

Regione  
del Veneto

Azienda ULSS N.6  
Vicenza

Piano di Formazione  
Tossicodipendenze

Convegno:  
UMANIZZAZIONE, RELAZIONE E COMUNICAZIONE  
NELLA CURA DELLE DIPENDENZE

Vicenza 30 Giugno 2005

# **"La relazione con il paziente dal punto di vista del Colloquio Motivazionale"**

Gian Paolo Guelfi  
Scuola di Specializzazione in Psichiatria  
Università di Genova

# Sommario

La relazione terapeutica nella medicina delle dipendenze

L'aderenza al trattamento nei problemi comportamentali

Motivazione al cambiamento

Il modello transteorico degli stadi del cambiamento

Il Colloquio motivazionale

# Sommario

La relazione terapeutica nella medicina delle dipendenze

L'aderenza al trattamento nei problemi comportamentali

Motivazione al cambiamento

Il modello transteorico degli stadi del cambiamento

Il Colloquio motivazionale

# Attitudini verso i soggetti che usano sostanze 1

Gli operatori professionali tendono a vedere coloro che usano sostanze come *"gente bugiarda, manipolante, aggressiva e che manca di motivazione"* (Davies 1979).

Nel quarto di secolo trascorso da allora, molte cose sono cambiate nella considerazione delle persone che fanno uso di sostanze, ma *non sempre e non solo nella direzione auspicabile* (Imhof 1995).

# Attitudini verso i soggetti che usano sostanze 2

La forbice dei giudizi si è divaricata:

mentre da un lato tutta una elaborazione professionale ha indubbiamente introdotto una *visione di chi fa uso di sostanze più fondata scientificamente e meno giudicante,*

da un altro lato nel pubblico, nella pubblicistica 'laica' e persino in parte del mondo professionale addetto al problema *persistono e si esasperano visioni moralistiche, criminalizzanti, basate su stereotipi negativi e risultanti in una etichettatura sistematica e stigmatizzante.*

## Attitudini verso i soggetti che usano sostanze 3

Queste ultime visioni si evidenziano sia nella terminologia usata ("*drogato*", "*tossico*") sia nei concetti espressi ("*rinchiuderli*", "*curarli per forza*"), terminologia e concetti espressivi della *negazione di uno statuto di malati* ai soggetti che fanno uso dipendente di sostanze.

Le attitudini generali del pubblico verso il problema dell'uso di sostanze e verso coloro che lo praticano sono intercorrelate con quelle professionali degli addetti al settore.

# Attitudini verso i soggetti che usano sostanze 4

Secondo Imhof (1995) persistono tra operatori psichiatrici attitudini negative rispetto alla diagnosi di alcolismo, la cui presenza porta gli psichiatri a giudicare *a priori* il paziente come maldisposto verso le raccomandazioni terapeutiche; tali aspettative negative si traducono in esiti del trattamento più sfavorevoli.

Il pregiudizio sociale fa sì che la diagnosi di alcolismo sia una etichetta stigmatizzante, piena di conseguenze negative. La diagnosi di dipendenza da sostanze illegali è ancor più stigmatizzante di quella da alcool.

# Interazioni tra operatore e paziente

**La difficoltà a gestire le multiformi reazioni "transferali" di soggetti che fanno uso di sostanze genera atteggiamenti di ripulsa se medici ed operatori non sono adeguatamente preparati personalmente e professionalmente, e non sono sostenuti adeguatamente da un opportuno lavoro in equipe.**



# Manifestazioni del paziente, reazioni dell'operatore 1

PAZIENTE	OPERATORE
Il paziente si pone come vittima impotente	Manifesta fastidio; prova sentimenti sadici dinanzi agli elementi masochistici del transfert; dà consigli impossibili
Manifesta rabbia e ostilità	Si ritira emozionalmente, manifesta rabbia; assume atteggiamenti passivo-aggressivi
E' perfetto, fa tutto giusto	Si compiace, si sente valido, grandioso; si annoia

(Da Imhof, in Miller NS, 1991, modificata)

# Manifestazioni del paziente, reazioni dell'operatore 2

PAZIENTE	OPERATORE
Il paziente perfetto "passa all'atto": manca un appuntamento, fa un'overdose, viene arrestato, ecc.	Si infuria; prova sentimenti di inadeguatezza; ha una reazione depressiva, "passa all'atto", scarica il paziente, o lo induce ad abbandonare il trattamento
Intellettualizza, scinde intelligenza e sentimenti	Ricorre ad interpretazioni, attacca le difese di intellettualizzazione, o collude con esse

(Da Imhof, in Miller NS, 1991, modificata)

# Sommario

La relazione terapeutica nella medicina delle dipendenze

L'aderenza al trattamento nei problemi comportamentali

Motivazione al cambiamento

Il modello transteorico degli stadi del cambiamento

Il Colloquio motivazionale

# Adherence, Compliance ...

Tra i soggetti con problemi di dipendenza  
"la scarsa compliance è *frequente*, ed è fonte di  
*frustrazione e burn-out* per i professionisti del  
campo"

(Daley e Zuckoff 1999)

Alla scarsa aderenza dei tossicodipendenti al  
trattamento viene attribuita gran parte della  
responsabilità dello scarso entusiasmo con cui gli  
operatori addetti lavorerebbero

# Adherence, Compliance 2

"L'aderenza ai trattamenti è un problema nelle dipendenze, come in tutte le altre malattie croniche"

(McLellan e O'Brien 1996)

"Il modo più efficace per migliorare la compliance è disporre di una terapia che funzioni contro la tossicodipendenza.

(Rounsaville 2001)

"I tassi di abbandono prematuro di terapie anche efficaci sono tuttavia stimati intorno al 50%"

(Rounsaville 2001)

## Compliance e outcome: c'è relazione?

Esistono evidenze sperimentali e cliniche secondo cui la aderenza a trattamenti **non corrisponde sempre e necessariamente** a risultati positivi del trattamento stesso, sia questo farmacologico, comunitario, psicosociale, di auto-aiuto  
(DiClemente 1997)

# Guarigione spontanea, disponibilità al cambiamento

D'altra parte esiste ed è ben documentato il fenomeno della guarigione spontanea, vale a dire senza trattamento.

Secondo la visione del **modello degli stadi del cambiamento**, la guarigione, spontanea o con trattamento, è in relazione alla alta disponibilità al cambiamento del soggetto, vale a dire, alla sua collocazione in stadi del cambiamento più avanzati (determinazione, azione)

# Schema di relazioni tra disponibilità al cambiamento e aderenza al trattamento

(DiClemente 1997)

Aderenza al trattamento	Alta	FALLIMENTO CON TRATTAMENTO	SUCCESSO CON TRATTAMENTO
	Bassa	FALLIMENTO SENZA TRATTAMENTO	SUCCESSO SENZA TRATTAMENTO
		Bassa	Alta
		Disponibilità al cambiamento	



## Disponibilità al cambiamento e aderenza al trattamento

La collocazione negli stadi del cambiamento  
(*disponibilità al cambiamento, readiness to change*),  
influenza profondamente

- la possibilità di aderire a trattamenti,
- la possibilità di conseguire risultati positivi tramite gli stessi.

# Sommario

La relazione terapeutica nella medicina delle dipendenze

L'aderenza al trattamento nei problemi comportamentali

Motivazione al cambiamento

Il modello transteorico degli stadi del cambiamento

Il Colloquio motivazionale

# La Motivazione al Cambiamento nasce...

...quando le persone percepiscono una frattura tra il proprio comportamento abituale e importanti obiettivi personali.

QUANDO PERCEPISCONO  
UNA FRATTURA INTERIORE

La Motivazione al Cambiamento  
produce effetti ...

Quando le persone si sentono  
sufficientemente ottimiste e  
fiduciose rispetto alla possibilità di  
conseguire il risultato per cui sono  
chiamate ad impegnarsi.

HANNO ALTI LIVELLI DI  
AUTO-EFFICACIA

# La Motivazione al Cambiamento si concretizza ...

Quando le persone "procedono"  
dalla Precontemplazione alla Contemplazione

Riconoscono il problema, ne sono preoccupati

dalla Contemplazione alla Determinazione

Esprimono volontà di affrontare e risolvere il problema

MANIFESTANO UNA CRESCENTE  
DISPONIBILITA' AL  
CAMBIAMENTO

# I "tre fattori" della motivazione al cambiamento

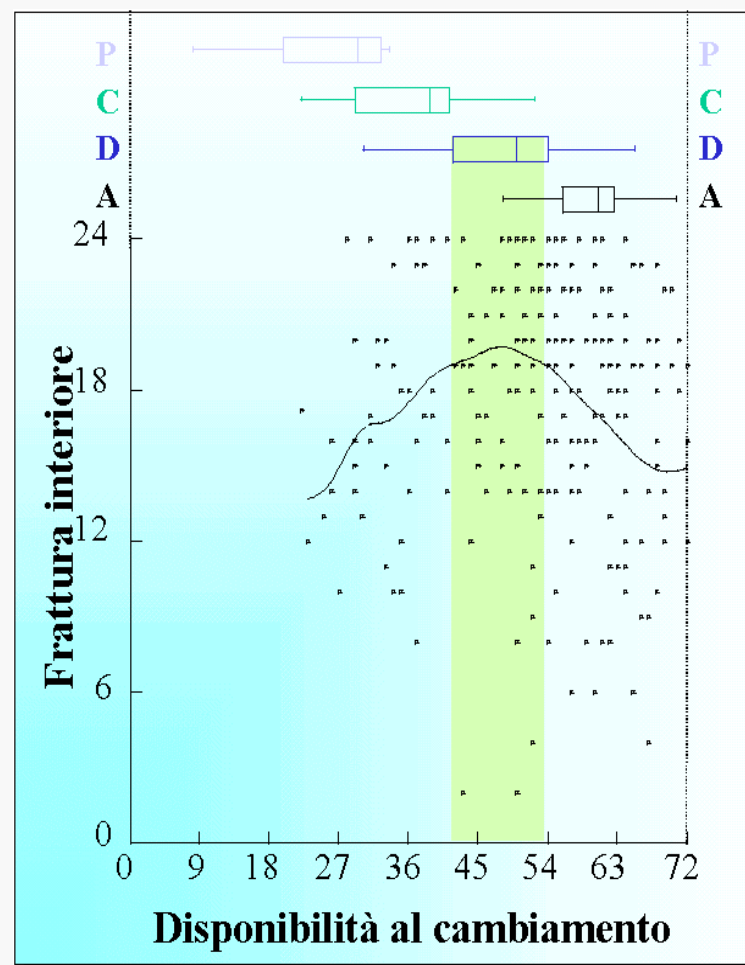
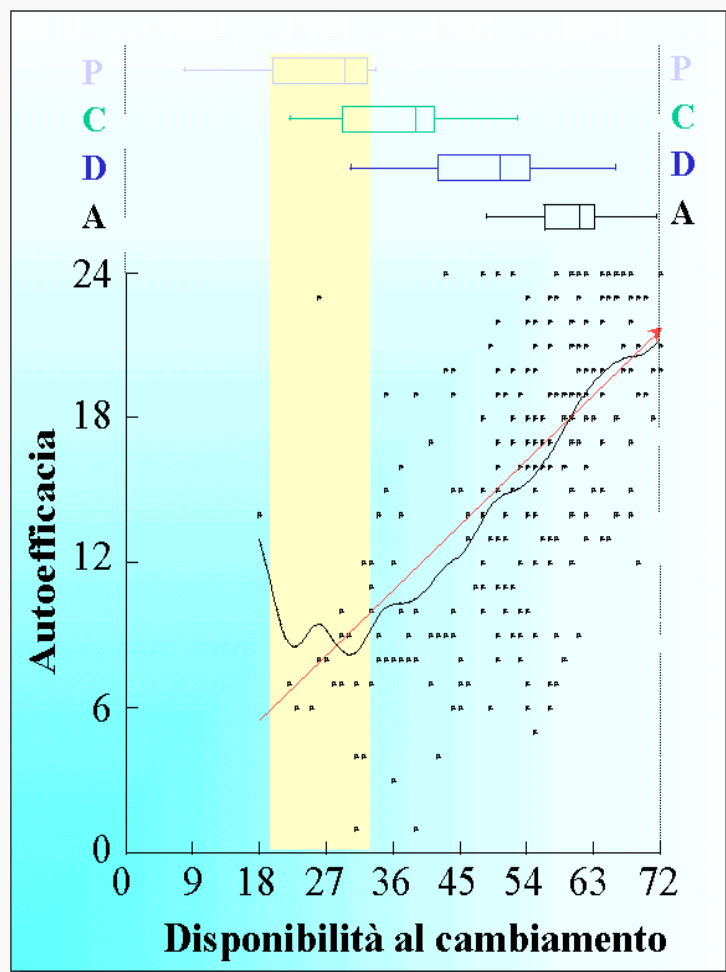
Frattura interiore

Autoefficacia

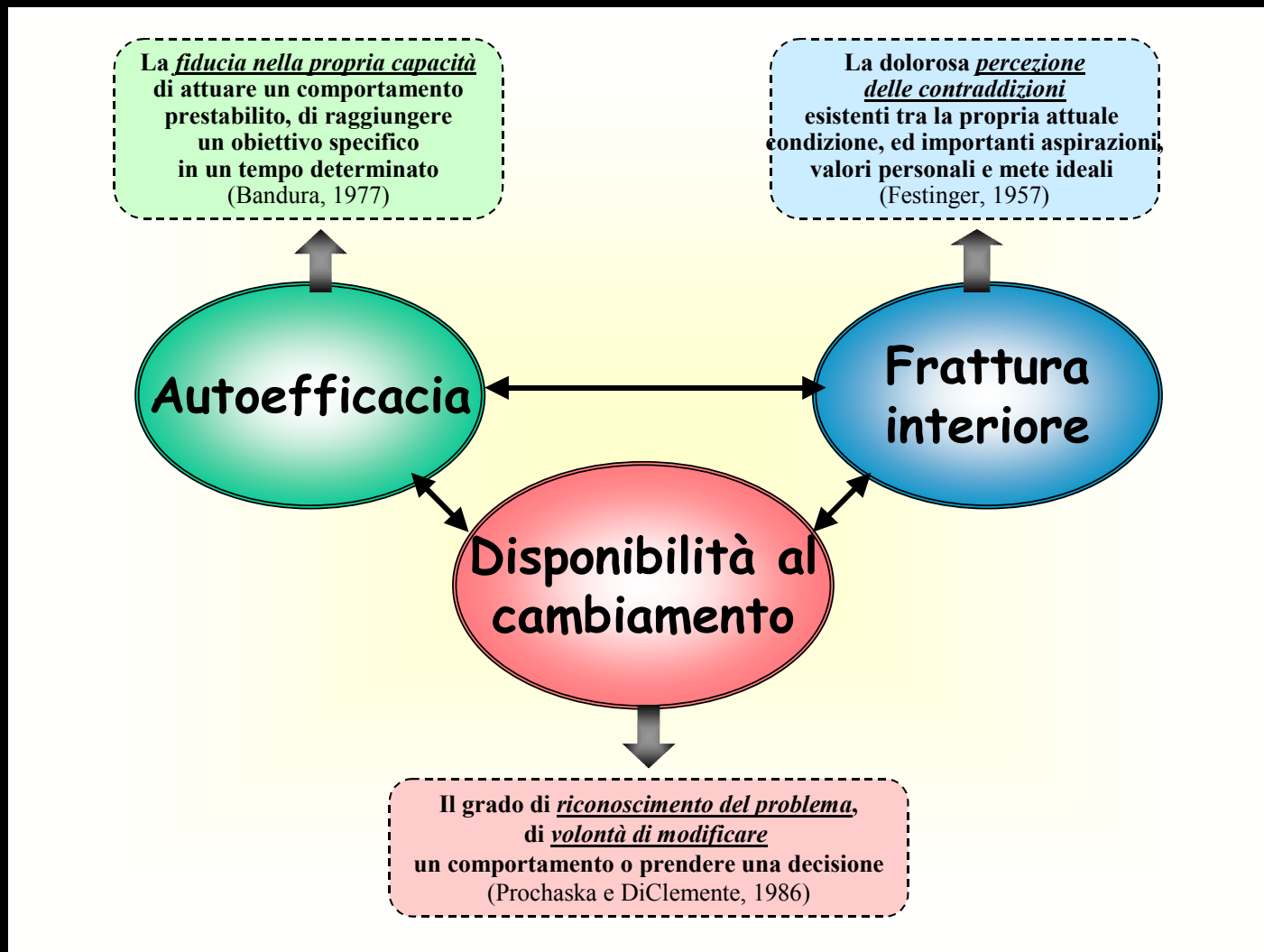
Disponibilità al cambiamento

sono i tre fattori che sostengono la  
motivazione al cambiamento, e secondo i  
nostri studi sono legati da relazioni  
abbastanza stabili

# Relazioni fra disponibilità al cambiamento, autoefficacia e frattura interiore



# I "tre fattori" della motivazione al cambiamento





# Importanza del modello "a tre fattori"

Questo modello "a tre fattori" della motivazione al cambiamento comportamentale combina in un tutto coerente e clinicamente praticabile il

- Modello transteorico degli stadi del cambiamento
- Colloquio Motivazionale

# Modello transteorico e Colloquio motivazionale

Il modello transteorico degli stadi del cambiamento (Prochaska e DiClemente 1983) è la base riconosciuta di approcci mirati al miglioramento dell'aderenza ai trattamenti

Il Colloquio Motivazionale (Miller e Rollnick 1991) è ritenuto uno degli strumenti capaci di migliorare la disponibilità al cambiamento nei problemi di comportamento, e quindi di accrescere la aderenza ai trattamenti proposti.

(NIDA 1999, DiClemente 1997; Rounsaville 2001; Carrol e coll 2001; Swanson e coll 2001)

# Sommario

La relazione terapeutica nella medicina delle dipendenze

L'aderenza al trattamento nei problemi comportamentali

Motivazione al cambiamento

Il modello transteorico degli stadi del cambiamento

Il Colloquio motivazionale

## Il modello transteorico degli Stadi del cambiamento

Il Modello degli Stadi del Cambiamento  
è stato elaborato da J. Prochaska e  
C. Di Clemente fornisce strumenti  
utili

per la comprensione del processo di  
cambiamento e

per la adozione degli obiettivi  
terapeutici più appropriati in ogni  
stadio.

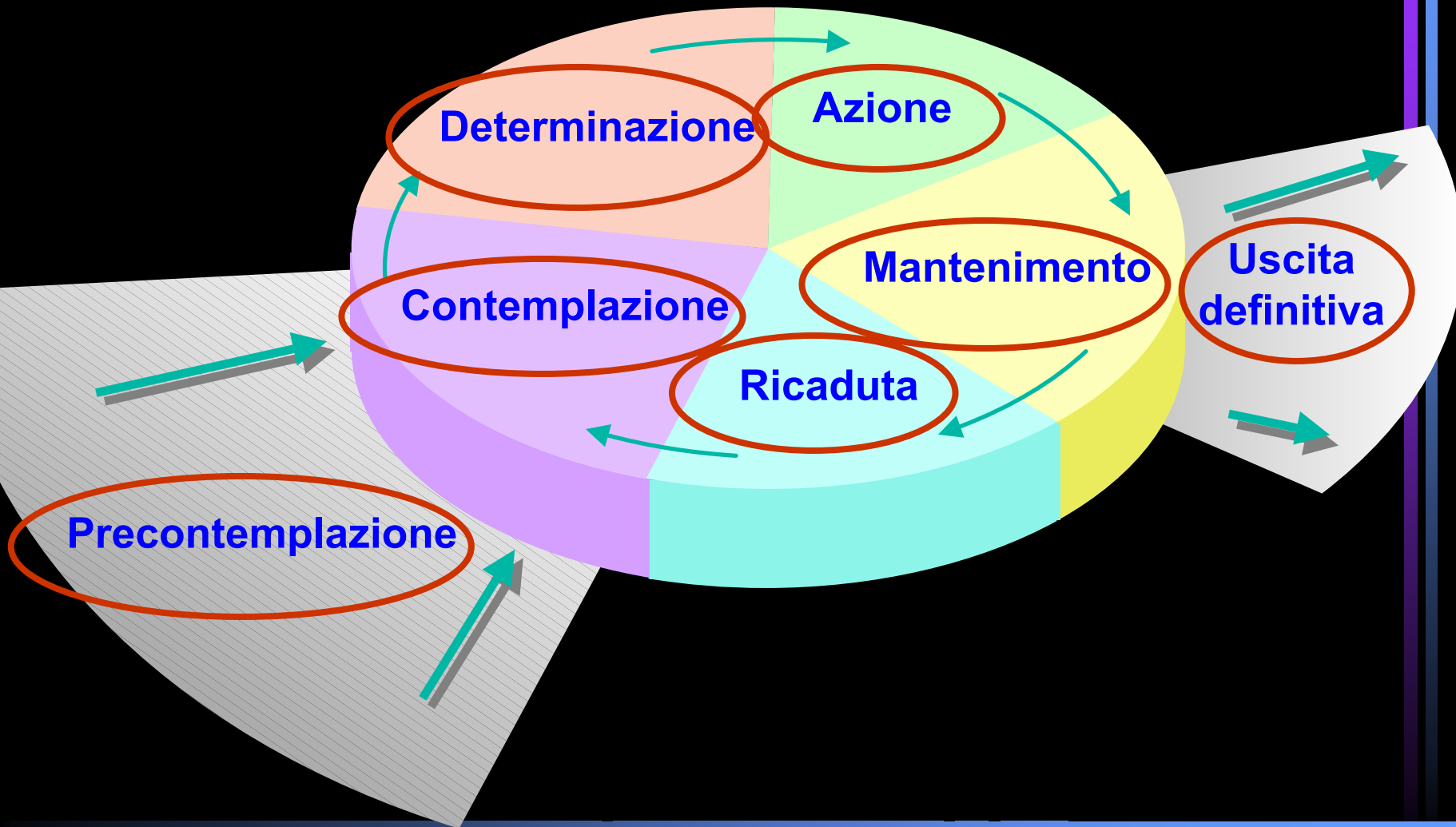
# Stadi del cambiamento

Il processo del cambiamento è stato raffigurato attraverso una **sequenza di STADI** nei quali le persone evidenziano i modi con cui pensano, iniziano e mantengono i nuovi comportamenti.

Come operatori è possibile aiutare i clienti in ogni punto del processo di cambiamento utilizzando le appropriate strategie motivazionali che sono specifiche dello stadio del cambiamento individuale.

# Gli stadi del cambiamento

(Prochaska e DiClemente)



## Due osservazioni

Il processo del cambiamento è, una spirale che si ripete con caratteristiche diverse ad ogni ciclo, dopo ogni ricaduta.

Le persone, in rapporto a loro comportamenti diversi, generalmente *non sono*, nello stesso stadio del cambiamento (esempi: assunzione di sostanze diverse; modalità di assunzione; ecc.)

# "Matching Treatment and Stage"

(DiClemente 1997)

- Identificare lo stadio in cui il cliente si trova rispetto ad uno specifico problema
- Scegliere interventi basati sullo stadio in cui il cliente si trova
- Evitare strategie inappropriate allo stadio del cambiamento in cui il soggetto si trova



# Sommario

La relazione terapeutica nella medicina delle dipendenze

L'aderenza al trattamento nei problemi comportamentali

Il modello transteorico degli stadi del cambiamento

Il Colloquio motivazionale

# Il Colloquio Motivazionale è uno stile terapeutico:

- Centrato sulla persona
- Orientato al cambiamento
- Inteso ad aiutare i clienti a superare la loro ambivalenza verso il cambiamento.

# Il Colloquio Motivazionale è uno stile terapeutico fondato su:

- Una relazione empatica
- Riconoscimento ed enfasi su ruolo e responsabilità del cliente nella definizione del suo percorso terapeutico
- Visione della resistenza come frutto della relazione, e come risorsa per il cambiamento

# I fondamenti



Secondo il Colloquio Motivazionale, il cambiamento è possibile se si tiene conto che la  
**MOTIVAZIONE...**

- ... è la chiave del cambiamento
- ... è dinamica
- ... può essere modificata dagli eventi
- ... è influenzata dalle interazioni sociali
- ... è influenzata dallo stile dell'operatore

# Stile confrontazionale vs. stile motivazionale

## STILE CONFRONTAZIONALE

Il cliente è concepito  
come dominato dalla  
"negazione"

La motivazione al  
cambiamento è  
concepita come un  
"tratto" di  
personalità,  
caratteristico degli  
stati di dipendenza

## STILE MOTIVAZIONALE

Il cliente è concepito  
come allocato in uno  
"stadio del  
cambiamento"

La motivazione al  
cambiamento è  
considerata come uno  
"stato", dipendente  
dalla relazione tra  
cliente e operatore

(1, segue)

# Stile confrontazionale vs. stile motivazionale 2

## STILE CONFRONTAZIONALE

La spinta al cambiamento viene dalle pressioni dell'ambiente, e dalla condizione di "toccare il fondo"

Esalta la disciplina del cliente e la sua disponibilità ad accettare le indicazioni e le regole

## STILE MOTIVAZIONALE

La spinta al cambiamento viene dal bilancio dei pro e dei contro dell'uso e del non-uso, e dalla frattura interiore

Esalta la responsabilità del cliente e la sua capacità di estrarre da sé le ragioni del cambiamento (2, segue)

# Stile confrontazionale vs. stile motivazionale 3

## STILE CONFRONTAZIONALE

Evidenzia i problemi in  
termini di **pressione a**  
**cambiare**

Come strumento  
principale utilizza la  
"confrontazione"

## STILE MOTIVAZIONALE

Favorisce la **presa di**  
**coscienza** sui propri  
problemi

Come strumento  
principale utilizza la  
"riflessione"



## Reazioni sul piano etico

Negli ultimi anni tutte le principali associazioni e società scientifiche riunite nella Consulta, e la Consulta stessa, ed esponenti di organizzazioni di comunità hanno espresso linee guida etiche.

Tali prese di posizione sono tutte sostanzialmente orientate alla centralità della persona del tossicodipendente, alla sua libertà di scelta, alla ripulsa di soluzioni coatte, all'incoraggiamento della autonomia e responsabilità della persona.

## Reazione sul piano etico

E' evidente il senso di contrasto di tale impostazione rispetto al pensiero e alla pratica confrontazionale.

Gli operatori italiani hanno inteso reagire a tale impostazione giudicandola  
poco efficace clinicamente,  
dannosa sul piano educativo,  
e poco sostenibile sul piano etico

# Colloquio motivazionale come alternativa pratica allo stile confrontazionale

Il colloquio motivazionale,  
con le sue premesse, la sua struttura, le sue tecniche  
(Miller and Rollnick, 2002)

si trova di fatto a rappresentare un modo pratico,  
operativo, scientificamente fondato (NIDA, 1999)

per affrontare il conflitto etico che viene posto  
dagli stili confrontazionali e da pratiche fondate su  
visioni moralistiche e stigmatizzanti della  
tossicodipendenza.

# Approccio motivazionale come rivoluzione copernicana

La relazione terapeutica modellata sullo stile del colloquio motivazionale, e gli interventi specifici coerenti con tale modello sono generalmente associati a un miglior esito dei trattamenti.  
(Burke e coll 2002)

Migliorano la adesione ai trattamenti specifici (Daley e Zuckoff 1999), favoriscono la durata dei medesimi, senza nulla togliere alla specificità di tali trattamenti (Saunders e coll 1995; Swanson e coll 1999)

# Abilità del Colloquio motivazionale

Le abilità fondamentali del colloquio motivazionale sono:

Domande aperte  
Ascolto riflessivo

L'obiettivo immediato del CM è quello di evocare

Affermazioni nella direzione del  
cambiamento

# Uno stralcio di colloquio

Vediamo come si dipana concretamente un colloquio di stile motivazionale

(Handmaker, Packard e Conforti, 2002, modificato)

In verde: domande aperte

In rosso: affermazioni di ascolto riflessivo

In blu: affermazioni nella direzione del cambiamento

Operatore: Mi ha detto che quando era in stato di agitazione beveva più del solito, diventava aggressivo, e alla fine qualcuno ha chiamato la polizia. Che cos'è successo poi?

Cliente: Mi hanno portato qui all'ospedale

O.: Intende dire che l'hanno portato all'ospedale contro la sua volontà ...

C.: Sì, proprio; impacchettato come un matto!

O.: Cos'è che l'ha disturbata maggiormente in questo?

C.: Sentirmi come mi sento ora, uno schifo

O.: Vedo che sta veramente male. Quali sono i pensieri che ha in testa mentre sta qui?

C.: Quante preoccupazioni ho creato alla mia famiglia

O.: Sente di aver dato loro un dispiacere ...

C.: L'ultima volta che mi hanno portato qui, loro hanno sofferto molto. Gli avevo promesso che non li avrei costretti a sopportare tutto questo un'altra volta.

O.: Aveva fatto una promessa sentita, sincera, che non è riuscito a mantenere ...

C.: Sì, e invece avrei proprio voluto mantenerla !



Q.: Ma in realtà mi dice che qualcosa è andato storto ...

C.: Già, ho ricominciato a bere

Q.: E' convinto che il bere abbia giocato un ruolo in quello che è successo

C.: Guardi, ho smesso di venire agli appuntamenti. Sono passato da una o due birre al giorno a girare per bar dalla mattina alla sera. Dopo un po' non ho neanche più preso le medicine ...

Q.: Secondo lei, bere l'ha portata a mancare gli appuntamenti e dimenticare di fare le cure prescritte

# Caratteristiche del colloquio motivazionale

Osserviamo:

- L'operatore aiuta il cliente ad esprimere **le sue preoccupazioni**, senza imporgli la propria visione
- Sono banditi toni minacciosi, di biasimo, etichettature, atteggiamenti da esperto, proposte premature, contestazioni, confronti, induzione di sensi di colpa.
- Il colloquio è caratterizzato da un tono **supportivo ed empatico**, basato su domande aperte e soprattutto su **ascolto riflessivo**.

# LA RELAZIONE TERAPEUTICA NEL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

Caratteristiche di tale relazione sono:

- un clima amichevole, accogliente
- l'assenza di giudizi morali sui comportamenti del cliente
- la mancata imposizione di soluzioni preordinate
- la facilitazione della decisione responsabile del cliente, attraverso un aiuto a chiarificare con se stesso le proprie visioni del problema

# LA RELAZIONE TERAPEUTICA NEL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

- la valutazione dei pro e dei contro della sua situazione rispetto all'uso
- la valutazione dei pro e dei contro anche delle soluzioni possibili
- l'accettazione dell'ambivalenza come fisiologica
- l'aiuto al cliente affinché possa accettarla come normale ("normalizzazione dell'ambivalenza")

# LA RELAZIONE TERAPEUTICA NEL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

- la negoziazione delle sue esigenze in relazione con le possibilità offerte
- la possibilità di discutere le occasioni di ricaduta liberamente e senza venature di minaccia o di condanna
- la facilità di favorire il rientro in terapia nel caso di ricaduta

## Rischi percepiti rispetto al C.M. nella relazione terapeutica

- L'operatore inclina alla passività, non è attivo
- L'operatore non è in condizione di fissare regole, di stabilire limiti, di dare dinieghi
- L'operatore diventa inevitabilmente collusivo con il cliente
- Il C.M. contrasta con le tecniche psicoterapiche e psicofarmacologiche che vengono usate nel lavoro

## Conclusioni

Il C.M. è uno stile terapeutico capace di favorire lo sviluppo di una relazione terapeutica efficace nella prospettiva del cambiamento

Caratteristica fondamentale è la centratura sulla persona, con carattere empatico definito dall'attenzione alle percezioni e propensioni del paziente

Come tale è un modo per concretizzare nel lavoro con i tossicodipendenti le istanze etiche attuali derivanti dal rispetto per la persona

Data la sua natura è compatibile con approcci tecnici

Grazie per l'attenzione ...