

Motivational Interviewing e Stadi del Cambiamento: nuovi paradigmi teorici e metodologici nel trattamento della dipendenza.

Dr. Ravera Roberto – *psicologo clinico e psicoterapeuta*
Dipartimento delle Dipendenze - Sert USL1 Sanremo

*"La resistenza si incontra
quando un operatore usa
strategie inappropriate rispetto
allo stadio attuale del
cambiamento"*
(Miller & Rollnick , 1991).

Il problema del cambiamento è fondamentale nel trattamento di soggetti con comportamenti di abuso o di dipendenza da sostanze; il *grado di resistenza* che il cliente esprime alla modificazione dell'abitudine compulsiva diventa l'elemento chiave per l'efficacia per ogni trattamento terapeutico. (W.Miller, S.Rollnick, 1991). Affrontare un paziente che assume sostanze da numerosi anni comporta per l'operatore la necessità di doversi confrontare con l'ambivalenza che determina un continuo oscillamento della motivazione al cambiamento. Per tale motivo si può ritenere che *"l'operatore può essere considerato come la "levatrice" del processo di cambiamento, che ha in ciascun caso un corso unico; il suo ruolo è quello di assistere l'individuo, negoziando questo processo con il massimo possibile di efficacia"* (Di Clemente, 1991).

Il **modello transteorico**, venne elaborato nel 1977 da Prochaska & Di Clemente come tentativo di una elaborazione teorica generale del cambiamento in grado di comprendere sia quello "spontaneo" o *autoindotto* e sia quello derivante da un trattamento terapeutico. Tale approccio transteorico *tende a utilizzare concetti e metodologie veramente significative dei vari modelli psicoterapici per descrivere e studiare gli interventi necessari a determinare una modificazione del comportamento*. A partire da tale esplicazione paradigmatica si comprende il significato che Prochaska e Di Clemente hanno attribuito a tre dimensioni specifiche: gli **stadi del cambiamento**, i **processi** che vengono messi in atto ed i **livelli** coinvolti nel problema (Di Clemente, 1994).

L'idea che la motivazione al cambiamento non possa essere un fenomeno statico è stata ben intuita già dallo scrittore Mark Twain, quando affermò che *"un abitudine è un abitudine e non può essere sbattuta dalla finestra, ma indotta a scendere un gradino per volta"*. Questo genere di paradigma ci riconduce ad una scansione ben precisa: per ciascun stadio vi sono *livelli e processi* correlati e non vi può essere il passaggio da uno stadio all'altro se non si è affrontato quello in cui si trova il cliente (Ravera & Di Clemente, 1995). Se si può parlare di un processo per entrare nell'addiction si può affermare che vi deve essere un processo per uscire dall'addiction. La "ruota" del Cambiamento prevede cinque stadi definiti come: **Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione, Azione e Mantenimento**.

L'impressione è che nel contesto della pratica clinica i pazienti vengano troppo rapidamente inclusi e ingaggiati in percorsi terapeutici senza che essi abbiano

realmente risolto il conflitto di ambivalenza in vista di un cambiamento del comportamento. Se ciò è vero, accade quanto sostenuto in un trial di ricerca del Department Research of Mental Health – University of Mississippi (J. Tsho, 1995) sul confronto fra due gruppi di pazienti tossicodipendenti inseriti in programmi terapeutici differenti (ambulatorio / comunità) e da cui risulta che *“a good portions (>45%) of addicts seeking treatment was not ready for treatment”*. In questo studio i dati dei pazienti trattati ambulatorialmente e in comunità sono risultati quindi sovrapponibili rispetto agli stadi del cambiamento. In altre parole nella fase preliminare che riguarda la motivazione al cambiamento molti soggetti afferivano al programma per una sottile forma di adesione che si spezzava durante il trattamento stesso o subito dopo.

Le fasi distinte dei singoli stadi riguardano un percorso attraverso il quale si dispiega il processo di cambiamento, che ha inizio proprio dalla fase detta di Precontemplazione; quest'ultima si riferisce allo stadio in cui la persona non considera la possibilità di un cambiamento in un prossimo futuro. Tali individui non percepiscono la loro dipendenza come un problema perché "possono magari aver sperimentato meno conseguenze negative in relazione al comportamento o perché credono che esso sia ben controllato o sotto autoregolazione" (Di Clemente, 1992).

• Deve essere applicabile a tutte le modalità di cambiamento delle persone (psicoterapie brevi, individuali, di gruppo, pz. ospedalizzati, tecniche di self help, ecc.)
• Deve considerare il fatto che vi siano comportamenti di dipendenza in cui le persone cambiano senza l'ausilio di nessun programma terapeutico
• Deve essere applicabile ad una vasta gamma di comportamenti di dipendenza (tossicodip., bulimia, gambling, alcol, ecc.)
• Deve aiutare ad integrare le diverse forme di trattamento disponibili nei vari ambiti di cura delle dipendenze
• Deve occuparsi dell'intero processo di cambiamento dall'acquisizione della consapevolezza fino alla risoluzione del problema
• Poiché il cambiamento è un processo dinamico e aperto deve poter essere elastico e comprendere le nuove scoperte ed includere variabili significative.

A volte i meccanismi che stanno alla base di tale stadio sono correlati nei clienti con una scarsa conoscenza del problema: essi ritengono di dover prendere da soli ogni decisione, o non hanno energie sufficienti per cambiare, o dispongono di meccanismi di razionalizzazione che li difende da ogni elemento critico. In tale stadio essi necessitano prevalentemente di *informazioni* e *feedback* che accrescano la consapevolezza del problema e la possibilità del cambiamento. W. Miller e S.Rollnick (1994) riferiscono che il compito dell'operatore è quello di insinuare nel cliente la percezione dei rischi e problemi derivati dal suo comportamento, lasciando però, al contempo, piena libertà di scelta. Evitare forzature in questa fase è fondamentale.

Nello stadio della **Contemplazione** il cliente attiva dei processi di cambiamento che lo espongono in maniera maggiore all'ambivalenza e alla conflittualità circa il suo comportamento. Tale ondeggiamento tra dipendenza e cambiamento, tra rischio e ricompensa, possono essere espressi dall'idea che "l'individuo non è disposto ad intraprendere l'azione, ma ne sta valutando le possibilità" (Di Clemente, 1991). Il compito del terapeuta è quindi quello di far pendere l'ago della bilancia in modo che vi sia una maggiore consapevolezza dei

rischi a cui si va incontro e aumentando la percezione che l'utente ha delle proprie capacità di cambiare.

Nello stadio della **Determinazione** (o "preparazione") vi è una maggiore disponibilità al cambiamento e, per usare l'espressione di Miller e Rollnick, è come se si aprisse una *finestra di opportunità* che resta aperta per un certo tempo. Le strategie sono determinate dall'alternanza di momenti di preoccupazione e di momenti di noncuranza; è fondamentale che il cliente sia aiutato a fare in piano, un progetto che gli offra una possibilità di riuscita (Ravera & Di Clemente, 1995). Ecco la necessità che il progetto sia idoneo alla situazione del singolo soggetto. Può essere utile che, ad esempio, il paziente alcolista accetti anche una riduzione della quantità di alcol che egli assume. Tale passaggio tende a consolidare sicurezza e fiducia nei propri mezzi in attesa di un passaggio allo stadio successivo, in cui consoliderà il cambiamento.

Lo stadio dell'**Azione** conduce ad una modificazione concreta del problema e si impegna in attività specifiche; è necessario sottolineare che molti autori evidenziano come nella visione degli stadi del cambiamento "l'azione non può essere prematuramente imposta, pena il fallimento e il probabile ritorno indietro nelle fasi precedenti" (Guelfi et al., 1992). Alimentare il senso di autoefficacia, cioè la capacità di credere nel proprio sforzo e nei propri mezzi, è il compito dell'operatore in questo stadio. Il cliente deve essere avvertito dei "tranelli che potrebbero insidiare l'efficacia dell'azione nella sua continuità, siano essi di carattere cognitivo (fede nell'astinenza - trasgressione), comportamentale (decisioni apparentemente irrilevanti) o ambientale (comportamento dei familiari)" (Marlatt e Gordon, 1985). Pertanto la capacità del cliente di rimpiazzare vecchie abitudini con nuovi comportamenti, può essere considerato come un elemento predittivo rispetto alla sua capacità di portare a termine il programma.

Nello stadio del **Mantenimento** il paziente è riuscito a portare avanti il suo intento ma è sempre esposto ai rischi determinati dagli stimoli che possono innescare il comportamento originario; questo può essere ancor più accentuato dal fatto che i nuovi comportamenti adattivi possono essere vissuti dal paziente come inidonei, inusuali al proprio contesto e abitudini e precari per se stesso. Un problema ricorrente con soggetti alcolisti in questo stadio è che l'aver smesso di bere ed essere vissuti dal proprio ambiente come "cambiato", determina un eccessivo carico di responsabilità che causano sensi di colpa e desiderio di compensare gli errori precedenti. Occorre sottolineare che negli stadi del Cambiamento la ricaduta è possibile in ognuna delle fasi, ma la *releapse* non crea una rottura permanente con il percorso di cambiamento, al contrario, le ricerche di Prochaska e Di Clemente dimostrano che "un cambiamento definitivo, lineare e mantenuto con successo attraverso il tempo, comprende di solito diversi tentativi falliti nel modificare quel comportamento" (1992). Tali autori descrivono il cambiamento come una spirale nella quale sono ripetuti in cicli diversi tutti gli stadi, fino ad arrivare alla stabilizzazione di un comportamento avulso dalla dipendenza. La *ricaduta* può essere un elemento di discussione con i clienti e i loro familiari affinché comprendano a non colpevolizzare eccessivamente le ricadute ma sappiano, al contrario, utilizzarle come momenti in cui ricontrattualizzare il programma di cambiamento e definire meglio le difficoltà incontrate.

Alla base del modello degli Stadi del Cambiamento Prochaska e Di Clemente hanno individuato 10 *processi transteoretici* che hanno la funzione di stabilire i meccanismi di base del cambiamento stesso. I primi cinque sono

correlati ad un'area *cognitivo-esperenziale*, risultando particolarmente utili nei primi stadi (Precontemplazione e Contemplazione):

1. *Aumento della consapevolezza*: elaborare informazioni e conoscenze del problema;
2. *Rivalutazione di sé*: "riorganizzare l'immagine di sé a livello cognitivo e affettivo in relazione agli aspetti problematici" (Spiller et al. 1996);
3. *Attivazione emozionale e drammatizzazione*: capacità di elaborare i blocchi emotivi e la alexitimia correlati con i comportamenti di dipendenza; l'uso di psicodramma e role-play diventano così l'occasione per una "definizione dei sentimenti reali nei riguardi del problema" (Di Clemente & Ravera, 1995);
4. *Rivalutazione dell'ambiente*: sviluppare la capacità di comprendere il significato del proprio comportamento nel contesto del proprio ambiente sociale e familiare.
5. *Liberazione sociale*: sviluppa e integra le risorse nell'ambito dell'inserimento sociale.
6. *Liberazione personale*: si attua nella scelta e nell'impegno ad attuare strategie di modificazione del comportamento.
7. *Controcondizionamento*: sviluppare la capacità di apprendere comportamenti alternativi utilizzando tecniche di desensibilizzazione sistematica, rilassamento, ecc.
8. *Controllo dello stimolo*: limitare, ad es., i contatti con sostanze alcoliche, non frequentare persone e/o ambienti legati al bere. Si tratta di sviluppare la capacità di non sottoporsi a tentazioni troppo intense e di difficile gestione e, al contempo, si incoraggiano attività nuove e alternative.
9. *Gestione delle ricompense*: vengono usati rinforzi di vario tipo, diretti ed indiretti, autoricompense e contratti per gestire le ricompense esterne.
10. *Relazione di aiuto*: secondo quanto scritto da Rogers (1959) le relazioni d'aiuto dovrebbero avere le caratteristiche di empatia, attenzione e fiducia e il cliente dovrebbe ritrovarle nella relazione terapeutica, nei supporti sociali e nei gruppi di self help.

La maggior parte dei sistemi di psicoterapia enfatizza solo due o tre processi di cambiamento (J.Prochaska, 1984). Comunque i soggetti in terapia devono potersi comparare a coloro che hanno avuto un cambiamento *autoiniziato*, i quali ne utilizzano da 8 a 10; per cui *“uno degli assunti dell'approccio transteoretico è che i terapeuti dovrebbero essere almeno altrettanto cognitivamente complessi quanto i loro clienti”* (Di Clemente, 1986). Rispetto a quanto viene evidenziato da Prochaska e Di Clemente i *processi* sono correlati in modo significativo con *gli stadi del cambiamento*, e presentano una diversa rilevanza a ciascun stadio. E' fondamentale quindi che il terapeuta e il paziente si trovino a lavorare sullo stesso stadio, pena la mancanza di progressi nel percorso di cambiamento, se non la regressione a stadi precedenti. La multifattorialità dei sistemi correlati ai fenomeni della dipendenza alcolica, la complessità legata agli aspetti psicologici, relazionali e sociali, inducono a pensare che l'équipe terapeutica deve essere in grado di intervenire in modo integrato su vari livelli, che Prochaska e Di Clemente presentano nel seguente modo:

- **livello sintomatico/ situazionale**: i pattern di comportamento correlati con l'uso di una determinata sostanza;
- **livello cognitivo/ disadattivo**: aspettative, credenze, autovalutazioni;
- **livello interpersonale**: interazioni diadiche, ostilità, assertività;

- **livello familiare/ sistemico:** la famiglia d'origine; le relazioni sociali e istituzionali;
- **livello intrapersonale:** autostima, concetto di sé, personalità.

La capacità di lavorare su vari *livelli* è ciò che permette all'operatore di evitare di provocare cambiamenti su alcuni di essi evitandone altri. Questo è soprattutto vero in quelle istituzioni che, per propria definizione metodologica e culturale, tendono ad intervenire prevalentemente su alcuni aspetti trascurandone altri. Può essere che il paziente abbia lavorato in modo intenso su alcuni tratti cognitivi e sul disadattamento sociale, ma sul piano familiare e relazionale possano esservi delle problematiche che inducono a ricadute. E' il caso di lunghi periodi di trattamento presso strutture residenziali nelle quali il cliente ha sempre dimostrato un buon adattamento e integrazione ma, al momento del suo inserimento presso la famiglia, egli comincia gradatamente a ricadere nell'uso di sostanze. In questo caso è chiaro che il passaggio da uno stadio del cambiamento all'altro non può dirsi definitivo se non si è stati in grado di lavorare su tutti i *livelli* del cambiamento (Di Clemente & Hughes, 1990). Nel contesto della contrattualizzazione del cambiamento occorre comprendere che *qualunque forzatura motivazionale rivolta ad accelerare lo spostamento del cliente, senza tenere conto di quale sia lo stadio in cui realmente egli sia, costituisce frequente motivo di ricadute, fughe e abbandoni.*

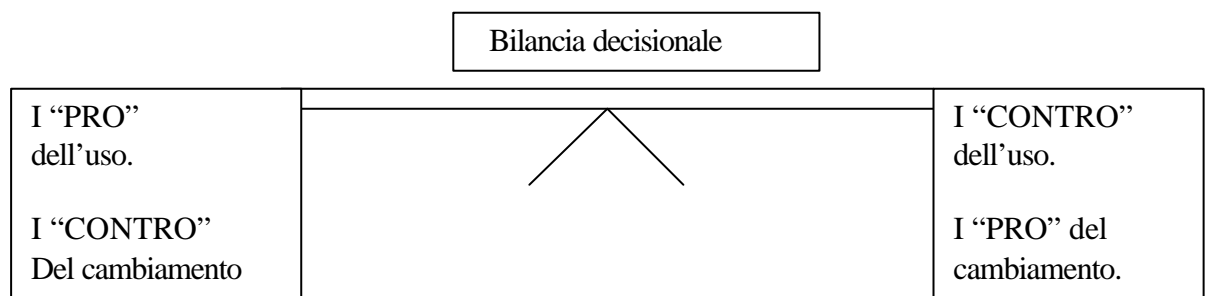
Si definisce la *motivazione* come “la probabilità che una persona cominci, continui e aderisca ad una specifica strategia di cambiamento” (W.Miller, 1985); quello che ci si chiede è, appunto, come sia possibile per il terapeuta aumentare le probabilità che il cliente possa mettere in atto e proseguire un processo di cambiamento. Gli studi sulla motivazione (W.Miller & Rollnick, 1991) spinsero a definire una prima stesura del colloquio di motivazione (Motivational Interviewing – M.I.), pubblicato per la prima volta nel 1983 sulla rivista “*Behavioral Psychotherapy*”.

La Motivational Enhancement Therapy (Miller et al., 1995) si basa su principi di motivazione psicologica utilizzando interventi brevi che attivano il cambiamento e che ha evidenziato in numerosi studi la sua efficacia nel trattamento di soggetti con problematiche di dipendenza. La MET può essere in effetti uno strumento efficace per rilanciare la motivazione al cambiamento in soggetti ambivalenti come, ad esempio, pazienti con problematiche alcolcorrelate. Se il cambiamento viene efficacemente attivato con interventi brevi, la possibilità che questa finestra di motivazione rimanga aperta a lungo è poco probabile. Persone che per anni hanno mantenuto abitudini e stili di vita problematici possono accettare di mettersi in discussione perché sono intervenute alcune *cause imprevedibili* (motivi di salute, problemi giudiziari o familiari, ecc) o perché si è attivato un *percorso motivazionale* idoneo; in entrambi i casi non è detto che questa disponibilità venga mantenuta a lungo ed è per tale motivo che l'inserimento in progetto terapeutico deve riflettersi come l'assunzione di una serie di responsabilità e risorse che attivino nel cliente la sensazione di riuscire a cambiare (self efficacy). Per tale motivo occorre che il trattamento terapeutico coinvolga il cliente ed eviti atteggiamenti di passività e manipolazione.

La motivazione non appare come una *qualità statica* (Saunders & Wilkinson, 1990) ma come un processo in continua evoluzione e gli individui che usano alcol possono spesso avere desiderio di smettere ma non riescono a trovare in sé sufficienti risorse per farlo. Per tale motivo il senso di colpa appare come uno dei vissuti più rappresentativi nella fenomenologia della dipendenza alcolica, in quanto

designa questa profonda ambivalenza tra il desiderio di bere e il desiderio di smettere. *Quello che la MET tende a fare è promuovere una analisi dei contrasti che riguardano il rapporto costi e benefici e delle dissonanze cognitive del cliente in relazione all'uso di sostanze.*

La definizione di MI è la seguente: *“una particolare metodologia per aiutare le persone a riconoscere i loro problemi attuali o potenziali legati alla persistenza di un comportamento disadattivo e a mettere in atto le strategie necessarie per modificare questo comportamento”*. Un aspetto rilevante della motivazione al cambiamento è quello di riuscire ad agire sui meccanismi dell'ambivalenza (“voglio e non voglio”); questa condizione di instabilità non può essere considerata un tratto di personalità, ma piuttosto un processo dinamico, risultato tra i costi e i benefici del comportamento di dipendenza (Janis & Mann, 1977). Il colloquio motivazionale ruota intorno alla gestione dell'ambivalenza. Si è osservato (W.Miller & Rollnick, 1994) che in una valutazione da parte del paziente dei “pro” e “contro” correlati con il comportamento di dipendenza, con descrizioni specifiche di uno e dell'altro aspetto, nel caso di un soggetto in uno stadio di contemplazione, la bilancia decisionale tende ad essere in equilibrio: in altre parole non vi sono elementi che possono suffragare un cambiamento. *E' ricorrente inoltre che, qualora si insista affinché il cliente attui una decisione verso una parte della bilancia, egli tenderà ad orientarsi verso l'altra* (W.Miller & Rollnick, 1991). Non si può prescindere da tali presupposti da parte di chi vuol operare con clienti con problemi di dipendenza (alcol, droghe, bulimia-anoressia, gioco d'azzardo, compulsioni, ecc). Nella progettualità terapeutica una buona strategia può dunque essere quella di invitare il cliente a riportare su un foglio, schematicamente diviso tra “pro” e “contro”, gli aspetti positivi e negativi: tale approccio dovrebbe “favorire un approfondimento della conoscenza degli stati interiori, non ancora pienamente consapevoli” (Spiller et al, 1996)



Miller e Rollnick nel volume: *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior* (1991) illustrano i principi che stanno alla base della M.I.:

1. **Esprimere empatia:** è la caratteristica fondamentale del colloquio motivazionale. Non si sottolinea mai abbastanza il fatto che "l'ascolto riflessivo", "l'accettazione" e la "partecipazione" sono elementi fondamentali quando si intende lavorare con persone che spesso sono restie a chiedere aiuto e ad accettare di essere aiutate.

2. **Amplificare le fratture interiori:** significa mettere il soggetto innanzi al proprio problema e indurlo a considerarlo tale. Gli autori lo descrivono come *"la discrepanza tra ciò che uno è e ciò che uno vorrebbe essere; tra comportamento attuale e obiettivi desiderabili"*. Il cliente sa difendersi rispetto alle proprie contraddizioni interne ("riesco a gestirmi bene", "non sono alcolista anche se bevo un po'", "penso che bere potrebbe farmi male se bevessi di più di quanto faccio"). Motivare una persona al cambiamento significa fargli percepire la frattura tra il proprio comportamento abituale e importanti obiettivi personali (Miller, 1985). Sviluppare la capacità di promuovere affermazioni automotivanti significa riuscire a far dire al cliente stesso quali sono i motivi per cui intende smettere, senza che debba essere l'operatore ad elencarli.
3. **Evitare dispute e discussioni:** è uno degli errori ricorrenti quello di trasformare il colloquio in un dibattito teso a convincere qualcuno di quello che sta combinando. Argomentazione troppo dirette possono suscitare risposte di difesa e di opposizione. Si sostiene che la resistenza non è solo del paziente ma, ponendo correttamente l'affermazione, il problema della resistenza del paziente è comunque un problema del terapeuta. Quello che si definisce "confronto morbido" è stato suffragato da numerose ricerche cliniche che ritengono utile che un counseling motivazionale efficace debba evitare di confrontarsi direttamente con la *resistenza* del paziente (Miller, Benefield e Tonigan, 1993).
4. **Aggirare ed utilizzare le resistenze:** Jay Haley nell'ambito della terapia familiare parla della capacità di utilizzare l'impeto del paziente a proprio vantaggio deviando le sue mosse verso il punto da noi stabilito. Certamente occorre evitare di infrangersi contro le resistenze del paziente mentre, al contrario, è necessario utilizzare le energie che egli investe nella resistenza coinvolgendolo nei processi di problem solving.
5. **Sostenere il senso di autoefficacia:** il concetto di autoefficacia, descritto per la prima volta da Bandura (1977) si riferisce *alla credenza di una persona di portare a compimento o di riuscire in uno specifico compito*. Molti autori (Marlatt & Gordon, 1979 - Condiotte e Lichtenstein, 1981 - Di Clemente, Fairhurst, Piotrowski, 1995) ritengono la *self efficacy* direttamente correlata ai fenomeni della cessazione dei comportamenti di dipendenza e di ricaduta (reapse). In una ricerca dettagliata (Di Clemente, 1986) si è verificato che la self efficacy cambia in maniera significativa nello sviluppo degli stadi del cambiamento: aumenta dalla Precontemplazione alla Contemplazione, all'Azione, al Mantenimento e si stabilizza dopo un periodo piuttosto lungo di astinenza (18 mesi).

Si può dire che *"insistere su un particolare obiettivo del trattamento, a prescindere dalle percezioni e i desideri del cliente, può compromettere la motivazione a raggiungere un certo obiettivo"* (Miller & Rollnick, 1991). Quello che ci si pone di evidenziare è che l'efficacia dell'approccio transteoretico è concentrato sul fatto che sono poste le basi per comprendere la dinamica della motivazione al cambiamento. In uno studio da noi condotto (Ravera & Embriaco, 1995) si è posto in evidenza come, a seconda dell' atteggiamento degli operatori in ambito carcerario è possibile ottenere gradi diversi di compliance, accettazione e aderenza al programma di cambiamento. In particolare, la Motivational Interviewing ha permesso che un numero di soggetti considerevolmente maggiore rispetto ai clienti del gruppo in cui si è

usato un criterio più direttivo e confrontazionale, potesse intraprendere e sostenere a lungo un programma di affidamento dal carcere.

Nell'ottica degli *stadi del cambiamento* anche la ricaduta può essere un segnale vissuto in modo differente rispetto ad una interpretazione che ne assimila l'effetto ad un fallimento totale del programma terapeutico. Tanto più questo genere di considerazioni sono applicabili a pazienti alcolisti i quali devono gestire livelli motivazionali molto alti nel caso dell'astineza, in considerazione della maggiore tolleranza e il minore costo che il bere ha rispetto, ad esempio, al *buco* di eroina o all'assunzione di cocaina.

Bibliografia I

- Bandura, A (1978): *Reflections on self-efficacy*. Advances in Behavioural Research and Therapy, 1 , 237-264.
- Bandura, A. (1977): *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review , 84 , 191-215.
- Briziarelli, L., Minelli, M., Giovannoni, M. (1992): Knowledge and perception of the risk due to alcohol: a survey among students, teachers, doctors and the general population. *Alcologia* , 4 (3), 249-258.
- Colombo, G (1994) : *Monografia sull'alcol (editoriale)*. Medicina delle Tossicodipendenze. Anno 2, num.5, pag.3.
- Conditte, M.M. e Lichtenstein, E. (1981): *Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49 , 647-658.
- Di Clemente, C (1986): *Self-efficacy and the addictive behaviors*. Special Issue: Self-efficacy theory in contemporary psychology. Journal Social and Clinical Psychology, 4 (3) , 302-315.
- Di Clemente, C. (1991): *Motivational interviewing and the stages of changes*. In: Miller, W. E Rollnick S. (1991), New York, The Guilford Press.
- Di Clemente, C., Fairhurst, S.K., Piotrowski, N.A. (1995): *The role of self-efficacy, Adaptation and Adjustment: Theory, Research and Application*. New York, Plenum Press.
- Di Clemente C. (1993): *Alcoholics Anonymous and the Structure of Change*. In: McCrady B.S., Miller, W.: Research on A.A.: opportunities and alternatives. Alcohol Research Documentation (USA).
- Di Clemente, C. , Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M., Rossi, J.S. (1991): *The Process of Smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages change*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50 , 295-304.
- Di Clemente, C., Scott, C.W (1994): *Stages of changes: interaction with treatment, compliance and involvement*". Relazione presentata al convegno: "Beyond the therapeutic alliance, keeping the drug dependent individual in treatment". Bethesda MD, may 10-11 , non pubblicato.
- Festinger, L. (1957): *A theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press, Stanford, CA, USA.
- Fallada Hans (1950). *Ognuno muore solo*. Einaudi (ediz. Ital. 1995) Torino.
- Guelfi, G.P. (1994): Implicazioni dell'approccio motivazionale per lo stile operativo e per l'organizzazione dei Servizi per le Tossicodipendenze. In: Guelfi, G.P. e Spiller W.

(eds), Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze, Il Vaso di Pandora II, 4, 1994, 95-102.

- Haley, J. (1963): Strategies of psychotherapy, New York, Grune & Stratton.
- Kivlahan, D.R., Coppel, D.B., Fromme, K., Williams, E.M. & Marlatt G.A. (1990). Secondary prevention of alcohol-related problems in young adults at risk. In K.D. Craig & S.M. Wiess (Eds): Health enhancement, disease prevention & early intervention, pp.287-300, Springer Publication, New York.
- Kivlahan, D.R., Marlatt G.A., Fromme, K., Coppel, D.B. & Williams, E. (1990) Secondary prevention with college drinkers: Evaluation of an alcohol skills training program. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 805-810.
- Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (Eds) (1985), Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change. New York, The Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1979): A cognitive-behavioral model of the relapse. In N.A. Krasnegor (Ed.), Behavioral analysis and treatment of substance abuse. Research Monograph 25, pp.191-200. Wash.D.C. - National Institute of Drug Abuse Research.
- Marlatt, G.A. (1982) Relapse prevention: A self-control program for the treatment of addictive behaviors. In R.B. Stuart (Ed.), Adherence, compliance and generalization in behavioral medicine, pp.329-378. Bruner/Mazel, New York.
- Marlatt, G.A. (1985): Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In: G.A. Marlatt & J.R. Gordon (Eds), Relapse prevention: Maintenance strategies in treatment of addictive behaviors, pp.3-70. Guilford Press, New York.
- Marlatt, G.A. (1979): Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioral analysis. In: P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds), Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures. pp.319-355, Academic Press, New York.
- Marlatt, G.A. (1978). Craving for alcohol, loss of control and relapse: A cognitive-behavioral analysis. In: P.E. Nathan, G.A. Marlatt & T.Loberg (Eds): Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment. Pp.271-314, Plenum, New York.
- Marlatt G.A.(1983): Stress as a determinant of excessive drinking and relapse. In L.Pohorecky & J.Brick (Eds): Stress and alcohol use, pp.279-294, Elsevier, New York.
- Miller, W.R. & Hester R.K. (1980): Treating the problem drinker. Modern approaches. In Miller W.R. The addictive behaviors: treatment for alcoholism, drug abuse, smoking and obesity. Pergamon Press, New York.
- Miller W.R. (1980) (eds): The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity. Pergamon Press, New York.
- Miller W.R. (1987): Motivation and Treatment goals. Drugs and Society, 1, 133-151.
- Miller W.R. (1996): Motivational interviewing: research, practice and puzzles. Addictive Behaviors, vol.21, N.6, 835-842.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991): Motivational Interview: Preparing People to Change Addictive Behavior, The Guilford Press, New York.
- Miller W.R. & Rollnick, S. (1994): Teaching motivational interviewing, material for trainers - (manuale fornito esclusivamente ai partecipanti al Training for Trainers).
- Miller, W.R. (1992) The effectiveness of treatment for substance abuse: Reason for optimism. Journal of Substance Abuse Treatment, 9, pp.93-102.
- Miller, W.R., Benefield, R.G., Tonigan J.S. (1993): Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 455-461.
- O'Connor L.E., Weiss J (1997): Psicoterapia per dipendenza da sostanze: un'applicazione della Control Mastery Theory, Psicoterapia, anno 3, n.8, pp.59-72.
- Polich, J.M.; Armor, D.J. & Braiker, H.B. (1981): Stability and change in drinking patterns. In: The Course of Alcoholism: Four Years After the Treatment. New York, J.Wiley & Sons, pp.159-200.

- Prochaska, J.O., Di Clemente C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychoterapy, theory, research and practice*, 19, 276-288.
- Prochaska J.O., Di Clemente, C.C. (1986): Toward a comprehensive model of change. In . Miller W.R., Heather N. (Eds), Treating Addictive Behaviors: process of Change, New York, Plenum Press.
- Prochaska, J.O., Di Clemente C.C. (1992): Stages of Changes in the modification of problem behavior". In Hersen M., Eiler R., Miller P.M. (Eds): Progress in Behavior Modification, 28, 184-214, Sycamore P.C., Sycamore, Illinois.
- Ravera,R., Ardisson G. (1994): *Teoria del Cambiamento e Teoria del Mantenimento nel trattamento delle tossicodipendenze: quale approccio metodologico ed epistemologico?*. In : Atti del Seminario: "Tossicodipendenza e Servizi in provincia di Imperia tra crisi e progettualità", 12-15 gennaio 1994.
- Ravera, R., Di Clemente C.C. (1995): *Gli Stadi del Cambiamento*, Documento su Appunti di Psicologia in Web: www.caen.it/psicologia/intervis.htm.
- Project MATCH research Group (1997): Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MACTH posttreatment drinking outcomes. *Juornal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Ravera, R., Embriaco, T. (1995): Changing a Drug Treatment Service for Addictive Prisoners toward a motivational Perspective: a project evaluation. ICATB VII - Leeuwerhst , The Netherland.
- Sanchez-Craig,M., Wilkinson, D.A., (1989): Brief tratment for alcohol and drug problems: Practical and methodological issues. In T.Loberg, W.R. Miller, P.E. Nathan e G.A.Marlatt (Eds), Addictive behavior: Prevention and early intervention, pp.233-252, Amsterdam, Swets & Zeitlinger.
- Vailant G. (1981): The dangers of psychoterapy in the treatment of alcoholism, In Bean, M.H., Khantzian, E.J., Mack, J.E., Vaillant G. & Zinberg, N.E.: *Dynamic approches to the Understanding and Treatment of Alcoholism*, The Free Press, New York.

BIBLIOGRAFIA II

- Jellinek , E. M., (1952) Phase of Alcohol Addiction. *Quaterly Journal of Studies on Alcohol*, 13 , 673-684
- Bowen, R.O., (1989)Opening remarks in US Deperment of Health and Human Services: Surgeon General's Workshop on Drunk Driving, Proceedings Washington, Dec 14-16, Rockville (USA)
- CALME - Centre d'Action et de Liberation des Malades Ethyliques. CABRIS - Route de Spéracedes, F-06530 CABRIS (F)
- Di Clemente, C. & Hughes, S.O. (1990): Stages of Changes Profiles in Alcoholism Treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- Georgakis, A. & Russell R. (1994): What tips the scales in successful treatment fo addiction? *Addiction Counseling World*, 5, 8-11.
- Georgakis, A. (1995): Evaluation of a Residential Alcohol & Drug Dependency Treatment Centre. Ed. by Clouds (GB) report.
- Goldsmith R.Jeffrey & Green, B.L.(1988): A Rating Scale for Alcoholic Denial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol.176. N.10.

- Harris, K.B., & Miller, W.R. (1990). Behavioral self-control training for problem drinkers: Components of efficacy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 4, 82-90.
- Heather, N, & Miller, W.R. (1986): Treating Addictive Behaviors - Processes of Changes. Plenum Press - New York.
- Isehart, C.E. (1994): Motivational Subtypes in an inpatient sample of substance abusers. *Addictive Behavior*, vol. 19, 463-475
- Kadden R. et al (1995) Cognitive Behavioral Coping Skills Therapy Manual. Project MATCH series Vol.3 (NIAAA)
- King, M.P., & Tucker, J. A. (2000). Behavior Change Pattern and Strategies Distinguishing Moderation Drinking and Abstinence During the Natural Resolution of Alcohol Problems Without Treatment. *Psychology of Behaviors*, 14, march, 48-55.
- Lowman, C., Allen, J., Stout, L.R. & The Releapse Research Group (1996): Replication and extension of Marlatt's taxonomy of relapse precipitants: overview of procedures and results. *Addiction*, 91, s51-s71.
- Marlatt, G.A. (1996) Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* (supplement) 91, S37-S50.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.W. (1980). Determinants of Relapse: implication for the Maintenance of Behavior Change. In: Davindson, P. (ed): Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyle. New York, Brunner/Mazel.
- Miller W.R., & Taylor, C.A. (1980). Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 5, 13-24.
- Miller W.R., Taylor, C.A., & West, J.C. (1980). Focused versus broad spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 590-601.
- Miller W.R., Gribskov, C.J. & Mortell, R.L. (1981) Effectiveness of a self-control manual for problem drinkers with and without therapist contact. *International Journal of the Addiction*, 16, 1247-1254.
- Miller, R.W. (1996): What is a Relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction* (supplement) 91, 515-527.
- Miller, S.M. (1994) American Society of Addiction Medicine, Chevy Chase, Maryland.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991) Motivational Interviewing: preparing the people to change the addictive Behaviors. The Guilford Press, New York.
- Miller, W.R. (2000) Rediscovering Fire: Small Interventions, Large Effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 14, n.1, 6-18.
- Miller, W.R., McReady B. (1993): Research on the Alcoholics Anonymous", Publ. Div. Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, New Jersey - USA
- Nowinski, J., Baker, S., Carroll K., Twelve Step Facilitation Therapy Manual. Project MATCH Monograph series, vol.1 (NIAAA).
- Prochaska, J. & Di Clemente, C.C. (1986): Toward a Comprehensive Model of Change. In: Miller, W.R. & Heather, N. (ed) : Treating Addictive Behavior - Process of Change. Plenum Press -
- Prochaska, J. & Di Clemente C.C.: (1982) Transtheoretical Therapy: toward a more integrative model of Change. *Psychotherapy: theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Ravera, R. & Ardisson, G. (1994): Teoria del Cambiamento e Teoria del Mantenimento nel trattamento delle tossicodipendenze: quale approccio metodologico ed epistemologico?. In: Atti del Seminario: Tossicodipendenza e Servizi in Provincia di Imperia: Tra Crisi e Progettualità". Ed. Ancora Sanremo

- Ravera,R. & Embriaco T.(1995): Changing a Drug Treatment Service for Addictive Prisoners toward a Motivational Perspective: a project evaluation. ICTAB VII - Leeuwerghost, The Netherlands
- Rawson,R.A., Obert,J.L., McCann, M.J., Castro, G.F., Ling, W.(1991) Cocaine Abuse Treatment: a Review of Current Strategies. *Journal of Substance Abuse*, 3, 457-491
- Saunders,B. & Wilkinson, C.(1990): Motivational and Addiction Behavior: a Psychological Perspective. *Drug and Alcohol Review*, 9, 133-142.

Dr. Ravera Roberto ravera.r@dmw.it