

Principi e modelli di terapia di gruppo

Maurizio Laezza, Sandra Bosi*

Ufficio Tossicodipendenze - Assessorato alle Politiche Sociali, Regione Emilia Romagna,
*Consulente Scientifico della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Reggio Emilia

(Ital Heart J 2001; 2 (Suppl 1): 81-84)

© 2001 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Maurizio Laezza

Ufficio Tossicodipendenze
Assessorato alle Politiche Sociali
Regione Emilia Romagna
Viale A. Moro, 38
40127 Bologna
E-mail: malaezz@tin.it

Premessa

La dipendenza da nicotina presenta aspetti complessi e multifattoriali. Gli approcci diagnostico-terapeutici sono molteplici ma sostanzialmente riconducibili a due tipi di intervento: quello medico farmacologico e quello psico-socio-educativo. È stato dimostrato che l'efficacia aumenta se i due interventi vengono integrati realizzando un unico trattamento di tipo "multimodale". Tra gli indirizzi psicologici (psico-dinamico, comportamentale, sistemico ed altri) quello risultato più efficace nella terapia del tabagismo è l'approccio comportamentale, sia di tipo individuale che di gruppo. Non esistono chiare evidenze a favore dell'una o dell'altra modalità. La terapia individuale consente di personalizzare maggiormente il trattamento sulle specifiche necessità del paziente. La terapia di gruppo offre vantaggi in termini di supporto sociale (mutuo aiuto) e di maggior efficienza (costo/benefici). Quest'ultimo è pertanto l'approccio raccomandato per i servizi specialistici, in un'ottica di sanità pubblica. Nella scelta tra l'uno e l'altro metodo va valutata, oltre alla preferenza del paziente, anche la sua idoneità ad un trattamento gruppale (capacità di relazionarsi e interagire con gli altri membri del gruppo).

Principi

I trattamenti di gruppo si fondano essenzialmente su terapie comportamentali, basate sul principio che il fumo è un comportamento appreso in risposta a segnali o stimoli interni (cognitivi ed emozionali) ed esterni (ambientali e situazionali) e come tale può essere modificato; solitamente tuttavia consistono in trattamenti combinati

che associano tecniche diverse (soprattutto di tipo cognitivo).

La strategia di base è comune agli altri trattamenti di disassuefazione dal fumo e si fonda sui seguenti punti:

- aumentare il livello di motivazione al cambiamento e lo spostamento della bilancia decisionale verso i vantaggi della cessazione analizzando i pro e i contro della scelta; far leva sui danni da fumo ed i benefici dello smettere in termini di salute, autostima, fattori estetici, economici e miglioramento complessivo dell'autopercezione;
- informare e aumentare la consapevolezza riguardo agli aspetti fisici e psichici della tossicodipendenza tabagica, descrivendo i sintomi di astinenza e rassicurando i pazienti circa la loro temporaneità e l'efficacia di eventuali trattamenti farmacologici sul loro controllo;
- favorire la decisione attraverso un "contratto terapeutico" in cui l'impegno è smettere di fumare e concordare il percorso per raggiungere l'obiettivo; stabilire una data precisa per la cessazione e rinforzare i pazienti affinché rispettino la scadenza concordata per la cessazione totale, che si può ottenere in modo drastico o graduale;
- programmare il follow-up per prevenire le ricadute offrendo sostegno nella fase di mantenimento con rivalutazioni periodiche;
- gestire le ricadute spiegando che smettere di fumare è un processo fatto di diverse tappe; rinforzare positivamente comunque i pazienti per i risultati ottenuti, anche se parziali; concordare a breve una nuova data per la cessazione.

Il gruppo fornisce un contesto peculiare per la realizzazione di questi passaggi. Tra i partecipanti, posti in relazione "faccia a faccia", si attiva una dinamica interattiva, stimolata e guidata dall'operatore, per cui il gruppo di fumatori stesso si trasforma nel

protagonista del trattamento, che analizza il problema, ricerca le motivazioni, consolida la decisione personale, condivide i vissuti emotivi e allevia gli stati di sofferenza, fornisce rinforzi positivi, sostiene l'autostima, garantisce il supporto sociale. Nella conduzione dei gruppi è frequente osservare, soprattutto quando il gruppo si è consolidato, come siano gli stessi fumatori a trovare la chiave per sostenersi reciprocamente per esempio formulando domande aperte, riconoscendo e gestendo i comportamenti di resistenza, complimentandosi per i progressi raggiunti, esprimendo rispetto e solidarietà. Nei gruppi a struttura aperta, la presenza di fumatori ed "ex" può essere elemento di rinforzo per entrambi: i fumatori, ascoltando gli "ex" acquistano fiducia nella possibilità di farcela e questi ultimi, fornendo aiuto ai compagni aiutano anche se stessi.

Il compito dell'operatore è essenzialmente quello di catalizzatore del processo e delle risorse degli individui: quindi non si pone al centro dell'attenzione del gruppo ma è un facilitatore della comunicazione, nel senso che deve coordinare, connettere e monitorare i contributi dei partecipanti (che sono i veri "attori" protagonisti), valorizzando le risorse personali di ciascuno e il reciproco supporto (mutuo aiuto). Quest'ultimo va incoraggiato anche al di fuori delle sessioni formali. È indispensabile però sottolineare che il gruppo per smettere di fumare non è un gruppo psico-terapeutico. Ogni altra richiesta dei partecipanti o intenzione del conduttore che esuli dall'obiettivo della disassuefazione rischia di deviare l'attenzione e la tensione e deve essere bloccata o rinviata a diverso contesto terapeutico.

Per la conduzione dei gruppi il modello di riferimento e gli strumenti sono generalmente quelli della terapia centrata sul cliente e/o dell'approccio motivazionale (esprimere empatia, sviluppare le fratture interiori, evitare dispute e discussioni, utilizzare la resistenza, sostenere l'autoefficacia). Un'adeguata formazione consente ad operatori motivati, indipendentemente dalla loro professione, di condurre efficacemente trattamenti di gruppo per la cessazione del fumo. Il conduttore non deve essere necessariamente un professionista predefinito.

Le evidenze dimostrano una relazione dose-risposta tra l'intensità del trattamento (durata delle sessioni e dell'intero programma) ed i tassi di cessazione. Compatibilmente con le risorse disponibili, un servizio specialistico dovrebbe offrire un numero di incontri terapeutici e di rivalutazione adeguato per garantire continuità di trattamento nel tempo e mantenimento del contatto con il paziente al fine di prevenire la ricaduta o, se questa è già avvenuta, di consentire un rapido rientro in terapia.

Per quanto riguarda più specificamente gli aspetti comportamentali della terapia di gruppo, i principali obiettivi sono: a) cambiare gli "antecedenti" che inducono a fumare; b) rinforzare l'abitudine di astenersi dal fumo; c) acquisire abilità per riuscire a non fumare in situazioni ad alto rischio. Le tecniche maggiormente utilizzate sono:

- controllo dello stimolo. Monitorare il numero di sigarette fumate, eliminare sigarette, accendini, posacenere, evitare altri fumatori e situazioni associate al fumo;
- prevenzione della ricaduta. Evitare, inizialmente, le situazioni ad alto rischio, come feste sociali, particolari argomenti o pensieri; allenarsi successivamente a fronteggiare (*coping*) tali situazioni con comportamenti sostitutivi, come attività motoria; imparare a rifiutare l'offerta della sigaretta; organizzare in modo diverso il proprio tempo; identificare i pensieri negativi e imparare a "pensare positivo" ricordando tutte le motivazioni importanti per cui è stata presa la decisione di smettere di fumare; imparare a riconoscere e smontare gli "alibi" che porterebbero a fumare di nuovo, ricordare sempre che basta anche solo un tiro per riprendere e che i disturbi di astinenza sono transitori; connotare l'eventuale ricaduta non come un disastro irreparabile;
- supporto sociale. Coinvolgimento di amici, parenti, colleghi di lavoro;
- gestione del problema dell'aumento di peso. Fornire consigli rispetto alle abitudini alimentari anche per favorire la disassuefazione (limitazione dei cibi ipercalorici, di alcool e caffè).

Modelli

Il panorama attuale delle terapie di gruppo ("corsi" o "gruppi" per smettere di fumare), per quanto riguarda la realtà italiana, è riconducibile storicamente a due modelli principali che nel tempo si sono andati evolvendo e differenziando sia nei contenuti che nella struttura. I due modelli sono: il "Piano dei 5 giorni" di derivazione nordamericana introdotto in Italia nel 1973 dalla Lega Vita e Salute ad opera della Chiesa Avventista e il programma "Stop al Fumo" della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori attivato nel 1986. Basati sull'approccio cognitivo-comportamentale variamente integrato con altre metodologie, si differenziano tra loro per vari aspetti ma uno è sostanziale: la modalità di cessazione, che nel primo caso è immediata e nel secondo è graduale. Dato che non esistono evidenze a favore dell'una o dell'altra modalità, il medico inviante può tenere conto anche delle preferenze del paziente nella scelta del trattamento.

Approccio "full immersion". Il "Piano dei 5 giorni". Nella formulazione originaria il "Five-days plan to stop smoking", elaborato negli anni '50 da Mac Farland e Folkenberg, prevedeva la convocazione dei fumatori in grandi gruppi (oltre 30 persone) senza selezione preliminare, esordio ad alta drammatizzazione (filmati "terroristici") e approccio "spiritualista", conduzione assolutamente direttiva. La struttura attuale prevede: convocazione dei fumatori in gruppi mediamente di 10-20 persone senza selezione preliminare; serata di presentazione del programma a cui segue, dopo 1 settimana, una fase di "full immersion" per 5 serate consecutive di 1.5

ore ciascuna; effetto sorpresa della richiesta di cessare il fumo totalmente fin dalla prima serata; conduzione direttiva; è previsto un numero variabile di incontri di mantenimento prima a cadenza settimanale e poi mensile; non è prevista terapia farmacologica integrativa. La dimensione "full immersion" consente di gestire insieme la crisi di astinenza nei giorni di massima intensità e di attenuare, attraverso una condivisione di gruppo, il malessere individuale. L'efficacia è variabile dal 20 al 50% ad 1 anno. Non c'è una vera quota di iscrizione, ma un contributo volontario. Il Piano dei 5 giorni è attuato in tutto il territorio nazionale.

I Gruppi Fumatori in Trattamento. Con l'introduzione in Italia e la diffusione ad opera della Lega Vita e Salute e dell'Associazione Gea-Progetto Salute, il metodo ha subito graduali e sostanziali cambiamenti con l'abbandono dell'approccio direttivo e "terroristico"; si basa attualmente su tecniche cognitivo-comportamentali e sui principi della terapia transazionale e del colloquio di motivazione.

Da un punto di vista strutturale i gruppi sono meno numerosi (abituamente non più di 25 persone) e possono essere previsti criteri più o meno rigidi di selezione. Il programma comprende un incontro introduttivo per l'istituzione del gruppo, la valutazione del comportamento dei fumatori, l'analisi preliminare del problema, l'illustrazione del programma e l'indicazione di pratiche preparatorie per ridurre la crisi di astinenza; a distanza di circa 1 settimana inizia la fase intensiva "full immersion" per 5 serate consecutive: i partecipanti sono invitati, fin dalla prima sera, ad astenersi completamente dal fumo per 24 ore e l'impegno viene rinnovato ad ogni seduta. In alcuni centri è introdotto il supporto farmacologico se necessario (Gruppi Fumatori in Trattamento dell'Associazione Gea-Progetto Salute). La fase intensiva è completata da una fase di mantenimento di 4-8 o più incontri a cadenza settimanale-mensile strutturati in maniera diversa a seconda dei centri. La conduzione è direttiva solo nella fase intensiva; la fase di mantenimento è in linea di massima orientata a favorire l'espressione dei vissuti, lo scambio di esperienze e a promuovere il mutuo sostegno, ma il programma di questa fase può comprendere, a seconda dei centri, elementi aggiuntivi (analisi dello stress e strategie di coping, training autogeno, training sulle abilità, contenuti cautamente avversivi, ecc.) e/o costituzione di gruppi aperti (con possibilità di partecipare anche per chi ha già completato in passato il ciclo di trattamento).

Quota di iscrizione variabile da 100 000 a 150 000 lire. Efficacia variabile dal 30 al 50% ad 1 anno. Programmi di questo tipo sono svolti presso diversi ospedali in Italia e da associazioni Onlus (Gea-Progetto Salute, Lega Vita e Salute).

Il modello della Regione Veneto. Viene realizzato nelle Aziende Sanitarie venete (prevalentemente SERT e Unità per l'Educazione alla Salute). La fase di mante-

nimento prevede 6-8 sedute settimanali o bisettimanali. Per il periodo successivo sono promossi gruppi autogestiti di sostegno (autoaiuto). Non viene prescritta terapia farmacologica. L'iscrizione è di 50 000 lire. Efficacia variabile dal 30 al 50% a 1-2 anni.

L'U.O. per il Tabagismo del SERT di Padova prevede: visita preliminare, 5 incontri settimanali nel primo mese e a cadenze mensili per i successivi 6 mesi (senza limitazioni); è prescritta terapia farmacologica. L'accesso ai gruppi è gratuito. Efficacia di oltre il 30% a 6 mesi dalla cessazione.

Il modello dell'Associazione Mutuo Aiuto. L'Associazione Mutuo Aiuto è un'organizzazione di volontariato che opera prevalentemente nel Trentino da oltre 5 anni ma svolge corsi di formazione anche in altre regioni italiane. Il programma è simile al modello veneto. Particolare attenzione viene rivolta ad incrementare il supporto sociale attraverso la creazione di minigruppi di 3 persone ("triadi"), che si aiutano reciprocamente, e la presenza al gruppo di un familiare o di un amico. Contributo di 50 000 lire. Efficacia intorno al 35% ad 1 anno (38% con un familiare o amico).

Approccio graduale. *Il programma "Stop al fumo" della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.* Caratteristiche fondamentali sono: selezione dei partecipanti con colloquio individuale, utilizzo di tecniche cognitivo-comportamentali, scalaggio graduale del numero delle sigarette con data limite al quinto incontro; gruppi composti mediamente di 10-15 persone (massimo 20); è prevista al bisogno terapia farmacologica. Il programma comprende 10 incontri articolati in 6 settimane condotti da un operatore con formazione psicologica. Le prime 6 sedute sono bisettimanali; seguono 4 incontri di mantenimento a cadenza settimanale. Per il periodo successivo viene promossa la formazione di gruppi di autoaiuto. Contributo libero. Efficacia del 33% circa ad 1 anno. Questo modello è stato rivisto da un programma di prossima introduzione. La Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori opera in tutte le province italiane.

Il modello di "gruppo aperto" della Regione Emilia Romagna. È stato adottato con successo negli ultimi 5 anni dal Centro Antifumo-SERT di Ferrara. È in corso la sperimentazione nelle Aziende Sanitarie della Regione per valutarne la diffusibilità. Il programma discende direttamente dal metodo della Lega Tumori. Se ne differenzia nei seguenti punti: struttura di gruppo "aperto" continuo tutto l'anno a moduli sovrapposti; inserimento di 6-8 nuovi partecipanti ogni 2-4 settimane (massimo 25-30 partecipanti per seduta); "tutoraggio" da parte dei più anziani nei confronti dei neoiscritti; modulo terapeutico minimo di 12 incontri senza limitazioni di frequenza a priori; viene prescritta terapia farmacologica. Ticket sanitario di 172 000 lire. Efficacia del 40-50% ad 1 anno dalla cessazione.

Modello misto. Ne è un esempio il programma del Centro Antifumo dell'ASL di Bologna (Presidio di Pneumotisiologia). Prevede una serie di 11 incontri complessivi nell'arco di 1 anno: 9 individuali e 2 di gruppo (massimo 15 persone). Ticket di 172 000 lire. Efficacia variabile dal 35 al 40%.

Considerazioni conclusive

Le linee guida più accreditate raccomandano di utilizzare approcci "multimodali" con associazione di terapia comportamentale e terapia farmacologica. La valutazione di efficacia, nella maggior parte dei modelli presentati, si basa sulle informazioni fornite dai pazienti. È auspicabile per il futuro che vengano effettuate sistematicamente conferme biochimiche (cotinina urinaria, CO espirato) per ottenere dati "puliti" confrontabili statisticamente.

Bibliografia

- Colarizi C, Morasso G. Programma "Stop al fumo" - I gruppi per smettere di fumare. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.
- Garofolo S. Valutazione di interventi per smettere di fumare basati sul piano dei 5 giorni. Educazione Sanitaria e Promozione della Salute 1991; 14: 26-36.
- Gorini G, Chellini E, Terrone R, Ciraolo F, Di Renzo L, Comodo N. Il corso per smettere di fumare organizzato dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Firenze: determinanti della cessazione alla fine del corso e dopo un anno. Epidemiol Prev 1998; 22: 165-70.
- Greco G, Ceci V. I programmi di trattamento del tabagismo presso la Divisione di Cardiologia dell'Ospedale Santo Spirito. In: Relazione sullo stato di salute della popolazione. ASL RM E, 1999.
- Laezza M, Bosi S. Guida per i conduttori dei corsi intensivi per smettere di fumare. Regione Emilia Romagna Progetto Regionale Tabagismo - Programma formativo sperimentale. In press.
- Mangiaracina G. Manuale per conduttori di programmi antifumo. Roma: Ed Gea, Progetto Salute-Centro Ricerche e Documentazione, 1999.
- Nardini S, Bartoletti R, Carozzi L, Sabato E. Raccomandazioni per la attivazione e la gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco in ambito pneumologico. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio, AIPO. Vol 15/3, giugno 2000.
- Regione Veneto Centro di educazione alla salute - Servizio documentazione regionale. Corsi per smettere di fumare. Linee guida per il conduttore, 1996.
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library, Issue 4, 1999.
- Tramuto P. Piano dei 5 giorni. Corso di terapia di gruppo - manuale per conduttori. Roma: Ed Lega Vita e Salute, 1980.