

## PROTAGONISTI NEL CAMBIAMENTO

Piacenza 22 Maggio 2010



Relazione:  
**DENTRO AL COLLOQUIO  
MOTIVAZIONALE:  
IPOTESI SUI MECCANISMI  
DEL CAMBIAMENTO**

Gian Paolo Guelfi  
Università di Genova  
Centre for Motivation and Change Italia

L'efficacia del CM è stata ampiamente dimostrata in **studi tradizionali, trials controllati, revisioni sistematiche e meta-analisi**, ma **ancora poco si sa dei meccanismi attraverso i quali vengono acquisiti i benefici effetti del CM**, e di quale sia la **percezione del cliente di tali meccanismi**

In particolare, nonostante una notevole mole di studi, esperienze e riflessioni, ancora non si è capito bene il **preciso legame tra i processi del CM e l'esito dei trattamenti**.

➤ Il CM potrebbe lavorare attraverso un aumento di una **specificata tipologia di espressioni del cliente "orientate al cambiamento" (change talk)**, per l'esattezza, nella direzione di un **impegno al cambiamento**; accanto a una **diminuzione di frasi espressive di rafforzamento dello statu quo (sustain talk)**.

➤ Come ci si può aspettare da un approccio centrato-sul-cliente, il CM potrebbe produrre tali effetti attraverso l'**abilità del terapeuta di sviluppare relazioni di tipo empatico**, generatrici di stati d'animo e attitudini quali **collaborazione, apertura, espressione di affetto**, in una parola di un **coinvolgimento attivo del cliente nel processo, del quale diventa protagonista**, e rieccoci al titolo di questo convegno.

Lundahl e al:  
**Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies**  
*Research on Social Work Practice* 2010; 20: 137-160

### Da questo punto di vista due sarebbero le componenti attive del CM:

- una espressiva della specifica evocazione e rinforzo, da parte del terapeuta, di **Affermazioni orientate al cambiamento (AOC)**, da parte del cliente.
- una collegata all'**empatia**, fondata sugli aspetti **interpersonali del CM**, che **minimizzano le resistenze**,

**In questi due punti di Lundahl, sta riassunto il dualismo del CM: accoglie la persona, e la orienta nella direzione di un cambiamento positivo**

Lundhal e al. 2009

### Lo studio di Apodaca e Longabough

Apodaca e Longabough:  
**Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence.**  
*Addiction* 2009, 104, 705-710

"La descrizione del processo interattivo del Colloquio motivazionale è stata più volte esplorata e descritta, **mentre minore attenzione è stata data alla ricerca sui meccanismi interni che si associano ai processi di cambiamento propri del lavoro motivazionale**. Questo studio va in tale direzione nuova."

"In questa revisione sistematica si considera "meccanismo del cambiamento" una **variabile che temporalmente si produce tra l'inizio di un trattamento CM e l'esito del problema di abuso di sostanze, e che almeno in parte spieghi la relazione**.

La domanda centrale del nostro lavoro è stata: **quali costrutti del CM e quali variabili sembrano essere le più promettenti per spiegare i meccanismi del cambiamento?**"

(Apodaca e Longabough 2009)

I costrutti esaminati nello studio sono stati:

**Costrutti relativi al terapeuta:**

- ❑ "Spirito" del CM (empatia, accettazione, calore, genuinità)
- ❑ Comportamenti coerenti col CM (sostenere e confermare, ascolto riflessivo)
- ❑ Comportamenti non-coerenti col CM (confrontazione, direzione, ammonimenti)
- ❑ Uso di specifiche tecniche (bilancia decisionale, feedback personalizzato)

**Costrutti relativi al cliente:**

- ❑ Affermazioni orientate al cambiamento/intenzione (impegno, intenzione, o progetto di cambiamento)
- ❑ Disponibilità al cambiamento (scala di disponibilità, stadio del cambiamento)
- ❑ Coinvolgimento/ingaggio (collaborazione, ingaggio, apertura)
- ❑ Resistenza (dedicazione all'uso di alcool/droghe, resistenza al cambiamento)
- ❑ Esperienza della frattura interiore (disagio generale, stati d'animo negativi)

**Alcune specifiche conclusioni dello studio di Apodaca e Longabaugh:**

- ❑ Se il terapeuta usa comportamenti non-coerenti con il CM, l'esito peggiora
- ❑ I terapeuti "motivazionali" sono meno inclini ad usare comportamenti non-coerenti con il CM
- ❑ I clienti che ricevono un trattamento di tipo motivazionale sono più portati a esprimere affermazioni orientate al cambiamento, che sono predittive di esito più favorevole.
- ❑ L'esperienza della frattura interiore sembra confermarsi un buon mediatore dell'efficacia del CM, e potrebbe anche essere un buon fattore predittivo del cambiamento nel DUS trattato con CM

**Lo studio di Wagner e Ingersoll  
(e il commento di Miller)**

Wagner CC, Ingersoll KS  
**Beyond Cognition: Broadening the Emotional Base of Motivational Interviewing**  
Journal of Psychotherapy Integration 2008, Vol. 18, No. 2, 191-206

Una svolta di notevole interesse è derivata dallo studio di Wagner e Ingersoll (2008).

Gli AA. partono da una visione dell'**ambivalenza** dal punto di vista emozionale, secondo cui la **riluttanza** rispetto al cambiamento fa riscontro e sostanzialmente equilibra, il **desiderio** di cambiare.

Wagner CC, Ingersoll KS  
**Beyond Cognition: Broadening the Emotional Base of Motivational Interviewing**  
Journal of Psychotherapy Integration 2008, Vol. 18, No. 2, 191-206

Da una parte, la penosa tensione creata da questo conflitto e la tendenza naturale al **superamento dell'emozione negativa che lo caratterizza** diventano un fattore del cambiamento.

*"Questa visione della motivazione è compatibile con un modello di rinforzo negativo, nel quale i comportamenti sono messi in atto al fine di sfuggire a stati emozionali negativi."*

**La condizione di ambivalenza in sé e per sé è una dimensione emozionale negativa:**

in un conflitto decisionale, una persona ambivalente tra un comportamento maladattivo e a opportunità alternative può avvertire il desiderio di sfuggire al dilemma, **ma sentirsi criticabile per non saper scegliere** (Zuckoff, 2002).

D'altra parte, il concetto di rinforzo positivo implica la tendenza verso stati emozionali di altro segno, **positivi**, attraverso comportamenti che conducano a condizioni più soddisfacenti. Da questo punto di vista lo sviluppo della motivazione implica il desiderio di sperimentare emozioni positive.

*"Crediamo che entrambi i paradigmi siano rilevanti per il CM, e che le strategie intese a facilitare la risoluzione da parte del cliente della tensione risultante dalla sua ambivalenza siano utilmente affiancate da strategie volte a dare energia a una svolta verso il cambiamento attraverso l'aumento di emozioni positive quali interesse, speranza, contentezza e ispirazione."*

Questa visione chiaramente corrisponde al principio del CM "lavorare sulla frattura interiore" ("develop discrepancy")

Mi preme qui citare testualmente quanto Wagner scrive (11 Marzo 2010, Comunicazione personale) rispetto all'annosa questione dello spessore della frattura interiore come fattore di cambiamento:

“... troppo disagio può sopraffare una persona e produrre un'intensa reazione che la persona stessa può non essere attrezzata a sopportare, o una reazione di shock paralizzante. Vergogna, colpa, rimorso possono essere a tal punto generatori di malessere che la persona non riesce a superarli in senso positivo, e al contrario sceglie di fuggirne attraverso il non-cambiamento, bloccando la consapevolezza della realtà con meccanismi di difesa, uso di sostanze, ecc.”

Un concetto che a noi motivazionisti italiani di CMC è sempre stato caro.

Nella nostra elaborazione sono presenti da tempo questi concetti, efficacemente espressi nelle due diapositive che seguono.

## Frattura interiore / Importanza

Se è inavvertibile o poco estesa **non muove il cambiamento**  
Se è intensamente presente nella coscienza e riguarda aspetti ritenuti centrali, è molto dolorosa e **deve essere in qualche modo attenuata**

Attivando un **cambiamento del comportamento**

Attivando **meccanismi psicologici di difesa**:  
minimizzazione, deformazione cognitiva, utilizzazione della forza normativa del gruppo dei pari, modificazione del senso del Sé

## Frattura interiore / Importanza



Questo mette dunque in discussione la vecchia concezione secondo cui la motivazione consisterebbe semplicemente nella spinta a diminuire la tensione negativa derivante dal disagio per la condizione attuale sostenuta dalle emozioni negative individuate come sofferenza, insoddisfazione, vergogna.  
E con essa la nefasta teoria del “toccare il fondo”

L'introduzione nel modello delle emozioni positive, al contrario, incoraggia una visione della motivazione che comprende l'aspettativa di cambiamenti positivi, l'apertura a nuove esperienze e l'attiva ricerca volta a costruire un sostegno al cambiamento.

“in generale, la ricerca sulle emozioni positive è rimasta indietro alla ricerca sulle emozioni negative, rispecchiando così la tendenza dei clinici a concentrarsi più sulla patologia che sulla salute.”

Il commento di Miller su Wagner e Ingersoll

Miller:  
**Emotion, Reinforcement, and MI. Reflections on Wagner and Ingersoll (2008).**  
MINT Bulletin, 15, 1, 2009

... la frattura interiore (*discrepancy*) certamente può svilupparsi tra due polarità, quella negativa e quella positiva.

Si cambia comportamento non solo per evitare conseguenze negative, ma anche per conseguire di positive, e questo implica muoversi verso una condizione più desiderata.

Anche nel semplice atto di comprare, si può essere spinti dall'idea di proteggersi contro rischi percepiti (dai deodoranti alle assicurazioni) o dal desiderio di aumentare la probabilità di vantaggi (economici, salute e benessere, successo, sex appeal).

Evitare alcuni rischi e conseguire finalità desiderate sono due linee che spesso si intrecciano, e possono generare conflitti, come nel caso del doppio conflitto approccio – evitamento.

(Miller 2009)

E' utile a mio parere introdurre nella visione proposta da Wagner e Ingersoll **la prospettiva temporale, o meglio sequenziale**, dei due costrutti –le emozioni negative e le emozioni positive- nel percorso di crescita della disponibilità al cambiamento ("*readiness to change*"), quale si ricava da nostri studi che individuano

1. **la preponderanza di emozioni negative nell'avvio** del processo di cambiamento, e
2. **il ruolo delle emozioni positive**, intese soprattutto come desiderio e aspettative positive dal cambiamento, **nella prosecuzione** del processo.

Spiller, Zavan, Guelfi:  
**Assessing motivation for change in subjects with alcohol problems: the MAC2-A questionnaire.**  
 Alcohol and Alcoholism 2006, 41(6), 616-623

Spiller, Zavan, Guelfi  
**Motivation and change: a three-dimensional continuum.**  
 In Tober, Raistrick:  
**Motivational Dialogue.** Routledge, London and New York, 2007, 34-51, 2008

Zavan, Spiller, Guelfi  
**La motivazione al cambiamento in alcologia. Utilizzo nella pratica clinica del questionario MAC2-A**  
 Bollettino sulle Dipendenze 2009 (3), 115-124

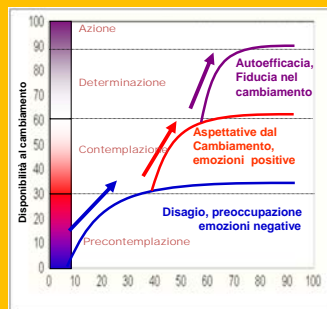
[http://www.droganews.it/bollettino/2/Bollettino\\_sulle\\_Dipendenze\\_2009.html](http://www.droganews.it/bollettino/2/Bollettino_sulle_Dipendenze_2009.html)

#### Andamento dei fattori della motivazione rilevati col Questionario MAC2-A in un campione di alcolisti nella fase che precede il cambiamento

Disagio, preoccupazioni, "emozioni negative" sono associati al primo movimento verso il cambiamento

Aspettative positive dal cambiamento, "emozioni positive" sono associate al proseguimento del processo

Il passaggio alla decisione di cambiare è associato ad un adeguato livello di Autoefficacia / Fiducia nel cambiamento



#### Lo studio di Moyers e al (2009)

Moyers T.B., Martin T., Houck J.M., Christopher P.J. and Tonigan J.S  
**From In-Session Behaviors to Drinking Outcomes: A Causal Chain for Motivational Interviewing.**  
 Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2009, 77 (6), pp. 1113–1124

Fin dall'inizio Miller (1983) ha ipotizzato un ruolo critico delle affermazioni del cliente, **di ciò che il cliente effettivamente dice in relazione al suo problema e al cambiamento.**

Nella formulazione originaria, il cliente ambivalente muoveva verso la decisione di cambiare quando "*ascoltava se stesso*" discutere il problema con il terapeuta. La suggestiva espressione inglese era "*talk themselves into change*".

Da qui l'interesse sempre poi ripetuto da Miller e Rollnick (1991, 2002) per le AOC, ("*change talk*"), interesse che è unico e peculiare nella letteratura psicologica, unitamente al corrispettivo evitamento delle affermazioni resistenti (*counterchange talk*)

Moyers 2009



L'ipotesi era che comportamenti specifici del terapeuta, **come il terapeuta a sua volta parla, e come fa sentire il suo cliente**, sono predittivi di AOC.

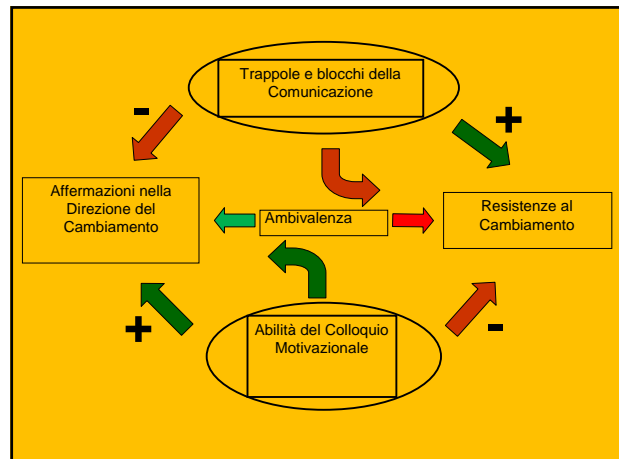
Si è osservato, in soggetti con problemi alcolcorrelati, **una relazione diretta tra AOC e esito del trattamento** a dimostrazione di un ruolo di mediazione (intermedio) delle AOC tra comportamento del terapeuta e esito del trattamento.

Si ipotizza che sia una **catena causale** (quella indagata anche da Apodaca) tra inizio del trattamento e esito dello stesso,

La "scatola nera" del trattamento nel CM certamente contiene il lavoro del terapeuta di

- evitare il sorgere e il crescere di resistenze al cambiamento,
- favorire l'espressione di AOC
- sostenere quelle AOC che il cliente offre

Favorire e rinforzare da parte del terapeuta le AOC del cliente diventa quindi l'**ingrediente attivo, il passaggio critico del CM**



Sono AOC ovviamente, sincere e spontanee verbalizzazioni di ragioni, necessità, desideri di cambiamento, rese in clima empatico in un contesto terapeutico.

Non affermazioni stereotipate ripetute a pappagallo,

**E' vero che il cliente  
"si convince con le sue stesse parole",  
ma è il terapeuta che  
dà forma e organizzazione, e attivamente modella  
il linguaggio del cliente, e  
lo dirige delicatamente verso il cambiamento.**

Moyers 2009

**La ricerca ha permesso di evidenziare due tipi di AOC**  
(Miller, Moyers, Amrhein, & Rollnick, 2006).

**Affermazioni di tipo preparatorio del cambiamento:**

*Ragioni, Necessità, Desiderio, Capacità* di cambiare  
(DARN, nell'acronimo della letteratura anglofona)

**Affermazioni espressive di impegno al cambiamento:**

Sono le dichiarazioni che esprimono l'intento del cambiamento  
("intendo farlo, lo farò, ho cominciato a farlo, lo sto facendo")

La forza delle AOC preparatorie e di impegno misurate in una sessione di CM per DUS rivelava una differenza:

- le AOC espressive di impegno sono predittive di esito più positivo del problema clinico in esame;
- le AOC preparatorie non sono predittive di esito più positivo, ma sono predittive di AOC espressive di impegno.

Questa acquisizione è stata confermata da altri studi:

Hodgins e al (2009) in un gruppo di giocatori problematici

Aharonovich e al (2008) in un gruppo di soggetti che usavano cocaina  
Amrhein e al (2003)

Moyers e Martin (2006) hanno esaminato la sequenza temporale tra comportamenti del terapeuta e affermazioni del cliente, nell'ipotesi che **se è vero che i comportamenti coerenti con il CM suscitano affermazioni orientate al cambiamento, si deve poter registrare una sequenzialità temporale tra le due.**

Usando uno strumento di codificazione (SCOPE, Sequential Code for Observing Process Exchanges, con cui hanno esaminato 38 sessioni terapeutiche dal database del Project MATCH) è stato loro possibile dimostrare **una maggiore probabilità di affermazioni orientate al cambiamento da parte dei clienti dopo comportamenti dell'operatore coerenti con il CM**, a confronto con comportamenti non-coerenti con il CM.

Lo studio, i cui risultati sono stati replicati da Gaume e al (2008), dà sostegno all'ipotesi di una relazione causa-effetto tra comportamenti del terapeuta coerenti con il CM e affermazioni del cliente orientate al cambiamento.

Studi sulla percezione del cliente dei propri vissuti nel trattamento.

Whatever the internal processes during MI that inspire change and strengthen commitment, they surely involve the whole brain, including our capacity for love, hope, interest, compassion and joy.

[Miller, 2009  
Emotion, Reinforcement,  
and MI. Reflections on  
Wagner and Ingersoll  
(2008)]

“Quali che siano i processi interni che ispirano il cambiamento e rafforzano l'impegno nel colloquio motivazionale, questi certamente coinvolgono l'intero cervello, e comprendono la nostra capacità di amore, speranza, interesse, pietà e gioia.”

In un nostro studio (Spiller, Scaglia, Guelfi 2002) sugli invii in Prefettura ex art. 75, abbiamo esaminato gli stati d'animo dei soggetti inviati, distinguendo quelli trattati con CM e quelli trattati con intervento standard.

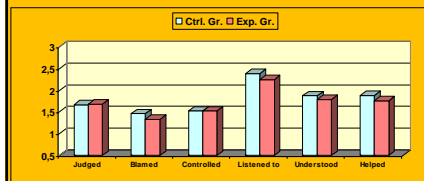
(Spiller, Scaglia, Guelfi:  
**Il colloquio motivazionale nell'applicazione dell'art.75 DPR 309/90.** De Ferrari, Genova, 2002)

(Spiller, Scaglia, Mastroianni, Quercia, Guelfi  
**Empathy and Reflectiveness  
Results of a research on MI application in a coercive setting.**  
Presentazione al Convegno ICMI – Interlaken, 2007)

## Risultati

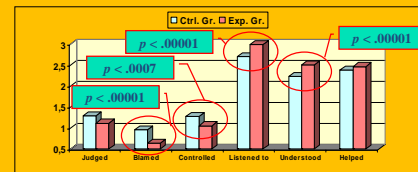
### Attitudini Relazionali (N = 806)

Spiller e al, 1987, modificata



Tra il gruppo sperimentale e quello di controllo non è stata rilevata alcuna differenza di aspettative prima del colloquio

Dopo il colloquio i soggetti trattati con CM si sono sentiti **meno**: biasimati, controllati, **più** ascoltati e più compresi



## Lo studio di Angus e Kagan (2009)

Angus e Kagan  
Therapist Empathy and Client Anxiety Reduction in Motivational Interviewing: "She Carries With Me, the Experience"  
JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY 2009, 65(11), 1156-1167

Dalle trascrizioni dell'intervista post-CM, sono risultate quattro "categorie" relazionali descrittive della sua esperienza nel trattamento:

- “Mi sono aperta: nella terapia ho scopercchiato dolorosi ricordi, sentimenti e preoccupazioni.
- “Condivido la mia esperienza: l'attenzione empatica della terapeuta facilita l'accesso, la simbolizzazione e l'apertura di ricordi dolorosi, preoccupazioni, emozioni, speranze/paure.
- “Facevo qualcosa per me: aumentavo il senso di attivazione e finalizzazione della mia vita
- “Acquisivo nuovi esiti interpersonali

... essere ascoltata da una persona attenta e preoccupata di seguire e dare significato alla narrazione del cliente ha una grande influenza nel combattere la demoralizzazione, col risveglio della speranza e di un senso di competenza costruito sull'aumento dell'autoefficacia derivante dalla capacità di esprimere i propri sentimenti ad un terapeuta empatico.

Nelle parole di Carol, "la terapeuta condivide con me la mia esperienza". Questa co-costruzione della narrazione della cliente, alimentata dalla empatia della terapeuta, mobilita l'attivazione del cliente, aumenta le speranze di cambiamento e propizia l'emergere di nuove direzioni della storia.

Angus and Kagan 2009

In uno studio sull'esperienza dei pazienti trattati con CM in preparazione di un trattamento con TCC per disturbo d'ansia generalizzato, Marcus, Westra e Angus (2008, non pubblicato) hanno ottenuto commenti dei pazienti alla fine dei colloqui, alcuni dei quali sono molto significativi.

Ecco alcuni esempi:

"una cosa strana ... come se si accendesse una lampadina e mi veniva come da dire 'oh, wow, OK...'. Molto spesso questo accadeva quando semplicemente lei come ripeteva quello che avevo detto, magari cambiando un po' l'intonazione, o facendomi chiarire quello che avevo appena detto, tipo 'che senso ha questo ... che significato ha per te' oppure '... dimmi come ti fa sentire questo ...', e come cominciavo a parlarne mi veniva da dire 'oh, ecco, ci siamo!'

"... a volte mi succedeva di vederla (la terapeuta) come uno specchio ... dicevo qualcosa, e lei ... come dire ... beh, non necessariamente analizzava ... ma sì, diciamo che analizzava quello che avevo detto, e me lo ripeteva, me lo dava indietro in un modo diverso ... secondo un diverso punto di vista. Per aiutarmi a vederlo secondo una diversa prospettiva.

"Quando parlavo di me, di quello che mi disturba e di quello che mi fa star male, **ne scopro le ragioni**. E alcuni dei commenti, forse lei non se ne accorgeva neppure, ma semplicemente una parola in terapia, mio Dio, **mi porta al cuore di quello che è la mia vita, di quello che succede dentro di me e di quanto mi fa soffrire**. Scopro la causa e l'effetto. E mi dicevo: 'Wow, l'ho capito e ho cambiato'. E alla fine, in conclusione: 'oh, tutto sta nella tua testa, questo è quello che rende tutto così complicato ... ma in realtà non è poi così complicato.'

"Una volta cominciato a pensare sulle cose, cominciavo a chiedermi se questo già di per sé fosse una soluzione. Non semplicemente 'Ecco quello che tu dovresti fare'. Ma proprio da un certo punto di vista che cosa erano i miei pensieri, o cosa stavo dicendo, o come aprire quello che avevo dentro e guardarlo. Così, nel tempo, ho realizzato quanto importanti erano quelle sedute, anche se all'inizio non ne ero così sicuro..

Una linea di lavoro molto ricca in prospettiva, ma ancora molto povera nella pratica.

Una prateria aperta anche a noi, se ne saremo capaci ...

## CONCLUSIONI

1. Il CM si fonda, nasce e si sviluppa in una esplicita logica e nella coerente pratica di rendere il cliente protagonista del cambiamento
2. Fin dall'inizio è stato esplicito nel CM l'importanza delle affermazioni del cliente, sia nel sostenere il percorso di cambiamento, sia nel contraddirlo.
3. E' altrettanto chiaro, ed è il cuore del CM, che ciò che il terapeuta fa, dice e come ciò fa sentire il cliente, è rilevante ai fini del lavoro sull'ambivalenza, che può conseguentemente spostarsi verso il cambiamento o verso lo statu quo
4. Le abilità del CM facilitano l'espressione delle Affermazioni del cliente orientate al cambiamento, e le sostengono.
5. Le AOC preparatorie introducono quelle espressive di impegno, le quali sono predittive di miglior esito del trattamento.

(continua)

## CONCLUSIONI

6. Quali siano i meccanismi intimi che presiedono a tale processo non è ancora stato studiato adeguatamente.
7. Alcuni studi sono stati fondati su interviste mirate a chiedere al cliente informazioni sui suoi vissuti durante il colloquio.
8. Il vissuto più rilevante che emerge da tali studi è la potenza dell'empatia del contatto mediata dalla percezione del tutto particolare che il cliente ha dell'atteggiamento riflessivo del terapeuta.
9. In questo vissuto ha un forte peso la funzione del terapeuta di sostegno nell'opera di cui il cliente è e resta protagonista, di dare senso, simbolizzare, precisare i contorni, ristrutturare e qualificare percezioni e stati d'animo confusi e conturbanti, del cliente
10. Altri studi sono necessari per chiarire questo problema, difficile ed affascinante

Grazie per l'attenzione ...