

L'équipe territoriale composta da tutti gli attori coinvolti nel caso di Eleonora ha sviluppato il più possibile una mentalità curante umile, dedita e rispettosa della singolarità dei partecipanti alla cura e della gravità della situazione, dando anche un supporto ai famigliari che sono stati concretamente aiutati a più livelli, ponendo particolare attenzione ai fattori predittivi negativi quali: grave disagio psicosociale, co-morbilità, alta emotività espressa.

In sintesi, l'intervento integrato territoriale si è orientato anche nell'aiuto delle persone significative in relazione con Eleonora in termini professionali credibili, senza necessariamente considerarli patologici, attivando la possibilità di contributi economici e sostenuti nell'assumere un ruolo di attiva e continua collaborazione con l'équipe curante.

In conclusione, la cura sarà il risultato della integrazione di tutto ciò che la rete territoriale mette in campo e non la semplice sommatoria di vari atti tecnici.

Il territorio che è capace di Cura intesa nel suo senso alto di premura e devozione è in grado di fare accoglimento empatico, significazione, rispetto per l'altro inteso come individuo con le sue singolarità competenza.

Fare Cura attraverso una rete territoriale comporta dei modi di fare e di essere che in passato venivano descritti con termini quali come vocazione, dedizione o missione e che come corrispettivo metaforico, rimandano al modello delle cure materne.

L'eccesso di professionalizzazione e di tecniche oggi disponibili, tendono ad oscurare ed inaridire quelle altre caratteristiche legate alla qualità della persona prima che del professionista, alla sua soggettività, alla sua potenzialità creativa e a ciò che autori come Hillman chiamano "fare anima" (Freni, 2000).

## Bibliografia

- Cibin M., Hinnenthal N. (2012). Trattamento integrato dell'alcolismo: Gli strumenti e i luoghi di intervento. *Noos. Aggiornamenti in Psichiatria*.
- Freni S. (2000). L'approccio integrato nella diagnosi e nel trattamento della psicosi: Una questione di umiltà e di rispetto per l'A(al)tro. *Psichiatria Oggi. Fatti e opinioni dalla Lombardia*.
- La Moglie A., Penati G., Longhini M. (1999). La cronicità nei servizi psichiatrici territoriali. *Società Italiana di Psichiatria*.
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Materzanini A. (2018). Perché non bastano gocce e pastiglie. In: *I luoghi del possibile. Fare salute mentale oggi*.
- Vender S., Callegari C., Pedroni R., Poloni N. (1997). Terapie con nuovi farmaci e trattamenti integrati nelle patologie gravi. *Psichiatria Oggi. Fatti e opinioni dalla Lombardia*.

# I gruppi di motivazione al cambiamento per gli alcolodipendenti

Martina Ceccarini\*

Publicato online: 08/07/2021

Come le droghe, l'alcol agisce sul circuito della gratificazione dando un senso di soddisfazione che può divenire autonomo rispetto alle altre emozioni ed alle situazioni fisiologiche di gratifica (Koob, Volkow, 2016).

Il bevitore eccessivo ricerca nella sostanza degli effetti precisi: un senso di calore (fisico e psichico, cioè di una parvenza di calore da contatto con gli altri), il senso di soddisfazione (percezione di pienezza, di aver scacciato la propria inutilità, il vuoto, il proprio disagio), la riduzione dell'ansia (azione ipno-inducente) (Cerizza, Borella, 2004).

Il trattamento dell'alcolodipendenza richiede una forte componente attiva e partecipativa da parte dell'individuo: la percezione di sé come agente del cambiamento è essenziale nella risoluzione di questo tipo di disturbi. In tal senso, la motivazione è assolutamente fondamentale.

I Gruppi di Motivazione al Cambiamento nascono dall'unione di due modelli principali.

Il primo è il modello del colloquio motivazionale elaborato da Miller e Rollnick (1994), che consiste in una struttura generale d'approccio all'utente che favorisce il cambiamento.

Il secondo modello è il Modello Transteorico del Cambiamento (Prochaska, DiClemente, 1986).

Il colloquio motivazionale rappresenta una metodologia efficace per offrire supporto alle persone in difficoltà, aiutandoli a mettere a fuoco la propria situazione e ad agire rispetto a disagi presenti o solo potenziali.

Le modalità del colloquio motivazionale sono persuasive più che coercitive e garantiscono un maggiore sostegno alle risorse della persona in favore del suo cambiamento.

L'obiettivo è aumentare la motivazione interiore dell'assistito, in maniera che il cambiamento avvenga, possibilmente, da "dentro".

Tale processo risulta tanto più efficace quanto più la famiglia della persona è coinvolta.

Da un punto di vista psicologico, infatti, il processo di cambiamento è certamente mediato, facilitato od ostacolato anche dagli atteggiamenti adottati dalla sua famiglia e/o dalle altre relazioni sociali che spesso possono essere fonte di mantenimento del disturbo stesso, pur senza volerlo (Blasi, Casonato, 2005).

\* Psicologa, psicoterapeuta, UOC Servizio Territoriale Dipendenze, DSMD - Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana - Città Metropolitana Milanese.

Il colloquio motivazionale è un metodo direttivo centrato-sul-cliente, per aumentare la motivazione intrinseca al cambiamento attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza. All'interno della definizione, il metodo "centrato-sul-cliente" è un elemento centrale che viene introdotto a partire dal pensiero di Carl Rogers.

Secondo Rogers, il terapeuta non ha un approccio diretto: non interpreta né consiglia, ma si limita ad incoraggiare o a chiarire dei punti specifici di particolare rilevanza.

Il presupposto operativo è che l'individuo sia in grado di parlare dei problemi personali e che il terapeuta possa instaurare un'atmosfera di accettazione e di non giudizio, nella quale esplorare e poter risolvere i problemi del soggetto (Miller, Rollnick, 1994).

Un approccio centrato-sul-cliente è basato essenzialmente su tre elementi fondamentali quali: autenticità, accettazione incondizionata e comprensione empatica.

Rogers vede una pari dignità tra i due attori di un processo terapeutico, e decide quindi di ridefinire "cliente" il più classico "paziente".

In tal modo si perde la distanza tra il paziente classico ed il terapeuta, in favore di un rapporto maggiormente paritario in cui l'operatore mette a disposizione la propria esperienza e le proprie conoscenze all'utente che, per parte sua, indica quali sono i propri bisogni ed obiettivi, che saranno poi soddisfatti in un percorso comune.

Questo approccio si discosta largamente dalle forme più tradizionali di terapia: l'obiettivo non è solo insegnare competenze o continuare a scavare nel passato, quanto occuparsi degli interessi e delle preoccupazioni attuali del cliente (Blasi, Casonato, 2005).

Un altro concetto importante nel colloquio motivazionale è quello di motivazione intrinseca. Miller e Rollnick (1994), sostengono una visione in cui il potenziale del cambiamento risiede già nel cliente, ed affermano che compito dell'operatore è quello di estrarre questa motivazione (come le tematiche ad essa collegate), in un approccio maieutico.

In quest'ottica, assume una fondamentale rilevanza la risoluzione dell'ambivalenza.

Difatti, il cliente accede al colloquio in assenza della connotazione dicotomica "essere o non essere motivato": l'ambivalenza è considerata una condizione normale dell'essere umano e lo scopo del lavoro terapeutico è, difatti, la risoluzione di tale condizione. Secondo Miller e Rollnick (2004) esistono dei principi base ai quali l'operatore dovrebbe attenersi per il buon raggiungimento degli obiettivi del trattamento: esprimere empatia, aumentare la frattura interiore, aggirare ed utilizzare la resistenza ed infine sostenere l'autoefficacia.

Il primo punto origina dal pensiero rogersiano e vuol'essere un'indicazione riguardante lo stile relazionale del terapeuta verso il cliente e rispetto ai contenuti portati nei colloqui da quest'ultimo. L'atteggiamento mentale che gli autori indicano come necessario al buon andamento del singolo colloquio e della terapia nella totalità, viene definito di "accettazione".

È proprio l'accettazione a garantire l'instaurarsi di un buon clima all'interno del quale il cliente è sostenuto nell'aumentare la propria autostima e ad intraprendere il cambiamento spontaneamente.

Va sottolineato che esprimere empatia verso il cliente non equivale necessariamente ad approvarne o ad avvallarne il comportamento.

Riguardo al secondo punto è possibile affermare che la persona che richiede aiuto per uno stato di dipendenza da sostanze, è dominata dall'ambivalenza tra la percezione del proprio comportamento da una parte, ed i propri valori o sentimenti dall'altra.

La tematica nasce dal pensiero cognitivista di Festinger (1957), per il quale le persone possono esperire una dissonanza cognitiva tra i propri stati interni e quelli esterni come, ad esempio, tra il proprio sistema di valori ed il relativo comportamento, o tra due opinioni incompatibili.

La presenza della dissonanza induce l'individuo a ricercare possibili soluzioni volte a ridurla o ad eliminarla: tanto più grande è percepita l'incongruenza, tanto maggiori saranno gli sforzi per risolverla. Questo si traduce, sul piano del colloquio motivazionale, nella visione dell'ambivalenza come di uno stato naturale dell'uomo (Miller, Rollnick, 2004).

Nel momento in cui tale dissonanza o frattura non produce un cambiamento atto a risolverla, l'individuo è bloccato, ed è quindi necessario un intervento esterno.

Da una parte, si prospetta la possibilità di smettere di assumere la sostanza con i costi e i benefici che questo comporta, e dall'altra si considera la possibilità di continuare nell'assunzione.

Nell'avvicinarsi ad una delle due opzioni, gli aspetti negativi della sostanza che ha creato la dipendenza diventano evidenti, e parallelamente, si fanno più attraenti i lati positivi dell'altra posizione: si impone quindi un moto in senso opposto, che però non giungerà direttamente alla fine (astinenza protratta), dato il ripetersi del ciclo.

L'esplorazione dell'ambivalenza è da attuarsi mediante un'analisi dei pro e dei contro (bilancia decisionale) di ognuna delle due possibilità.

Il terapeuta deve quindi chiarire i pro ed i contro forniti dal cliente, di ognuna delle due scelte e, in questo modo, rendere più ampia, e maggiormente motivante, la frattura interiore.

Questo intervento deve essere ben calibrato: dall'osservazione degli utenti si può notare, infatti, che la percezione della frattura può tradursi in un impiego di meccanismi di difesa come la razionalizzazione, la proiezione e o la negazione del disagio (Miller, Rollnick, 2004).

Inoltre, Miller e Rollnick (2004) sostengono che qualsiasi tentativo di imporre ragioni o punti di vista, seppur pienamente fondati, ad un soggetto già abituato a convivere con l'ambivalenza, produrrà inevitabilmente una marcata resistenza al trattamento.

Quest'ultima, non è da combattersi direttamente, bensì da aggirare e da utilizzare al fine di costruire nel soggetto una maggiore spinta al cambiamento.

Nella pratica clinica, questo si traduce nel fatto che il terapeuta evita di discutere animatamente in favore del cambiamento, ma semplicemente riassume e rielabora i benefici ed i costi del cambiamento presentati dal cliente.

Il quarto ed ultimo punto si rifà direttamente al pensiero di Bandura (1977).

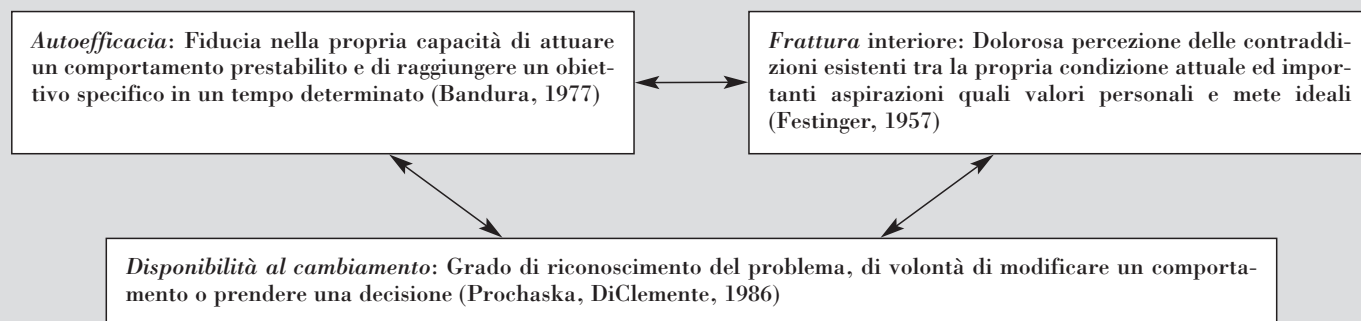
Nel campo degli studi sulla motivazione, per autoefficacia s'intende la fiducia di un individuo nella propria capacità di attuare un comportamento prestabilito.

Si tratta di un insieme di valutazioni che il soggetto fa rispetto alla propria possibilità di raggiungere un preciso obiettivo in un tempo determinato.

Nell'ambito del colloquio motivazionale, un sentimento di autoefficacia sufficientemente alto è da considerarsi come un buon predittore del successo dell'intervento (DiClemente, 1986).

I sentimenti che motivano o sostengono il cambiamento devono nascere dal cliente ed essere rinforzati dal clinico.

Sono quindi 3 i fattori fondamentali della motivazione al cambiamento, ed interagiscono fra loro proprio per creare quel presupposto necessario al cliente ad introdurre delle modificazioni del comportamento atte a migliorare il proprio stato emotivo e la propria qualità di vita, come indicato dal seguente diagramma:



Dai primi anni '80 ad oggi, il modello transteorico del cambiamento ha riscosso un ampio successo nel trattamento delle dipendenze.

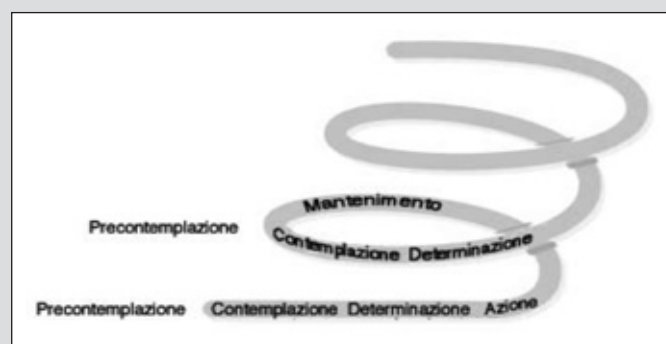
Il modello rappresenta un processo suddiviso in 6 fasi, mediante il quale un soggetto decide di agire.

In ogni stadio è descritto il comportamento passato ed i piani d'azione futuri.

Una prima ed importante novità, rispetto ad altri modelli di programmazione dell'azione è che nel modello transteorico viene integrata la dimensione temporale del cambiamento (Ripamonti, 2015). Non si tratta quindi di una fotografia statica della presa di decisione, bensì di una descrizione processuale.

Inoltre, all'interno delle fasi, è compresa la ricaduta, intesa non come mero fallimento, ma come fonte di esperienza, (se ben rielaborata), per chi intraprende il cammino del cambiamento.

L'immagine iniziale del processo di cambiamento inteso in maniera circolare, muta in una forma spirale (Prochaska *et al.*, 1992):



Il modello di Prochaska e DiClemente (1986), suggerisce che un individuo passi attraverso un crescente grado di disponibilità verso il cambiamento prima di intraprenderlo.

Il cambiamento si articola in sei fasi principali citate.

In fase di precontemplazione non si è ancora preso in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento (intenzione relativa ai 6 mesi successivi alla valutazione).

L'individuo non è informato o è disinformato rispetto al comportamento a rischio, ha fatto dei tentativi di cambiamento ed è demoralizzato o ha perso fiducia nella propria concreta capacità di cambiare.

Di solito, in questa fase si evita di leggere, parlare o pensare al comportamento a rischio.

Il livello di motivazione è molto bassa o emerge una forte resistenza al cambiamento.

Il fatto di avere un problema di dipendenza è un elemento ancora più o meno lontano dalla consapevolezza (DiClemente *et al.*, 2008).

La fase di contemplazione è caratterizzata dall'ambivalenza: ci si muove alternativamente tra ragioni di preoccupazione e giustificazioni per non preoccuparsi.

Il soggetto inizia a considerare l'ipotesi di modificare il proprio comportamento.

Per passare dallo stadio di precontemplazione al successivo, il soggetto deve avere una preoccupazione "almeno" sufficiente rispetto ad una problematica precisa.

In questa fase si è consapevoli dei pro e dei contro del cambiamento e ciò può causare una situazione di forte ambivalenza che può far rimanere in questa fase anche per lunghi periodi di tempo, determinando uno stato di "contemplazione cronica" o di procrastinazione.

Nella fase di determinazione: il soggetto ha deciso di modificare il comportamento nell'immediato futuro (solitamente nel mese successivo), e pianifica la modalità di cambiamento (può aver pianificato di consultare un esperto, partecipare a programmi strutturati, acquistare un volume di auto-aiuto).

Se il passaggio in questo stadio avviene a seguito di una decisione "forte" presa al termine della fase di contemplazione, è meno alto il rischio di ripensamenti durante la fase di azione. DiClemente e colleghi (2008), parlano di "teachable moments", eventi importanti, transizioni nel ciclo di vita, che possono spingere o motivare un cambiamento (ad esempio una gravidanza, un trasferimento, uno sviluppo lavorativo) e che possono essere opportunamente sfruttati.

Se il soggetto cerca una soluzione al problema e la mette in pratica, passa alla fase successiva, ovvero l'azione.

In questo stadio, il soggetto agisce per modificare il proprio comportamento e conseguire così un cambiamento.

L'azione non è sempre una modificazione diretta del comportamento ma tutto quell'insieme di attività che vengono messe in atto nel tentativo di modificare un comportamento (atti singoli ed episodici, azioni ricorrenti, strategie semplici e complesse).

Per considerare un comportamento come un'effettiva azione di cambiamento occorre che questo riduca il rischio di malattia.

Tuttavia, se il bilancio non è abbastanza forte o solido, la fase di azione è di breve durata, e l'individuo ritorna alla fase di contemplazione.

Pertanto, gli insuccessi ed i tentativi fallimentari, le azioni non andate a buon fine, devono essere presi in considerazione dall'operatore ed opportunamente enfatizzati come opportunità di ulteriore apprendimento, non come ricadute o evidenze di sconfitta.

Nella fase di mantenimento, vi è un consolidamento del comportamento e dalla prevenzione della ricaduta.

Il soggetto si applica al mantenimento nel tempo ed alla stabilizzazione del cambiamento. Chiaramente, in questo stadio le azioni sono ridotte, il soggetto non è impegnato attivamente come nella fase di azione.

Questa fase ha una durata estremamente variabile in relazione al comportamento ed alle caratteristiche individuali.

La ricaduta, è invece immediatamente fuori dal modello a spirale descritto in precedenza e rappresenta una fase ampiamente contemplata anche se, ovviamente, non incoraggiata.

Una volta rielaborata assieme all'operatore, il soggetto si ricolloca in una delle fasi precedenti tra precontemplazione, contemplazione o determinazione (DiClemente *et al.*, 2008).

Il tempo di permanenza individuale in ogni stadio è variabile, mentre i compiti da eseguire per passare allo stadio seguente sono uguali per tutti (ad esempio, per passare dalla precontemplazione alla contemplazione occorre diventare consapevoli del problema, iniziare a considerarne gli aspetti negativi, ed affrontare gli aspetti difensivi e abitudinari che ne rendono difficile il controllo).

I compiti (tasks) sono considerati da DiClemente (2008) più importanti degli stadi stessi, in quanto messi insieme forniscono la base per la motivazione al cambiamento del soggetto e consistono:

1. nell'aumentare l'interesse e la preoccupazione rispetto al comportamento da modificare;
2. incrementare l'informazione sulle conseguenze nocive e le possibili alternative a quel comportamento (attraverso la valutazione di pro e contro);
3. accrescere la presa di coscienza sul comportamento in atto e sui motivi che lo sostengono (la riflessione su di sé);
4. analizzare i possibili rischi e ricompense, la successiva presa di decisione, la nascita o il mantenimento dell'impegno e la successiva creazione di un piano efficace.

Essi richiedono abilità di auto-regolazione (sinonimo di auto-controllo sul piano cognitivo ed affettivo/emotivo), necessaria per cambiare modo di pensare e di agire, di inibire le pulsioni, seguire le regole, dilazionare i piaceri.

L'auto-regolazione necessita di esercizio ed allenamento costante, ed è una forza necessaria per promuovere i processi di cambiamento (DiClemente *et al.*, 2008).

Inoltre, nel modello transteorico del cambiamento, vengono identificati dieci processi del cambiamento, indipendenti fra

loro, che consentono al cliente di muoversi da uno stadio all'altro:

1. *Aumento della consapevolezza* sul problema (raccolta di informazioni utili), e sui benefici di un eventuale cambiamento.
2. *Autorivalutazione* (attiva nella contemplazione), mediante la considerazione di come e quanto lo status quo ed il cambiamento sono in accordo o in contrasto con i valori personali. La valutazione personale coinvolge l'ambito cognitivo e quello affettivo in relazione a un dato comportamento.
3. *Esperienza emotiva* in cui l'individuo sperimenta ed analizza le reazioni emotive a tali informazioni, ed in generale lo status quo o l'eventuale cambiamento.
4. *Rivalutazione dell'ambiente* riconoscendo e valutando gli effetti che lo status quo ed il cambiamento hanno sull'ambiente e sulle persone circostanti. Ciò implica anche l'acquisizione di consapevolezza circa il proprio ruolo come modello per gli altri.
5. *Liberazione sociale* verificando ed aumentando le occasioni e le norme sociali che favoriscono il cambiamento.
6. *Liberazione personale* accettando la responsabilità ad impegnarsi in un cambiamento comportamentale attraverso una comunicazione pubblica.
7. *Contro-condizionamento* cercando una risposta diversa allo stimolo scatenante, sostituendo i comportamenti da modificare con comportamenti nuovi ed attività che entrano in competizione con i vecchi modelli comportamentali.
8. *Controllo dello stimolo* creando, alterando o evitando gli stimoli che scatenano oppure incoraggiano il comportamento da modificare.
9. *Gestione del rinforzo* gratificandosi con una ricompensa (rinforzo positivo), dopo aver attuato i nuovi comportamenti salutari, anche cercando dei rinforzi nuovi che sostituiscano i vecchi.
10. *Relazioni d'aiuto* sapendo cercare e ricevere supporto da altri, per cambiare il comportamento.

I primi cinque processi sono di ordine cognitivo esperienziale (riguardano quindi il pensiero), ed i restanti cinque sono di ordine comportamentale (sono quindi relativi alle azioni).

I processi cognitivo esperienziali coinvolgono in primis la sfera cognitiva, sono presenti soprattutto nelle prime fasi del cambiamento e sono legati all'aumento di consapevolezza ed alla spinta motivazionale.

Solo l'attivazione di tali processi fanno sì che abbiano successo le parole e gli sforzi dell'operatore con cui l'individuo sta intraprendendo un percorso di cambiamento, e gli consentono perciò di progredire.

I processi comportamentali hanno maggiore rilevanza nelle ultime fasi del processo di cambiamento (Prochaska, DiClemente, 1986).

Secondo Prochaska e colleghi (1992), il colloquio motivazionale ed il modello transteorico del cambiamento sono, per così dire, nati per andare di pari passo.

La loro struttura e le loro finalità sono complementari anche a partire dal pensiero dei rispettivi creatori.

Ciò che ne segue è una metodologia d'approccio al paziente affetto da patologia da dipendenza, che integra le fasi descritte dal modello del cambiamento con specifiche tecniche del colloquio motivazionale.

In ogni fase del modello, infatti, le finalità, tanto quanto le tecniche con le quali conseguirlle, provengono dal colloquio motivazionale.

Quella che segue è una trattazione di come i due metodi si integrano.

Per quanto possono essere diversi coloro che intraprendono un percorso di recupero dalla sostanza, durante la fase di precontemplazione, le finalità in questo primo momento sono: mantenere il contatto, evocare la consapevolezza ed i dubbi e fornire informazioni specifiche.

La prima delle finalità è intrinseca al colloquio motivazionale in quanto rappresenta un prezioso strumento che facilita l'empatia.

Inoltre, secondo Miller e Rollnick (2004), gli approcci del colloquio motivazionale che mirano a smantellare le resistenze nel cliente non fanno altro che aumentarne la forza.

Evocare la consapevolezza vuol dire favorire l'avvio per la creazione della frattura interiore, da ottenersi anche attraverso il fornire informazioni, preferibilmente lasciando che queste emergano dall'utente, in forma maieutica, attraverso l'uso di domande più che di risposte.

Durante la fase di contemplazione, invece, è l'ambivalenza il punto cardine: se nella prima fase si comincia a lavorare con il cliente sulla bilancia decisionale, è durante questo stadio che se ne fa l'uso più massiccio.

Lo scopo dell'operatore che lavora con un contemplatore, è quello di aiutare a spostare l'ago della bilancia in favore del cambiamento.

Non va dimenticato che l'intervento non mira solo a spingere sul piano del cambiamento, ma anche al comprendere, assieme al cliente, quali siano i vantaggi della sostanza.

La fase della determinazione è incentrata sui piani del cliente per il proprio futuro.

Avere una strategia per affrontare la difficoltà di un cambiamento è essenziale se non si vuole che l'azione vera e propria termini troppo in fretta.

L'operatore ha quindi il compito di facilitare la scelta di questi piani d'azione.

Una volta che il cliente ha raggiunto la fase dell'azione, ritorna ad essere cruciale quell'empatia che era servita inizialmente a costruire il rapporto operatore-cliente.

In questo momento però, l'empatia ha lo scopo di fornire un rinforzo e di sostenere il cliente durante il consolidamento dell'astinenza (Prochaska, DiClemente, 1986).

Lo scopo principale dell'operatore nella fase di mantenimento è quello di prevenire le ricadute: anche se queste sono potenzialmente ritenute utili fonti d'informazioni, si tratta in ogni modo di momenti che possono essere vissuti come fortemente destabilizzanti.

Nella migliore delle ipotesi, la ricaduta condurrà il cliente ad una nuova fase di determinazione, e quindi sarà possibile impostare immediatamente un piano d'azione.

Tuttavia, ciò non sempre avviene, ed un intervento poco tempestivo o inadeguato potrebbe condurre il cliente alla precontemplazione e quindi ad essere talmente riassorbito dalla ricaduta da perdere la consapevolezza del proprio problema.

In tal senso, quindi, il mantenimento è una fase da non sottovalutare.

Nella dipendenza da alcol, particolari situazioni, come ad esempio quella di andare ad una festa o di celerare il Capo-

danno, potrebbero far sentire al cliente una particolare vulnerabilità.

L'operatore deve poter cogliere e controllare assieme al cliente questi momenti di difficoltà (Prochaska, DiClemente, 1986).

La ricaduta è un momento indubbiamente difficile per entrambi i partecipanti al cambiamento: al di là dell'ovvio senso di perdita di speranza nell'utente, il clinico potrebbe provare la sensazione di aver fallito nel proprio lavoro di supporto.

Questi, ha il compito di far rientrare l'utente in terapia, ad esempio, ripetendo al cliente quanto "normale" possa essere la ricaduta, o sostenendo la capacità dello stesso di riprendere il cambiamento. Un altro passaggio fondamentale e necessario è quello di comprendere assieme al cliente quali sono state le motivazioni che hanno condotto alla ricaduta, al fine di utilizzarle all'interno di un intervento basato sulla "bilancia decisionale" (DiClemente *et al.*, 2008).

Dall'integrazione del colloquio motivazionale con il modello transteorico del cambiamento, ne deriva un approccio motivazionale al cambiamento del singolo individuo, che può essere trasferito nell'ambito del lavoro di gruppo dando vita ai cosiddetti gruppi di motivazione al cambiamento.

Essi hanno una struttura semi-aperta, ciò significa che mentre alcuni membri hanno maturato maggiormente il proprio mantenimento dell'astinenza e sono in procinto di lasciare il gruppo (magari per rientrarvi solo occasionalmente), altri membri si aggiungono al gruppo già formato.

Questo potrebbe considerarsi destabilizzante, tanto per i nuovi venuti, quanto per gli appartenenti al gruppo più consolidato, specialmente poiché questi ultimi hanno probabilmente raggiunto una sobrietà più duratura.

Il carattere empatico di questi gruppi, che deriva dal colloquio motivazionale, rappresenta la risposta a buona parte del problema dell'instabilità.

Yalom (1970) (in Blasi, Casonato, 2005), propone una classificazione dei possibili fattori terapeutici che accomunano le diverse tipologie di terapie gruppali: fornire speranza, trovare la condivisione (dei sintomi), l'altruismo, la somministrazione d'informazioni, il comportamento imitativo, l'apprendimento interpersonale e la tendenza coesiva del gruppo.

In questo semplice elenco appaiono aspetti tipicamente cognitivi, comportamentali ed affettivi. Nell'ambito dei gruppi di motivazione al cambiamento, questi elementi sono incoraggiati da un clima generalmente partecipativo: la distanza per anzianità dell'astinenza non diventa più un limite nel momento in cui il "membro anziano" è fonte di speranza o di semplici consigli sul "come fare". L'empatia prelevata dall'approccio motivazionale diventa importante, ad esempio, nel momento di una ricaduta, e consente di mettere in atto l'apprendimento a livello interpersonale.

Nel caso dei cosiddetti "poliabusisti" (la poliassunzione di sostanze psicoattive legali e/o illegali), ci si trova di fronte a pazienti che necessitano di un intervento su più fronti.

Ad esempio, un paziente potrebbe trovarsi in fase di mantenimento dell'astinenza da oppiacei, in fase di contemplazione per quanto riguarda l'uso di alcolici ed ignorare completamente (precontemplazione) la propria dipendenza da tabacco. Tutte queste problematiche andrebbero trattate separatamente, ovviamente stabilendo qual è la sostanza di dipendenza principale o quella che necessita di un intervento immediato.

Ad ogni modo, l'utente si collocherebbe in più gruppi, ognuno dei quali interveniente su una specifica dipendenza.

I gruppi di motivazione al cambiamento devono avere una funzione di confronto con la realtà, nel quale è preferibile favorire collegamenti fra le diverse situazioni reali o fra le situazioni e gli stati d'animo di tutti i membri. Il feedback degli altri partecipanti al gruppo aiuta i pazienti a riflettere sui loro modelli di comportamento disadattivi e solitamente egosintonici (comportamenti che disturbano gli altri ma non il paziente stesso), facendoli diventare egodistonici (disturbanti per il paziente stesso). Tale processo è molto importante perché in tal modo si costruisce la base della motivazione al cambiamento.

In gruppo, è inoltre possibile interfacciarsi con una patologia sia deficitaria che conflittuale, talora con aspetti di frammentazione, dove il gruppo può avere una funzione di collante, supportata e modulata dagli atteggiamenti del terapeuta.

Quest'ultimo può oscillare fra modalità prettamente tecniche e momenti più contenitivi tramite una maggiore sensibilità empatica ed umana (Cibin *et al.*, 2001).

Falkowski (in Cibin *et al.*, 2001), specifica che il gruppo mira a fornire ai propri membri la più accurata e piena comprensione di sé, e dell'effetto che un individuo ha sugli altri all'interno del gruppo, nonché a valutare l'effetto degli altri sull'individuo stesso.

Ciò significa che il paziente impara qualcosa su di sé dal leader del gruppo e dagli altri membri, arrivando a scoprire, ad esempio, di avere dei comportamenti e degli atteggiamenti autosvalutanti ed autodistruttivi, che determinano importanti fraintendimenti nell'interazione con le altre persone. Inoltre, un gruppo coeso e supportivo può essere un potente incoraggiamento per il paziente alcolodipendente nella fase di mantenimento dello stato di sobrietà.

In quest'ottica, i gruppi di motivazione al cambiamento sono efficaci in quanto favoriscono la promozione delle relazioni interpersonali, il mutuo supporto fra pazienti, un effetto positivo sull'autostima, sulla motivazione e sull'aspettativa di successo nel mantenimento di un modello comportamentale più adattivo e funzionale.

Il processo di "smettere di bere" è lungo e difficile.

Le famiglie, che prima avvertivano la difficoltà di vivere col paziente dipendente, ora sono sede di numerosi cambiamenti: normalmente, ci si aspetterebbe che in casa non si tenga più la sostanza.

Tanto quanto vi sono gruppi di auto aiuto per i familiari e gli amici degli alcolisti (i gruppi Al-Anon), allo stesso modo i parenti, se necessario, e se disponibili, vengono seguiti in gruppo e talvolta individualmente al fine di essere aiutati a coadiuvare il percorso del paziente e ad essere essi stessi sostenuti nei momenti di difficoltà.

A seconda dei casi, il paziente segue un percorso individuale o di gruppo.

In questa decisione intervengono molteplici fattori.

Primo tra tutti è l'adeguatezza della persona al contesto grupale.

La psicopatologia (frequentemente presente oltre alla dipendenza da alcol), influenza spesso il giudizio sull'adeguatezza del paziente rispetto l'esperienza grupale: ad esempio, sarebbe difficile e forse controproducente (per ovvie ragioni), l'inserimento in gruppo di un paziente con un disturbo di personalità paranoide (Hudolin, 2015).

L'individuo dipendente dall'alcol è spesso diffidente nei confronti di un possibile cambiamento, rappresentato dall'astinenza protratta.

Nell'ambito dell'alcolologia, esistono due modelli di intervento che da anni raccolgono risultati eccellenti: il Colloquio Motivazionale (Miller, Rollnick, 1994) ed il Modello degli Stadi del Cambiamento (Prochaska, DiClemente, 1986).

Il primo ha lo scopo di persuadere l'individuo ad agire in favore di un cambiamento, garantendo un sostegno alle risorse della persona.

Nel colloquio motivazionale, l'operatore è empatico, fa aumentare la frattura interiore, aggira la resistenza e sostiene l'autoefficacia del soggetto mediante l'esplorazione dell'ambivalenza con un'analisi dei pro e dei contro (bilancia decisionale).

Il secondo, il modello transteorico del cambiamento, offre una spiegazione riguardante gli stadi specifici del processo di cambiamento di un soggetto, descrivendo le caratteristiche che determinano il movimento da uno stadio a quello successivo.

L'unione dei due modelli in ambito grupale dà origine ai gruppi di motivazione al cambiamento, che, come già evidenziato nel resoconto di un percorso di gruppo, sollecita nei partecipanti un maggior investimento sulla condizione astinziale, rispetto all'atteggiamento di partenza, per molti caratterizzato da scetticismo o scoraggiamento (Casati *et al.*, 2004).

## **Il Gruppo di Motivazione al Cambiamento: un caso clinico**

Il gruppo di lavoro per il trattamento delle dipendenze di seguito descritto, è stato attuato in un servizio pubblico, nell'anno 2017, avvalendosi sia di interventi individuali che gruppalmente.

L'utente accolto presso il servizio, veniva inizialmente valutato con alcuni colloqui valutativi specifici. Laddove è stato possibile, era richiesta anche la partecipazione dei parenti dell'alcolista.

La raccolta dei dati bio-psico-sociali del paziente è stata effettuata mediante tre interventi: una visita medica, dei colloqui psicologici e, dove indicato, degli incontri con l'assistente sociale.

Dopo la raccolta del materiale, il programma di trattamento per il singolo utente veniva discusso in sede di riunione di équipe.

Il gruppo di lavoro si avvaleva anche della collaborazione di uno psichiatra, specialmente nel caso in cui si fosse ritenuto necessario l'utilizzo di una terapia farmacologia avversivante rispetto all'alcol.

I gruppi attivati erano di due tipologie: i Gruppi di Motivazione al Cambiamento che secondo il modello Prochaska-DiClemente, indicati per il raggiungimento di uno stato di azione protratta, ed il Gruppo Assertività incentrato sostanzialmente su un intervento cognitivo-comportamentale finalizzato all'acquisizione di strumenti relazionali più idonei, dopo una consolidata astinenza.

Viene di seguito trascritto il caso di Filippo: dalla presa in carico, ai colloqui individuali preparatori, fino al suo ingresso al gruppo motivazionale.

Per ragioni di privacy, il nome di Filippo, e quello di qualsiasi altro paziente qui citato, sono fittizi.

## Colloqui individuali di accoglienza e valutazione

Filippo è un signore di bell'aspetto di 44 anni, molto curato ed elegante, laureato e con diversi masters negli USA, è un dirigente di successo alcolodipendente, e giunge alla struttura accompagnato dalla moglie.

Nel corso dei primi colloqui si evidenzia che il paziente si trova in stato di precontemplazione in quanto nega di avere un problema con l'alcol.

Filippo, infatti, fa le seguenti affermazioni: "Senta sono io che decido di bere [...], posso smettere quando mi pare e piace: io non dipendo da niente, bevo così, solo per divertirmi". Inoltre, il paziente trova spiegazioni irreali e rassicuranti per non affrontare il proprio problema.

Filippo dichiara che è la moglie che si preoccupa troppo: "Quella pensa che io beva troppo e vuole impedirmi di uscire con gli amici [...], è mia moglie che mi fa bere.

Cioè, tutte le volte che litighiamo io esco.

Ma lo faccio per divertirmi", e aggiunge: "Sono gli amici che mi fanno bere perché se loro bevono lo devo fare anche io per non annoiarmi".

Il paziente, attribuisce ad altri i propri impulsi, pensieri e sentimenti da lui non riconosciuti; Filippo rinnega i propri vissuti e la propria esperienza attribuendo la motivazione, la mancanza di autocontrollo e la preoccupazione legata al bere ad altri individui (moglie o amici).

Egli specifica che: "non è vero che ho un problema con l'alcol [...], è vero che qualche volta ho esagerato, ma questo non succede sempre".

Qui appare evidente la sua negazione: si rifiuta di riconoscere evidenti quegli aspetti della realtà esterna e della propria esperienza che per la moglie, la figlia ed il datore di lavoro (che lo conosce da quasi 20 anni e col quale è intercorsa una telefonata dietro autorizzazione del paziente), sono evidenti. Le contraddizioni con le sue affermazioni emergeranno poi dagli esami medici, ed ancora da quanto viene riferito dalla moglie e dalla figlia, prese in carico con l'intervento di gruppo.

Nella fase di accoglienza è previsto un colloquio col medico per la valutazione delle condizioni fisiche del paziente e per la prescrizione di eventuali accertamenti.

Mediante l'ecografia epatica appare evidente un grave stato di steatosi al fegato.

Gli esami di laboratorio comprovano una grave alterazione degli indicatori della funzionalità epatica; le transaminasi e la GMT denotano un malfunzionamento epatico ed il livello di VCM dei globuli rossi appare aumentato, quale possibile segnale di carenza alimentare di vitamina B12 e di acido folico a causa dell'utilizzo marcato di alcol (Brignoli et al., 1998). Infine, dal risultato della Trasferrina Desialata si evidenziano abusi continuativi di alcol negli ultimi 15 giorni.

Ognuno di questi risultati non è probatorio della diagnosi di dipendenza da alcol, sebbene il quadro complessivo che emerge dai singoli esami è quello di un uso protratto e massiccio della sostanza.

## I colloqui preparatori all'inserimento nel gruppo

L'équipe ha determinato il passaggio ad un gruppo motivazionale dopo la valutazione iniziale ed il paziente è stato preso in

carico dalla psicologa che si è occupata della conduzione e della preparazione all'ingresso nel gruppo.

Nel corso dei colloqui, le affermazioni di Filippo iniziavano a diventare più dubitative riguardo agli effetti negativi dell'alcol nella sua esistenza e, accanto alle dichiarazioni tipiche della precontemplazione, sono gradualmente emersi contenuti che preannunciavano il passaggio allo stadio di contemplazione, quali "talvolta esagero", "bevo anche se dopo, il giorno dopo non sono lucido", "non mi preoccupa quando esagero con gli amici: quello è per ridere.

Ma il fatto che ormai quasi tutte le sere bevo dopo mangiato un po' di whiskey" (in seguito confiderà al gruppo che beveva quasi mezza bottiglia ogni sera).

L'operatore aveva messo in atto le seguenti strategie:

- Massima attenzione alla relazione e sviluppo del rapporto col paziente attraverso empatia, ascolto riflessivo e domande aperte.
- Dimostrazione di rispetto delle affermazioni iniziali del paziente (anche laddove opinabili), e conferma della sua libertà d'opinione e di scelta, accettando la condizione motivazionale di Filippo e della sua attuale indisponibilità al cambiamento.
- Accettazione dei processi motivazionali del paziente, senza forzarlo in pensieri che ancora non gli appartengono, evitando di scontrarsi con le resistenze poste in essere fin dalle prime affermazioni sopra riportate, evitando dispute e discussioni che spesso il paziente riportava in modo anche arrogante (conforme al quadro narcisistico che già appariva nel paziente in fase precontemplativa e contemplativa, e confermato da un riesame dopo alcuni mesi di astinenza).
- Informazione sul problema dell'alcol ed atteggiamento maieutico in merito, ottenuto evocando il riconoscimento del problema ed eventuali preoccupazioni formulando, non appena vi sia una parziale accettazione del problema, domande quali: "cosa la preoccupa delle affermazioni di sua moglie?", "cosa la preoccupa del suo uso di alcol?", "cosa potrebbe succedere se lei non cambiasse?" e "in che cosa il suo consumo di alcol l'ha ostacolata in passato o la ostacola attualmente?".

Tali strategie (che verranno utilizzate di nuovo durante l'intervento di gruppo), hanno permesso di stabilire una sufficiente alleanza terapeutica.

Il paziente stesso, una volta acquisita e consolidata l'astinenza, riconoscerà durante le sedute di gruppo che nella fase iniziale, quando egli negava il problema, l'atteggiamento "di accettazione e di non giudizio" del terapeuta gli hanno permesso di sentirsi non forzato ed a proprio agio nel parlare della sostanza, consentendogli "per la prima volta in vita sua di aprirsi e di ammettere la sua debolezza verso l'alcol, senza vergognarsi, senza sentire che dall'altra parte (dall'interlocutore) ci fosse l'aspettativa che lui smettesse subito".

A questo punto, Filippo, tra precontemplazione e contemplazione, si era dimostrato pronto per l'ingresso nel gruppo, avendo compreso i vantaggi del confronto con altre persone che hanno vissuto un'esperienza simile.

Inoltre, l'operatore dopo che ha cercato di rassicurare il paziente e di risolvere tutti i suoi dubbi relativi al passo che sta per compiere, affrontate le regole del gruppo e discussi gli obiettivi da raggiungere. Filippo ha potuto partecipare agli incontri gruppali solo dopo aver firmato per accettazione il regolamento che definisce il setting del gruppo (orari degli incontri, impegno

a presenziare, puntualità, modalità di comunicazione di eventuali assenze, rispetto degli altri e delle opinioni altrui anche quando divergono dalle proprie, impegno a non avere contatti con gli altri membri fuori dal setting di gruppo).

## Resoconto del percorso di Gruppo

Filippo fa il suo ingresso in gruppo: si presenta e gli altri membri si presentano a loro volta dando rilievo al percorso fatto nei confronti della sostanza.

La trascrizione presentata di seguito consiste in un semplice scambio di battute, e rappresenta un estratto delle sedute che hanno una durata di due ore ciascuna.

Il momento presentato si rivela essere particolarmente importante per la prosecuzione del cammino astinenziale del paziente.

Il resoconto contiene la trascrizione del brano e un'analisi dei membri del gruppo che intervengono, e dei risvolti di interesse dal punto di vista dell'intervento motivazionale.

## Resoconto di una seduta decisiva: "La ricaduta di Carla"

*Carla: "mio marito mi ha fatto ricadere. Ho litigato con lui per via di mio figlio e mi sono fatta due birre. E quando gli ho fatto vedere che stavo male ha avuto anche il coraggio di dirmi che sono una stupida, che sono proprio cretina".*

Carla è in fase iniziale di azione e sta tentando di smettere di bere da poco tempo; nelle sedute precedenti il gruppo prova una forte empatia nei suoi confronti cercando in tutti i modi di sostenerla. La colpa della ricaduta però viene fatta arbitrariamente ricadere sul coniuge, inoltre appaiono evidenti i tentativi maldestri di colpevolizzarlo apertamente per giustificare il fatto che abbia bevuto.

*Giuseppe: "hanno ragione quelli del mio gruppo: si è alcolisti per tutta la vita e anche solo una goccia di alcol ti fa tornare indietro in un secondo. Quella roba lì (l'alcol) devi scordartela finché non sei nella bara. Solo un alcolista può veramente capire un altro alcolista".*

Giuseppe, in stato di azione avanzata, è astinente da moltissimi mesi dopo una ricaduta avvenuta dopo anni di astinenza. Egli frequenta i gruppi di auto-aiuto degli alcolisti anonimi. All'interno di AA è un membro fortemente attivo e coinvolto.

*Filippo: "ma quelli di alcolisti anonimi ti hanno proprio fatto il lavaggio del cervello! Un mio amico ci andava e ha provato non so quante volte a tirarmi dentro. Appena vedeva uno bere, subito andava lì, tipo testimone di Geova a sparare grandi verità. Alla fine ho smesso di vederlo perché era anche imbarazzante: insomma sembrava di uscire con un profeta. Cioè quella roba non serve! Io se voglio posso smettere. Se devi, smetti".*

Nonostante le raccomandazioni sul rispetto reciproco in gruppo previste anche dal setting, Filippo tenta di screditare l'intervento di Giuseppe, giustificando le proprie affermazioni menzionando il suo amico.

Egli parla con l'intento di colpire un membro del gruppo da tempo astinente per invidia del successo ottenuto.

Il fatto che, nonostante il fanatismo, l'amico fosse astinente è escluso dal focus della sua attenzione. Emerge inoltre il carattere onnipotente tipico della malattia, perché si attribuisce una capacità di controllo di cui in altre sedute individuali ha ammesso di essere privo.

Conformemente al quadro narcisistico, il successo di altri oscura il proprio.

La risposta data a Giuseppe potrebbe essere letta come un ritorno, repentino ma momentaneo, alla precontemplazione, forse provocato dallo sgomento dato dalla consapevolezza di non poter più fare uso della sostanza.

In questo senso, anche se inconsapevolmente, Giuseppe è divenuto direttivo, provocando la difesa di Filippo.

Il conduttore sta per intervenire per ristabilire il setting, ma viene preceduto da Giuseppe, toccato sul vivo.

*Giuseppe: "allora fai come ho fatto io. Anch'io la pensavo così. Ti capisco. Vorrei darti una mano come do una mano agli altri alcolisti quando faccio un 12esimo passo".*

Giuseppe ha raggiunto una parziale stabilità per la lunga astinenza.

Sa essere altruista e spesso si reca in ospedale o si adopera per accogliere altri alcolisti secondo il XII passo degli AA.

*Filippo: "guarda. Non fare l'ayatollah dell'astinenza e non ho bisogno di una mano: smetto quando voglio".*

Filippo perpetua nuovamente un atteggiamento confrontazionale nei confronti di Giuseppe, il quale, a sua volta scatena e potenzia le resistenze di Filippo, che regredisce nuovamente ad una posizione precontemplativa già superata da tempo.

*Giuseppe: "Ti stavo dicendo una cosa, però. Stai calmo! Allora. Io credevo una volta di avere il controllo ma la drssa. X (uno dei due psicologi conduttori) mi ha quasi sfidato. Mi ha detto: "provi a bere un solo bicchiere al giorno". Beh non ci sono mai riuscito".*

*Filippo: "ma per favore...".*

Ancora un tentativo di svalutazione che denota la chiusura di Filippo.

*Mauro: "beh forse Giuseppe ha ragione. C'ho provato anch'io. A controllarmi, dico. Prova anche tu. Diamine magari ci riesci. Prova, e settimana prossima ci dici un po' com'è andata".*

Mauro è nella fase di azione da alcuni mesi senza ricadute. È molto stimato da Filippo, in quanto unico membro del gruppo appartenente alla sua classe sociale.

*Conduttore: "le sfide in questo percorso non servono, con l'alcol si rischia di perdere sempre, tutti lo sappiamo bene. Filippo è libero di scegliere cosa vuole fare della sua vita. Però devo dire che è una bella sfida. Perché non prova a raccogliertela, Filippo? Tanto male non fa! Ne parleremo la prossima volta se Filippo decide di provarci: in fondo sono passa-*



*ti tutti da lì e c'è sempre una prima volta per cimentarsi con l'astinenza. Io però vorrei tornare a Carla. Questo è un momento difficile per lei e credo che dovremmo ascoltarla".*

Il conduttore ristabilisce innanzitutto il setting.

L'intervento mira ad esprimere empatia sia con Filippo (che probabilmente si sentiva attaccato dal gruppo), sia con il gruppo stesso.

L'intervento più importante è però il rinforzo rispetto la posizione di Mauro, facendo leva sul narcisismo di Filippo.

Le resistenze di Filippo derivano dal quadro narcisistico quanto dalla dipendenza ancora non superata. In precedenza è stato specificato, parlando di colloquio motivazionale, che le resistenze non vanno combattute, bensì aggirate.

Questo ne è un ottimo esempio.

L'ultimo intervento è lo spostamento del focus del gruppo sulla ricaduta di Carla.

La seduta prosegue quindi in questo senso.

Filippo non parlerà più fino alla fine, se non con frasi brevi nelle quali è evidente la sua irritazione.

Nella seduta successiva Filippo dice che ha provato l'assunzione controllata, ma che aveva bevuto più del solito e si era molto irritato per la seduta precedente (dice di aver fallito la sfida perché si era irritato), e che aveva pensato di non venire più (tentativo di colpevolizzare il gruppo).

Egli, è provato dall'insuccesso ed i partecipanti, questa volta, si dimostrano più contenitivi nei suoi confronti, forse anche perché s'identificano nel suo dolore che, in genere, tutti hanno provato all'inizio del percorso.

Nel corso degli incontri successivi, Filippo, ricaduta dopo ricaduta, diviene sempre più consapevole della sua condizione di alcolodipendente e della sua incapacità di controllo della sostanza.

Nel periodo che segue, si troverà molte volte a confrontarsi con la frattura interiore coltivata ed aumentata dal gruppo.

In questo contesto si rende conto infatti di quanto la sua vita attuale (ubriacature con gli amici, assenze da casa, disinteresse familiare e lavorativo), confligga con l'immagine ideale di sé (di rilevanza centrale in un narcisista), di padre e dirigente di successo.

Tale situazione lo porta in fase di determinazione e subito in quella di azione, facendogli attuare numerosi tentativi di astinenza.

Il tempo tra una ricaduta e l'altra diviene via via più lungo, sino a quando decide, con il pieno sostegno del gruppo ed in particolare di Giuseppe, "di farla finita con l'alcol" e decide di sottoporsi a terapia aversativa con *disulfiram* per essere aiutato a gestire i momenti di craving (desiderio estremo della sostanza).

Il paziente assume il farmaco in questo modo: ogni mattina la moglie porge a Filippo una compressa senza alcun commento (per evitare litigi e recriminazioni).

Qualora egli si rifiutasse di assumerla, lei ne informerà il terapeuta del Centro.

Gli effetti della terapia aversivante sono avvertibili anche dopo giorni di cessazione nell'assunzione: sul piano pratico, ogni ricaduta è, per così dire, programmata con giorni d'anticipo.

Questo può avvenire anche solo con un aumento eccessivo di autostima e di autoefficacia nel paziente, che inizierà a sentire di non avere bisogno del farmaco per continuare il percorso astinziale.

Alla somministrazione del test Mac-A emerge che Filippo è ora in stato di azione.

Risulta infatti diminuita la frattura interiore ed è aumentato il senso di autoefficacia nel controllo della sostanza.

Al momento attuale, Filippo sta ancora partecipando al gruppo ed è astinente da quasi dieci mesi. Sebbene non abbia raggiunto il livello di "dogmatismo" del paziente che abbiamo presentato come Giuseppe, il suo tratto di personalità è ora concentrato sul successo della sua astinenza ed è un convinto sostenitore del percorso astinziale.

## Bibliografia

- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2): 191-215.
- Blasi S., Casonato M. (2005). *I fattori terapeutici della psicoterapia*. Urbino: Ed. QuattroVenti.
- Brignoli O., Cibin M., Gentile N., Vantini I. (1998). *Alcol e medico di famiglia*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Casati O., Rossin M.R., Teruggi A., Verrilli R. (2004). *Lavorare con i gruppi in alcologia*. Torino: C.G. Edizioni Medico Scientifiche.
- Cerizza G., Borella V.M. (2004). *La paura oltre l'alcol; risposte per chi beve e per i suoi familiari*. Milano: FrancoAngeli.
- Cibin M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G. (2001). *L'alcologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*. Verona: Pubblicazione "no profit" Società Italiana Tossicodipendenze.
- Diclemente C.C., Garay M., Gemmel L. (2008). Motivation Enhancement in the Treatment of Substance Abuse. In: Galanter M., Kleber H.D. (Eds.), *American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse*, Fourth Edition. USA: APA.
- Hudolin V. (20015). *Manuale di Alcologia Edizione Critica*. Trento: Erickson.
- Koon E. Volkow (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*, Aug, 3(8): 760-773. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.
- Miller W.R., Rollnick S. (2004). *Il colloquio motivazionale: preparare la persona al cambiamento*. Trento: Erickson.
- Miller W.R., Rollnick S. (1994). *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counselling per problemi di alcol, droga e altre dipendenze*. Trento: Erickson.
- Prochaska J.O., Diclemente C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller W.R., Heather N. (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York: Plenum Press.
- Prochaska J.O., Diclemente C.C., Norcross J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47: 1102-1114. USA: APA.
- Ripamonti C. (2015). *Manuale di psicologia della salute. Prospettive cliniche, dinamiche e relazionali*. il Mulino Manuali.

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico C.T. per il supporto alla realizzazione della newsletter.

