è frutto del processo legato all’automatismo, a causa del quale il paziente considera passivamente il risultato finale e non la sequenza di azioni act-outcome che lo determinano.

L’obiettivo di questa fase, quindi, è rendere consapevole il paziente di quanto, in un processo che vive come passivo, in realtà abbia un ruolo attivo, evidenziando il momento in cui decide se compiere o non compiere un atto: gli snodi decisionali. Questo dà inevitabilmente avvio all’esplicitazione, da parte del paziente, di una serie di motivazioni per le quali è convinto di non potere cambiare il comportamento, che hanno la funzione di difendere la dipendenza e la possibilità di reiterarla.[8] Queste giustificazioni vanno delicatamente evidenziate e ricondotte all’aspetto decisionale.

Non ci si aspetta inizialmente un cambiamento comportamentale, ma un cambio di prospettiva; questo va esplicitato al paziente, per non gravarlo di aspettative e non esporlo al rischio di incrementare la sensazione di impotenza che caratterizza il suo rapporto con la dipendenza.

Facendo riferimento a quanto rilevato sia da Mc Cambridge e Straing [9] che da Berman e coll [10], in relazione all’efficacia di interventi a seduta singola nelle situazioni di dipendenza, è stata implementata questa prima fase del modello durante il primo colloquio per un gruppo di pazienti [11] afferenti all’ambulatorio tabagismo della ASL2 savonese. Sono stati studiati 78 soggetti affetti da Disturbo da Uso di Tabacco di grado grave secondo il DSM-5 [12]. Nello specifico, il campione si componeva di 40 uomini e 38 donne, con età media di 52 anni. È stato utilizzato il colloquio decisionale con 39 tabagisti ed è stato poi esaminato un egual numero di pazienti precedentemente seguiti con il trattamento standard (colloquio ad orientamento motivazionale). Comparando i livelli di CO misurati al primo colloquio ed al secondo, dopo 14 giorni, è risultata statisticamente significativa la riduzione osservabile nel gruppo trattato con approccio decisionale. [11] Si è studiato negli stessi gruppi l’esito a medio termine, svolgendo una serie di interviste telefoniche, i cui risultati, ancora in fase di elaborazione statistica, lasciano supporre una più prolungata astensione dal fumo nei pazienti che erano andati incontro ad una ricaduta tabagica, dopo un solo incontro con modello decisionale.

Questi risultati hanno indotto a proseguire nel lavoro sul modello, da un lato ipotizzando il suo utilizzo nei primi colloqui relativi ad altre situazioni di dipenden-

za, dall’altro definendo in modo più dettagliato le successive due fasi la cui implementazione richiede un intervento più articolato e protratto nel tempo. La modalità descritta, infatti, ha l’obiettivo di risultare di una qualche efficacia già dal primo, e talora unico incontro, ma non è mossa dalla convinzione che tutto si possa risolvere in una sola volta [13].

La possibilità di agire su un comportamento già al primo colloquio potrebbe essere utile nella pratica clinica per tutti i pazienti affetti da disturbi di dipendenza, al fine di aumentare l’efficacia del trattamento. È opportuno tenere in considerazione l’aspetto dei dropout precoci, per cui è indicato ottimizzare il messaggio espresso in occasione della prima visita, momento in cui si presuppongono l’aspettativa e la motivazione massime. Inoltre, questo tipo di intervento potrebbe essere utile nel trattamento delle dipendenze comportamentali e nei quadri di dipendenza da sostanze nei quali non si dispone di terapia farmacologica specifica. A questo fine sono stati fatti alcuni tentativi con persone affette da dipendenze diverse con esiti incoraggianti, che verranno sviluppati.

Un nuovo campo di applicazione

Prendendo in considerazione il trattamento del Disturbo da Gioco d’azzardo (DGA), un aspetto importante di cui tener conto, a tal proposito, riguarda la difficoltà dei pazienti giocatori patologici nell’accedere ad una struttura che possa offrire loro un percorso di sostegno e aiuto: è stato stimato che l’80-95% non ottiene mai un supporto formale per tali problemi [14]. Oltre a ciò, si riscontra che il 45-50% del già esiguo numero di giocatori che si rivolgono ad un Servizio interrompono precocemente il trattamento senza che sia portato a compimento [15].

Diversi studi condotti [16] tra il 1988 e il 2006, riportano un livello di drop out variabile tra il 16% e il 50%. Quanto emerso da un’indagine circoscritta agli afflussi al Servizio Dipendenze dell’ASL2 Savona per GAP tra il 1/01/2018 e il 14/09/2021 mette in luce un tasso di drop out del 35% che si colloca all’interno della forbice individuata in letteratura, e che motiva l’opportunità di applicare il modello degli “snodi decisionali” e studiarne gli esiti dopo un primo colloquio, come già fatto nel trattamento dei pazienti tabagisti. Gli obiettivi sono quelli di agire sul senso di impotenza che costituisce uno dei fattori che possono determinare il drop out e di stimolare nel paziente la percezione della propria “agency” che sembra poter determinare una maggior durata dell’astensione in caso di drop out. Per questo studio si evidenziano due criticità: una specifica, il numero non molto elevato dei pazienti, e l’altra comune agli studi sul DGA: la necessità di riferirsi uni-

camente a dati self report, mancando dei dati oggettivi e misurabili.

Inoltre, si è attivata la riflessione con una comunità terapeutica del territorio dell'ASL 2 Savonese, "Cascina Piana", al fine di strutturare percorsi brevi basati sul modello degli snodi decisionali per studiare l'efficacia delle tre fasi, partendo da una precedente esperienza di intervento breve con alcolisti, consumatori di cocaina e giocatori patologici.

Lo sviluppo del modello Seconda Fase

Per contestualizzare la possibilità decisionale, si descrive al paziente la sua esperienza quotidiana come caratterizzata dalla maggioranza di situazioni che gestisce e controlla senza particolari problemi, ed alcune collegate alla dipendenza, in cui il controllo è impossibile. Se il paziente si mantiene all'interno delle attività in cui può esercitare il controllo, avrà minor difficoltà nel prendere decisioni anche inerenti la dipendenza. Avvicinandosi allo spazio d'azione sotto l'influenza della dipendenza, la capacità di controllo si riduce progressivamente, fino a scomparire totalmente. Ad esempio, decidere di non comprare il vino al supermercato è più semplice che decidere di non aprire la bottiglia avendola in casa, che, a sua volta, è più semplice che decidere di non riempire il bicchiere e così via. La maggior parte delle volte il paziente cerca di esercitare un controllo quando è troppo tardi, quando ormai la possibilità di decidere è bassa o assente, derivandone la sensazione di impotenza. Quindi è importante riflettere su quando decidere, con quale obiettivo e di conseguenza quali decisioni prendere, con il fine di mantenersi il più possibile lontano dalla zona della dipendenza. Se l'obiettivo di non accendere la sigaretta è difficile da raggiungere, può essere più accessibile quello di non averle con sé. È utile sottolineare al paziente che più tempo passa tra l'insorgenza dello stimolo e la possibilità di soddisfarlo, maggiore è la possibilità di riflettere e prendere altre decisioni. Anche in questa fase ci si può aspettare da parte del paziente l'utilizzo di "giustificazioni", le quali, anche se meno intense e radicate di quelle emerse nella fase precedente, vanno affrontate allo stesso modo.

È possibile che il paziente tenti di banalizzare questi contenuti, definendoli semplicistici; questo atteggiamento banalizzante può essere letto, inoltre, come una delle "scuse" del paziente per non attivarsi.

Talora anche gli operatori hanno l'idea che le soluzioni di problemi difficili debbano essere complesse. Nel mind set dell'operatore è necessaria la convinzione che come sostengono Canistrà e Piccirilli [13] "grossi pro-

blemi non richiedono grosse soluzioni".

Terza Fase

Qualora la situazione lo richieda, spesso a seguito degli insuccessi, è necessario procedere soffermandosi sulle modalità con cui si prendono le decisioni. Facendo riferimento ai lavori di Rorty sull'akrasia [17] ripresi da Dill e Holton [18] si considera il processo decisionale costituito da tre momenti: uno deliberativo, in cui il soggetto forma il giudizio su quale sarebbe il comportamento migliore; uno volitivo, in cui il soggetto elabora l'intenzione di perseguire l'obiettivo che è stato giudicato migliore; ed infine uno attuativo nel quale viene attivata l'azione che conduce all'intenzione scelta. Un soggetto con dipendenza è portato, nella fase deliberativa, a considerare unicamente gli aspetti piacevoli, per cui l'intervento terapeutico va indirizzato alla consapevolezza degli effetti successivi, a lungo termine, cercando di stimolare la riflessione su quelli ai quali il paziente è sensibile e alla possibilità di prendere decisioni in base a questi piuttosto che al piacere. È importante richiamare la necessità che l'azione sia congruente all'obiettivo, e far notare quanto spesso questo aspetto non sia tenuto in considerazione dal paziente che prende decisioni non legate all'obiettivo, il quale, pertanto non verrà raggiunto. È ovvio che nel lavoro più avanzato le tre fasi si intersecano nell'affrontare le situazioni.

Conclusioni

Come hanno evidenziato gli studi realizzati nell'ambito dell'ambulatorio per il trattamento del tabagismo dell'Asl 2 savonese, il modello degli snodi decisionali sembra avere condotto a risultati promettenti sia nel breve che nel medio periodo. I dati supportano l'importanza della consapevolezza e della percezione dell'agency nel contrastare la dipendenza da tabacco, a prescindere dalla sua gravità e dal livello di motivazione. L'auspicio è quello di partire da questo per ampliarne gli orizzonti di applicabilità, includendo anche altri contesti di dipendenza e di testare l'esito dell'applicazione delle tre fasi.

L'ambito del Gioco d'azzardo patologico rappresenta la sfida dell'oggi per gli operatori del Servizio, i quali intendono estendere lo studio dell'applicazione del metodo anche all'intervento con i giocatori patologici. Alla luce di quanto esposto, emerge la necessità di rispondere prontamente e attivamente alle esigenze dei pazienti con dipendenze (da sostanze, o di tipo comportamentale) che si rivolgono ad un Servizio.

In letteratura emerge come "la messa in discussione del sistema di credenze del soggetto" sia uno degli elementi di maggiore efficacia nel trattamento di pazienti

affetti da dipendenze, al fine di promuovere una ristrutturazione cognitiva mirata alla correzione delle distorsioni [19]. Il modello degli snodi decisionali si pone come obiettivo principale proprio la messa in discussione del sistema di credenze disfunzionali, su cui il paziente avverte di avere uno scarso controllo nel momento in cui ricerca l'aiuto di un terapeuta/ di un Servizio, allo scopo di disinnescare il meccanismo di automatismo comportamentale.

Il modello degli snodi decisionali si contraddistingue per un alto grado di versatilità che lo rende uno strumento di più facile accesso per gli operatori a vario titolo coinvolti nel trattamento delle dipendenze, ai quali non viene richiesta una specifica formazione psicoterapeutica, ma piuttosto competenze sugli stili di comunicazione, capacità di ascolto attivo ed empatia. Infine, preso atto dell'ingente numero di drop-out che hanno luogo nell'ambito del trattamento delle dipendenze, s'intende rendere l'utente che accede al Servizio il più competente possibile nel minor tempo; per questa ragione, facendo riferimento agli studi condotti sull'efficacia dei trattamenti a singola seduta, un valido punto di forza degli snodi decisionali risulta proprio essere la sua efficace applicazione in occasione della prima visita. Dagli studi di Hoyt & Talmon [20] è stato confermato che il numero più frequente di sedute fatte in psicoterapia è pari ad uno, con una media che oscilla tra il 20 e il 50% a seconda degli studi. Inoltre, lo studio pionieristico di Talmon [21] ha mostrato che una grande maggioranza di pazienti (il 78% del suo campione) riferisce di aver soddisfatto la propria aspettativa riguardo la terapia e di essersi sentito meglio rispetto al problema presentato, dopo la prima seduta.

Ad oggi, numerosi studi sistematici sulla TSS (Terapia a singola seduta) hanno aperto la strada all'utilizzo di un primo colloquio, non solo con la finalità di agganciare il paziente, ma già di stimolarne un cambiamento.

In sintesi, il modello degli snodi decisionali potrebbe essere adoperato come primo colloquio standard, sostituendosi al più diffuso "primo colloquio conoscitivo". Naturalmente, non si ha la pretesa di limitare l'intervento ad una singola seduta, quanto piuttosto ad utilizzare il modello ad ogni colloquio con il paziente per trarre il massimo da ogni incontro e ridurre di conseguenza la durata del trattamento.

Bibliografia

1. Picucci, L., Caffò, A.O., Macina, I., Bosco, A. (2013). *Predittori del Drop out nella Terapia Cognitivo-Comportamentale dei giocatori d'azzardo. Una revisione della letteratura. Italian Journal on addiction vol 3, n 5*
2. Badii, F. (2013). *Un modello fisiopatologico e clinico della addiction. Dal fare al dire, suppl, (3), 26-33*
3. Badii, F. (2015). *Il counseling decisionale nel trattamento della dipendenza. Dal Fare al Dire, Num Spec 29-39*
4. Badii F. (2020). *Un modello di dipendenza tra automatismo e responsabilità. Phenomena Journal, 2, 40-46. <https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.42>*
5. *Am Psychol* 2016; 71:670-9. <https://doi.org/10.1037/amp0000059>
6. Robinson TE, Berridge KC. *Addiction. Ann Rev Psychol* 2003; 54:25-53. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145237>
7. Robinson TE, Berridge KC. *The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2008; 363:3137-46. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0093>
8. Nakken C 1999, *Personalità viziose; Milano ed Tecniche nuove*
9. McCambridge J, Strang J. *The efficacy of single session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug related risk and harm among young people: results from a multisite cluster randomized trial. Addiction* 2002; 99:39- 52. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00564.x>
10. Berman AH, Forsberg L, Dubreej N, Kallmen H, Hermansson U. *Single-session motivational interviewing for drug detoxification inpatients: effects on self-efficacy, stages of change and substance use. Subst Use Misuse* 2010; 45:348-402. <https://doi.org/10.3109/10826080903452488>
11. Badii, F. Grossi, S. *Il modello degli snodi decisionali nella cura del tabagismo: uno studio osservazionale (2021) Tabaccologia: XIX(1):21-32*
12. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Publishing Washington, 2013.*
13. Cannistrà F, Piccirilli F. (2018) *Terapia a seduta singola. Principi e pratiche. Giunti Editore Firenze.*
14. Volberg, R. A., Nysse-Carris, K. L., & Gerstein, D. R. (2006). *2006 California problem gambling prevalence survey. National Opinion Research Center (NORC).*
15. Ronzitti, S., Soldini, E., Smith, N., Clerici, M., & Bowden-Jones, H. (2017). *Gambling disorder: Exploring pre-treatment and in-treatment dropout predictors. A UK study. Journal of Gambling Studies, 33(4), 1277-1292.*
16. Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J.

(2007). *Psychological treatment dropout among pathological gamblers. Clinical psychology review, 27(8), 944-958.*

17. Rorty, A. O. (1980). *Where does the akratic break take place? Australasian Journal of Philosophy, 58(4), 333-346.*

18. Dill, B., & Holton, R. (2014). *The addict in us all. Frontiers in Psychiatry, 5, 139.*

19. Casciani, O., & De Luca, O. (2014). *Il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo: una esperienza di terapia integrata ad orientamento cognitivo-comportamentale. Dal fare al dire-Publiedit Ed. Cuneo, (2).*

20. Hoyt, M. F., & Talmon, M. E. (2014). *Capturing the moment: Single session therapy and walk-in services. Crown House Publishing Limited.*

21. Talmon, M. (1990). *Single-session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter. Jossey-Bass.*