

# Il counseling motivazionale in cardiologia: una strategia possibile fondata sulla relazione terapeutica

Gian Paolo Guelfi

*Scuola di Specializzazione in Psichiatria, A.O. Ospedale San Martino, Università degli Studi, Genova*

(Ital Heart J 2004; 5 (Suppl 8): 78S-83S)

© 2004 CEPI Srl

*Per la corrispondenza:*

Prof. Gian Paolo Guelfi

*Scuola di Specializzazione  
in Psichiatria  
A.O. Ospedale San Martino  
Università degli Studi  
Largo Rosanna Benzi, 10  
16132 Genova*

## Il counseling motivazionale

Il problema dell'aderenza alle prescrizioni – sia in medicina preventiva, sia in clinica – è di notevole rilievo quando il conseguimento del risultato utile e desiderato è subordinato al cambiamento di comportamenti, siano essi legati allo stile di vita (regime alimentare ed esercizio fisico, abitudini ad uso di sostanze) o all'esecuzione di pratiche mediche (effettuazione di esami di controllo, assunzione di farmaci).

Tale problema è presente in diversi campi della medicina clinica, ed anche nel campo della prevenzione, laddove il cambiamento comportamentale è un passaggio obbligato per controllare fattori di rischio importanti. In cardiologia preventiva sono in evidenza comportamenti quali il controllo del fumo di tabacco, il controllo del peso corporeo e del livello ematico dei lipidi, l'alimentazione, l'esercizio fisico. Da un lato il medico desidera che il paziente cambi comportamenti al fine di migliorare le sue opportunità di restare – o tornare ad essere – in buona salute; dall'altro il paziente sa che dovrebbe introdurre dei cambiamenti nel suo stile di vita, ma sa anche che non è così facile farlo, anzi è spesso molto difficile, e può sentirsi in colpa o sotto accusa rispetto a tale situazione di stallo, ed assumere di conseguenza atteggiamenti difensivi. Fronteggiare dinamiche del genere nel corso di una visita che spesso non dura più di una manciata di minuti è una sfida seria per il medico.

L'aderenza alle prescrizioni preventive e cliniche si pone dunque come problema che non può essere evitato dal medico cardiologo impegnato in prevenzione primaria e se-

condaria, oltre che, naturalmente nella clinica e nella riabilitazione cardiologica.

Si tratta di un problema di fronte al quale il medico può ritenere che il suo compito si esaurisca con l'effettuazione della "prescrizione", che poi il cliente la segua o no può non essere considerato più un problema del professionista, ma solo del cliente.

La mancata aderenza da parte del cliente alla prescrizione, al consiglio e da ultimo al trattamento, procura al medico un sentimento di frustrazione e di impotenza, che può venire riversato sul cliente traducendosi in una sorta di distacco fatalistico: "... io gliel'ho detto; di più non posso fare ...".

Il medico si trova generalmente impreparato ad affrontare tale situazione, perché nella sua formazione c'è solitamente una lacuna rispetto a come costruire una relazione con il cliente che abbia possibilità di successo. Da questo deriva una mancanza di strumenti tecnici proprio in un'area critica del lavoro medico, quella dell'aderenza alla prescrizione, e proprio in rapporto alla fascia di clientela rappresentata dai soggetti più problematici. Il rischio concreto che tali soggetti vengano lasciati a sé stessi esiste e non è da sottovalutare.

L'impostazione derivante dal colloquio motivazionale (CM) è una delle forme di counseling che può aiutare in questo senso. Si tratta di un approccio che non richiede a monte una formazione o studi speciali di tipo psicologico relazionale: i fondamenti utili per applicare tale stile di intervento possono essere acquisiti dal medico privo di formazione psicologica, e dal personale sanitario addetto a compiti tecnici clinici e di prevenzione. È in particolare merito di Steven Rollnick se è stata sviluppata una

forma di approccio sistematico che potrebbe essere definita "counseling motivazionale breve"<sup>1</sup> applicabile al lavoro del medico, nei setting in cui opera nella pratica quotidiana.

Rollnick (Manuale non pubblicato sul lavoro di counseling con pazienti con cardiopatia coronarica) richiama l'attenzione su quelli che definisce "stili comunicativi". Ognuno che eserciti la professione di medico ha stili comunicativi spontanei, che come tali spesso sfuggono ad una riflessione sul loro significato. Con Rollnick vediamo tre possibili situazioni di vita reale, ed esaminiamo la possibile congruenza di stili comunicativi ad ognuna di esse. È evidente che le tre situazioni richiedono stili comunicativi diversi (Tab. I); ognuno di tali stili sarà espresso con parole e concretizzato in modalità relazionali (Tab. II).

È evidente che nel corso di un colloquio si può passare da uno stile all'altro, ed è bene essere flessibili, poiché, come si evince dagli esempi concreti qui sopra, non esiste uno stile "giusto" ed uno "sbagliato", ma gli stili sono usati in modo appropriato o meno a seconda delle circostanze.

Usare solo uno stile comunicativo in tutte le circostanze, o usare uno stile inappropriato alla circostanza (per esempio, pretendere di insegnare in un contesto di elaborazione di un lutto) sarebbe disastroso sul piano degli effetti. È importante che il medico impegnato a livello preventivo, ma anche a livello clinico (giacché sempre di comportamenti da cambiare si tratta) conosca la propria propensione verso l'uno o l'altro stile comunicati-

vo e si regoli di conseguenza. Gli esperti rischiano di invischiarsi sullo stile di *insegnamento*.

Il counseling motivazionale, secondo Rollnick, è vicino soprattutto alla modalità di *addestramento*, ma contiene molti elementi anche dello stile di *ascolto*.

Il CM<sup>2,3</sup> è uno stile di counseling centrato sulla persona, orientato al cambiamento di comportamenti maladattivi, e dispone l'operatore a fronteggiare adeguatamente l'ambivalenza del cliente verso il cambiamento stesso.

Il presupposto del CM, e del counseling motivazionale breve, che ne deriva, è che i soggetti portatori di comportamenti maladattivi non possono essere classificati *strutturalmente inclini* al cambiamento o, al contrario, refrattari al cambiamento; la propensione al cambiamento non è considerata nel CM come un *tratto di personalità*, ma piuttosto uno *stato mentale* in cui la persona *in quel momento specifico* si trova. È evidente che per *momento* si intende una fase dell'esistenza che può avere durata variabile nel tempo per ogni soggetto.

L'elemento di partenza quindi, nello sviluppo del CM, è la *valutazione della propensione al cambiamento* che caratterizza il cliente in quel momento. Da tale valutazione deriva l'individuazione dell'*area problematica* in cui è *possibile* intervenire, nonché di quelle aree problematiche in cui il livello di scarsa propensione al cambiamento fa supporre l'esistenza di un alto livello di resistenza al cambiamento, rispetto alla quale l'intervento deve necessariamente tener conto del fatto che interventi inappropriati possono sortire l'effetto opposto a quello voluto. Per differenti livelli motivazionali

**Tabella I.**

Circostanza in esame	Stile comunicativo appropriato	Terminologia inglese
Nostro figlio corre sbadatamente nell'attraversare la strada	<i>Insegnare</i> , ossia introdurre assertivamente precisi concetti e norme di comportamento	Instruct
Nostro figlio sta cercando di imparare ad andare in bicicletta	<i>Addestrare</i> , ossia aiutare innanzitutto a motivare e poi sostenere con una gamma di comportamenti le acquisizioni del caso	Coach
Nostro figlio è disperato per la morte del suo cagnolino	<i>Ascoltare</i> , ossia permettere l'espressione dei sentimenti, comprendere empaticamente, sostenere emotivamente, aiutare ad elaborare, consolare	Listen

**Tabella II.**

Modalità relazionali del processo concentrato su		
Insegnamento	Addestramento	Ascolto
Dire	Incoraggiare	Ascoltare
Dimostrare	Motivare	Sostenere
Ripetere	Costruire i punti di forza	Sviluppare empatia
Insistere	Guidare	Usare il silenzio
Usare argomenti logici	Ascoltare	Comprendere
Svelare una conoscenza esperta	Esplorare	Ascoltare riflessivamente
Inquadrare in modo specifico	Adattare	Seguire
Dare prescrizioni, ordinare	Sostenere	Consolare
La dimensione tempo pesa	La dimensione tempo pesa meno	Concedere tempo
L'interazione è a senso unico	L'interazione è in due direzioni	L'interazione è in due direzioni

del soggetto, il CM suggerisce che si adottino *strategie diversificate e specifiche*. Nell'esempio riportato nella tabella III<sup>1</sup>, si vede il confronto tra un colloquio condotto secondo uno stile definibile standard ed uno condotto in stile motivazionale.

Si vede che il professionista orientato allo stile motivazionale tende ad accogliere le preoccupazioni del cliente, evita di contrastarne direttamente le evidenti resistenze, omette consigli se pensa che siano destinati ad essere rifiutati, opera per ottenere *dal cliente* proposte per lui valide.

### Premesse pericolose

Alcune premesse, molto comuni nel medico sono potenziali ostacoli al raggiungimento dell'obiettivo del cambiamento verso stili di vita più salutari.

- *Questa persona deve cambiare*. Il paziente, in realtà, ha libertà di scegliere di non cambiare. Il cambiamento è possibile, duraturo ed efficace quando è voluto e sostenuto dall'interessato. Come medici possiamo trattenerci dall'esprimere il nostro parere a favore del cambiamento sino a quando il paziente non avrà espresso il suo.

- *Questa persona vuole cambiare*. La motivazione e la disponibilità al cambiamento sono fenomeni caratterizzati dalla processualità e dalla gradualità. Una persona non è necessariamente o nella condizione di non volere cambiare oppure nella condizione di volere cambiare. Sono possibili gradi intermedi. Non ha quindi senso chiedere al paziente: "Vuole o non vuole eliminare il consumo di alcool?".

- *Se il paziente esce di qui senza avere deciso di cambiare è un mio fallimento*. La motivazione e la disponibilità al cambiamento sono fenomeni determinati da fattori personali variabili da persona a persona e nel tempo, quindi il cambiamento non è un evento che avviene in un momento preciso. Stimolare un paziente non pronto a pensare più approfonditamente circa il cambiamento è un risultato apprezzabile, e spesso l'unico possibile. Il cambiamento può prodursi in seguito.

- *L'approccio duro è sempre il migliore*. Generalmente non è vero. Con pazienti in uno stadio motivazionale avanzato una modalità molto franca e persuasiva può ottenere dei risultati ma questo non vale per tutti gli altri pazienti. Usare la linea dura chiude il medico in un circolo vizioso: il paziente si sentirà intrappolato e quindi si opporrà alle intenzioni del medico (dicendo il classico "Sì, lei ha ragione, ma ...") che, ritenendo, di conseguenza, il paziente resistente, aumenterà la durezza del tentativo di persuasione.

- *Sono l'esperto. Il paziente deve seguire i miei consigli*. Sosteniamo ovviamente che la competenza del medico sia rilevante ma che possa essere invalidata ove non proposta secondo modalità che la rendano accettabile. Il paziente deve avere sempre il controllo del processo con il quale viene aiutato ad avvicinarsi al cambiamento.

### Lo sviluppo di un colloquio di stile motivazionale

Secondo l'impostazione di Rollnick et al.<sup>1</sup> il colloquio di stile motivazionale in ambito sanitario si svolge secondo tre fasi:

Tabella III.

Stile standard	Stile motivazionale
<i>Professionista</i> : "Ha pensato all'idea di perdere un po' di peso?"	<i>Professionista</i> : "Ha pensato all'idea di perdere un po' di peso?"
<i>Paziente</i> : "Sì, molte volte, ma non riesco a farcela. È la mia unica consolazione, le mie uova al mattino, il mio pollo fritto a pranzo"	<i>Paziente</i> : "Sì, molte volte, ma non riesco a farcela. È la mia unica consolazione, le mie uova al mattino, il mio pollo fritto a pranzo".
<i>Professionista</i> : "Ciò aiuterebbe certamente la sua pressione arteriosa".	<i>Professionista</i> : "Non è facile"
<i>Paziente</i> : "Lo so, ma che cosa posso fare quando ho proprio voglia delle mie due uova per colazione? È una tradizione nella nostra famiglia. [sospira] Quando vengo in questa clinica mi dicono sempre di perdere peso"	<i>Paziente</i> : "Può dirlo forte!"
<i>Professionista</i> : "Ha mai pensato a un approccio graduale, ad esempio rinunciare ad almeno un uovo per un po' e vedere che differenza fa?"	<i>Professionista</i> : "Alcune persone preferiscono cambiare alimentazione, altre fare più attività fisica. Entrambe le cose possono aiutare a perdere peso. Cosa ne dice?"
<i>Paziente</i> : "Sì, ma che differenza farà?"	<i>Paziente</i> : "Non so. Quando vengo in questa clinica mi dicono sempre di perdere peso"
<i>Professionista</i> : "Con l'andar del tempo, quando lei avrà avuto successo con una cosa, potrà provare a rinunciare ad un'altra, e gradualmente il suo peso diminuirà"	<i>Professionista</i> : "È come se noi sapessimo sempre che cosa va bene per lei, come se si trattasse solo di uscire là fuori e, uno, due, tre, lei ha perso peso!"
<i>Paziente</i> : "Non a casa mia. Le tentazioni sono dovunque, lei dovrebbe vedere che cosa c'è sulla tavola da sgranocchiare, tutto quello che vuole"	<i>Paziente</i> : "Esattamente. Io non sono sicuro di riuscire a cambiare la mia alimentazione in questo momento. Una volta facevo molta attività fisica, ma la vita è cambiata e sono diventato pigro"
<i>Professionista</i> : "Ha mai provato a dire al suo partner di non mettere queste cose sul tavolo, in modo da renderle tutto più facile?"	<i>Professionista</i> : "Bene, io non sono certo qui per colpevolizzarla; tutto quello che voglio fare è capire bene come si sente, e se c'è un modo in cui si possa tenere sotto controllo la sua pressione; forse lei ha qualche idea su come poter far questo?"
<i>Paziente</i> : "Sì, ma ..."	<i>Paziente</i> : "Potrei pensare a ...".

Da Rollnick et al.<sup>1</sup>, modificata.

- stabilire un buon rapporto – individuare l'area problematica;
- valutare la motivazione al cambiamento in quell'area;
- intervenire, tenendo conto del profilo motivazionale del cliente.

**Stabilire un rapporto.** Nella creazione di un rapporto terapeutico con il cliente è importante una serie di fattori quali l'ambiente (tranquillità, riservatezza, non invadenza del telefono), l'organizzazione del lavoro (attesa, tempo a disposizione), la modalità comunicativa del medico (sguardo diretto, mimica, postura), la dimensione empatica nella relazione. Soprattutto quest'ultimo punto rappresenta una persistente difficoltà per il medico. Empatia significa accettazione non giudicante, sforzo di comprensione accurata, calore non possessivo; non significa approvazione, avallo, convalida, ma accoglienza delle propensioni, dei giudizi, delle difficoltà del cliente. La base di un rapporto empatico è l'ascolto riflessivo, definibile come "la formulazione di una ragionevole ipotesi su quello che una persona vuole in realtà esprimere ... manifestata in forma di affermazione"<sup>3</sup>, cioè non in forma di domanda. L'ascolto riflessivo (altrimenti detto ascolto attivo o ascolto empatico) è la base del CM, quella che coniuga la dimensione di centratura sulla persona a quella di orientamento al cambiamento.

È in questa fase che si lavora per individuare l'area problematica. Tale processo in molti casi è implicito ed accettato dal medico e dal paziente; ma talvolta non è così semplice, poiché il quadro motivazionale del paziente può escludere dalla sua prospettiva uno o più punti importanti. Tipico il caso del paziente a rischio cardiologico che scotomizza il problema del fumo anche nel contesto di una consultazione di carattere preventivo. In tali casi il compito di sollevare il problema, che tocca certo al medico, comporta una particolare attenzione al fine di non suscitare resistenze che finirebbero per compromettere il risultato.

**Valutare la propensione al cambiamento.** La scelta della strategia di intervento dipende dalla propensione al cambiamento del paziente. Per tale motivo è necessario individuare i fattori della motivazione che, momento per momento, caratterizzano il rapporto del paziente con l'area problematica in questione.

Secondo la visione motivazionale<sup>3,4</sup>, la spinta a cambiare si genera quando le persone *avvertono* con disagio o sofferenza una discrepanza tra il proprio comportamento e condizione abituale da un lato, ed importanti valori, convinzioni ed obiettivi personali dall'altro (frattura interiore); la propensione al cambiamento rispetto ad un problema si manifesta quando le persone *riconoscono* il problema, e via via *esprimono* la volontà di affrontarlo per risolverlo (disponibilità al cambiamento). Affinché tutto ciò si concretizzi, però, occorre che le persone *si sentano* sufficientemente ottimiste e fiduciose rispetto alla possibilità di conseguire il con-

creto risultato per cui sono chiamate ad impegnarsi (autoefficacia).

Frattura interiore, disponibilità al cambiamento, autoefficacia sono i tre fattori che sostengono la motivazione al cambiamento, e secondo i nostri studi sono legati da relazioni abbastanza stabili<sup>4</sup>. Rollnick suggerisce che la frattura interiore rispetto ad un problema esprima l'importanza che si attribuisce al cambiamento in quell'area, così come definisce ai fini pratici fiducia il grado dell'autoefficacia.

La valutazione dei tre fattori può essere fatta empiricamente nel contesto della visita, eventualmente utilizzando uno strumento che Rollnick definisce "regolo della motivazione" che permetta di dare un punteggio ad ognuno dei tre fattori. Si usa fare una domanda del genere: "Se potessimo misurare l'importanza che ha per lei smettere di fumare, che punteggio si darebbe su una scala da 0 a 10?". Lo stesso per gli altri due fattori.

Dalla combinazione dei livelli dei tre fattori emergono quelli che possono essere definiti "profili motivazionali" del paziente rispetto a questo o quel problema.

Rispetto al problema del fumo di tabacco potremmo avere un profilo del tipo:

- *importanza alta* ("desidero sommamente smettere di fumare");
- *disponibilità media* ("riconosco che ho questo grave problema, ma ho remore ad affrontarlo adesso");
- *fiducia bassa* ("ho provato molte volte a smettere, e sono ancora qui").

Questo profilo richiede interventi del medico volti a comprendere le remore che ostacolano la disponibilità ed a sostenere l'autoefficacia del paziente. Un intervento volto a sviluppare la frattura è inutile e potrebbe essere anche controproducente. Oppure:

- *importanza medio-bassa* ("smettere di fumare non è poi così importante");
- *disponibilità media* ("il mio problema con il fumo non è così grave, l'idea di smettere può aspettare");
- *fiducia alta* ("quando vorrò smettere lo farò senza problemi").

Questo profilo richiede interventi mirati a sviluppare la frattura interiore attraverso la riproposizione dell'esame dei pro e dei contro del fumo, e l'esame di quanto ancora lega all'abitudine; l'autoefficacia illusoriamente alta è destinata a calare con il crescere dell'importanza.

I tre profili configurano sinteticamente lo stato di pazienti che sono *non pronti*, *incerti*, *pronti*, lungo un *continuum* in cui possono progredire, ma anche regredire.

**Intervenire tenendo conto del profilo motivazionale del paziente.** Il counseling motivazionale breve suggerisce strategie e tattiche per lavorare con soggetti nelle tre posizioni<sup>1</sup>.

La filosofia dell'intervento si può così riassumere: l'obiettivo generale è quello di aumentare al massimo

possibile la disponibilità al cambiamento, senza stimolare la produzione di resistenze. Perciò, partendo dallo stato della motivazione al cambiamento che il cliente presenta, si sceglie la linea strategica più adeguata:

- con il paziente con scarsa disponibilità al cambiamento, definibile non pronto, che avrà probabilmente anche bassi livelli di frattura interiore e di autoefficacia (importanza e fiducia, nella terminologia di Rollnick), sarà obiettivo primario quello di mantenere il contatto, costruendo una relazione di accoglienza empatica e di ascolto, che ponga le basi affinché il soggetto torni. Ove possibile senza che ciò generi pericolose resistenze, si tenterà di fornire informazioni mirate e di sollevare dubbi sulla sua situazione e le sue convinzioni;
- con il paziente che si presenta più motivato ma ancora incerto rispetto al cambiamento, e che anche rispetto al problema si dibatte tra il riconoscimento della necessità di cambiare e la mancanza di volontà effettiva di impegnarsi sul cambiamento, dovuta magari ad una frattura interiore non sufficientemente ampia, o ad una scarsa autoefficacia in tale direzione, il counseling motivazionale mette in guardia il medico rispetto al rischio di esercitare forti pressioni per il cambiamento, poiché questa condotta suscita generalmente resistenze forti che finiscono per inceppare il cambiamento. Secondo il CM non ha importanza che *il professionista* enunci i problemi intrinseci del comportamento, e le ragioni del cambiamento: ciò che conta è che sia *il cliente* ad enunciare tali dichiarazioni. A tal fine il medico potrà aiutare il cliente ad affrontare la propria ambivalenza sul tema portando in esame i pro e i contro *del comportamento*, nonché i rischi e i benefici attesi *dal cambiamento*. Sugli argomenti portati sarà opportuno discutere ed approfondire, ed introdurre, al momento opportuno, anche i propri punti di vista;
- con il paziente pronto, che è l'ideale di ogni medico, si tratta di non assumere un atteggiamento assertivo, da esperto, a discapito di quello empatico tenuto fino ad allora. Il soggetto ha le sue propensioni, le sue preferenze, le sue idiosincrasie, e quindi il sapere del medico, per sortire l'effetto voluto ed essere efficace, deve misurarsi con lo stato d'animo del cliente rispetto alle proposte di cambiamento che gli vengono fatte, in un processo che ben si può definire di "negoziamento". Secondo il CM occorre prestare attenzione a non credere che, poiché è pronto, il paziente sia disposto ad accettare dal medico qualunque proposta. Tanto più che con ogni probabilità resta un livello di ambivalenza che in ogni momento può riportare il cliente indietro, nel comportamento disattivo così faticosamente abbandonato.

### **Studi sull'applicazione del colloquio motivazionale alle problematiche cardiologiche in senso lato**

Esistono in letteratura alcuni studi sull'uso del CM nel controllo della dieta e per l'incremento dell'attività fisica<sup>5-8</sup>, e due studi sono attinenti a popolazioni sane a

rischio alimentare in un'ottica di prevenzione primaria<sup>9,10</sup>, nonché due review<sup>11,12</sup>.

Non esistono ancora studi controllati sull'applicazione del CM a situazioni preventive e cliniche in campo cardiologico. La ragione sta, probabilmente, nella troppo recente applicazione del CM al campo in questione. Persino il manuale di Rollnick non è stato ancora pubblicato.

Le invitanti suggestioni pratiche suggeriscono di avviare pratiche applicazioni del CM al campo, e di disegnare su tali pratiche trial randomizzati e controllati.

### **Conclusioni**

Il counseling motivazionale applicato alla cardiologia preventiva e clinica, per favorire cambiamenti comportamentali di stili di vita disfunzionali, si mostra uno strumento promettente, applicabile dopo training ragionevoli da parte di specialisti non necessariamente formati come *counselor*. Il fondamento è la considerazione dello stato motivazionale del cliente e l'applicazione di tecniche di facilitazione e di ascolto volte a favorire l'espressione delle ragioni per il cambiamento da parte del cliente. Le principali abilità usate nel counseling motivazionale sono quelle dell'ascolto riflessivo e delle domande aperte, che sono la componente essenziale per generare il necessario clima empatico nel colloquio.

### **Bibliografia**

1. Rollnick S, Mason P, Butler CC. Cambiare stili di vita non salutari. Traduzione italiana. Trento: Edizioni Erickson, 2003.
2. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers Behavioural Psychotherapy 1983; 11: 147-72.
3. Miller WR, Rollnick S. Il colloquio motivazionale. II edizione. Traduzione italiana. Trento: Edizioni Erickson, 2004.
4. Guelfi GP, Spiller V. La valutazione della motivazione al cambiamento. Il Questionario MAC/E. Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo 1998; 21: 7-16.
5. Berg-Smith SM, Stevens VJ, Brown KM, et al. A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. The Dietary Intervention Study in Children (DISC) Research Group. Health Educ Res 1999; 14: 399-410.
6. Mhurchu CN, Margetts BM, Speller V. Randomized clinical trial comparing the effectiveness of two dietary interventions for patients with hyperlipidaemia. Clin Sci (Lond) 1998; 95: 479-87.
7. Smith DE, Hechemeyer CM, Kratt PP, Mason DA. Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM. A pilot study. Diabetes Care 1997; 20: 52-4.
8. Woollard J, Beilin L, Lord T, Puddey I, MacAdam D, Rouse I. A controlled trial of nurse counselling on lifestyle change for hypertensives treated in general practice: preliminary results. Clin Exp Pharmacol Physiol 1995; 22: 466-8.
9. Harland J, White M, Drinkwater C, Chin D, Farr L, Howel D. The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. BMJ 1999; 319: 828-31.

10. Resnicow K, Wallace DC, Jackson A, et al. Dietary change through African American churches: baseline results and program description of the Eat for Life trial. *J Cancer Educ* 2000; 15: 156-63.
11. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001; 96: 1725-42.
12. Resnicow K, DiIorio C, Soet JE, et al. Il colloquio motivazionale nell'ambito medico e nella sanità pubblica. In: Miller WR, Rollnick S, eds. *Il colloquio motivazionale*. II edizione. Traduzione italiana. Trento: Edizioni Erickson, 2004.