
La Motivazione nel trattamento dei DGP

Disturbi Gravi di Personalità – Formazione Organizzativa
Modena – 15 ottobre 2013

Dr. Vitantonio Scagliusi

Parleremo di:

- **Razionale clinico:** *perché la scelta del CM per il trattamento dei DGP*
 - **Da MI a CM:** *breve storia del Counseling Motivazionale*
 - **Il CM:** *sintetica descrizione del Counseling Motivazionale (caratteristiche, componenti, spirito, principi, abilità e teoria del cambiamento)*
- § Razionale organizzativo: quali vantaggi organizzativi con la scelta del CM per il trattamento dei DGP

Motivazione e Clinica dei DGP

- § Scarsa motivazione: il paziente non si ingaggia in un percorso di cura
- § Egosintonicità: il paziente non problematicizza, nonostante le evidenze della realtà, comportamenti e/o atteggiamenti tentando paradossalmente* di mantenere il proprio equilibrio disfunzionale
- § Resistenze proprie al cambiamento: (relazionali) il paziente difensivamente tenta di mantenere la relazione con l'altro «sotto controllo», spesso facendo assumere all'altro anche la funzione di «soddisfa bisogni»

Motivazione e Clinica dei DGP

§ Ostacoli a rendersi manifesto a sé stesso:

- Paure: Paura del rifiuto, del cambiamento, di affrontare la verità, del giudizio, delle emozioni, di perdere il controllo, di essere pazzo, malato, etc...
- Sentimenti: Colpa, Vergogna, Odio, Amore
- Convinzioni: Ammettere i problemi=debolezza, non meritare aiuto, i problemi si affrontano da soli, non mi posso fidare di nessuno etc...
- Pregiudizi Interni: Se uso sostanze = tossico, se bevo = alcolista, se parlo con psicologo = malato mentale

Motivazione e Clinica dei DGP

§ Difese necessariamente da mantenere:

- Negazione: Ogni qualvolta il paziente viene «costretto» ad accettare verità dolorose e/o pericolose.
- Scissione e Dispersione dell'Identità: I tentativi di riconoscimento di parti proprie da quelle altrui e di integrare parti di Sé scisse e compresenti nella loro contraddittorietà genera angoscia
- Identificazione Proiettiva: Il paziente resiste quando viene «costretto» a riappropriarsi di parti proprie proiettate sull'altro

Motivazione e Clinica dei DGP

Appare consigliabile dotarsi di un approccio relazionale strutturato al paziente, strategico e tecnico, che tramite specifiche abilità sia teso:

- a **mantenere la relazione, il contatto** con il paziente pur in presenza di elevate resistenze
- a **gestire i comportamenti e gli atteggiamenti di resistenza** al cambiamento
- **verifici e monitorizzi lo stato della motivazione** del paziente al cambiamento
- **attivi la motivazione** al cambiamento del paziente, promuovendone la **responsabilizzazione** e l'orientamento ai vari strumenti di cura (farmacoterapia, psicoterapie, qualsiasi altro intervento di cura e riabilitazione)

Da Motivational Interviewing (1983-1991) A Counseling Motivazionale (2009)

§ *Motivational Interviewing*

B. Miller- S. Rollnick negli anni '80-'90 da insieme di tecniche e suggerimenti pratici per condurre un colloquio a vero e proprio modello di intervento in cui spirito, principi e tecniche si compongono in un percorso organico e coerente (filosofia della relazione d'aiuto)

§ *Da Colloquio di Motivazione a Colloquio Motivazionale :*

G. Guelfi, V. Spiller e M. Scaglia importano ed elaborano in Italia il modello (1994) che in un edizione successiva (2004) assume il termine di «colloquio motivazionale», così come è conosciuto e definito in Italia.

Da Motivational Interviewing (1983-1991) A Counseling Motivazionale (2009)

§ *Il Counseling Motivazionale:*

Nel 2009 con la nascita della Scuola Italiana di Counseling Motivazionale l'approccio tecnico del Colloquio Motivazionale diventa, attraverso l'aggiunta in ambito formativo, di un lavoro sulla personale disposizione alla relazione d'aiuto, un vero e proprio stile di counseling.

Counseling Motivazionale

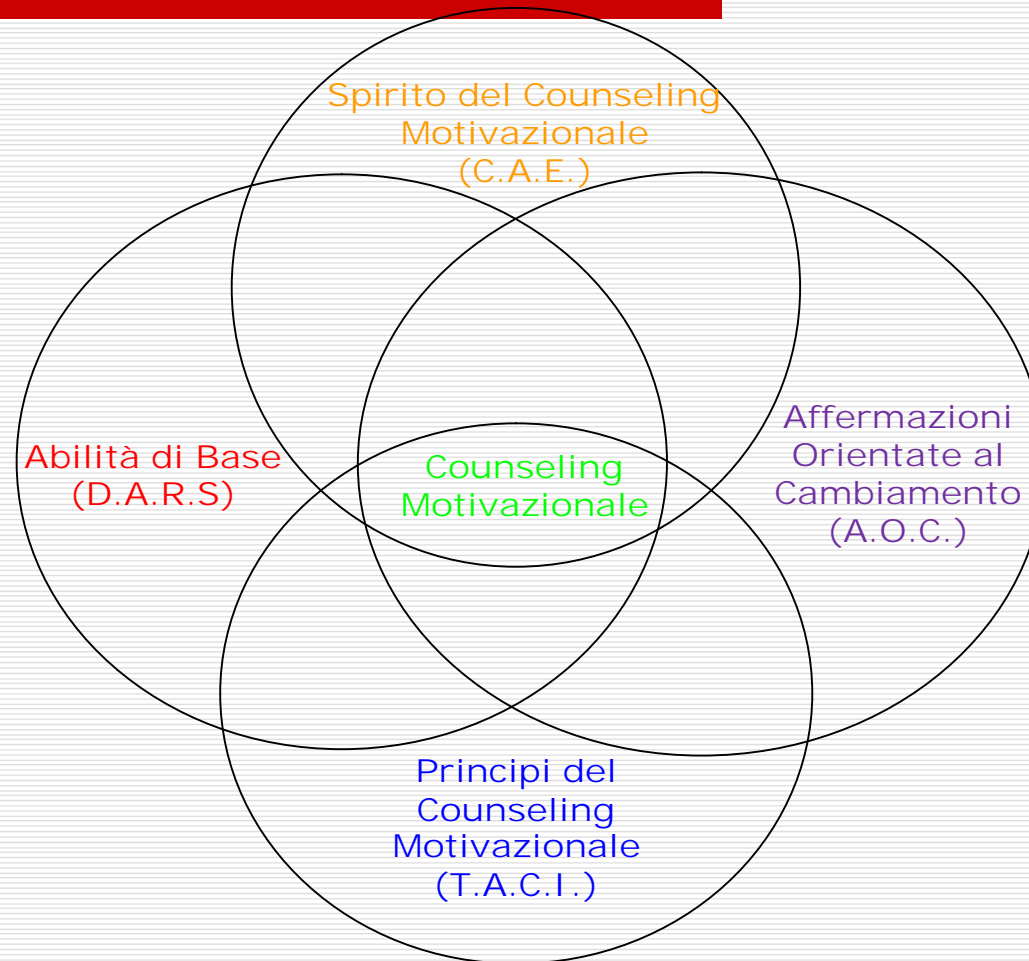
Uno stile di counseling
centrato sul cliente,
orientato,
per affrontare e risolvere
un conflitto di ambivalenza
in vista di un cambiamento
del comportamento

W.R. Miller – S. Rollnick

Counseling Motivazionale

| CONFRONTAZIONE/DIRETTIVITA' | COUNSELING MOTIVAZIONALE |
|---|--|
| Forte sottolineatura della accettazione di sé come portatore di un problema | Sdrammatizzazione della definizione di sé come portatore di un problema |
| L'accettazione della diagnosi è sentita come essenziale per il cambiamento | L'accettazione della diagnosi non è ritenuta essenziale per il cambiamento |
| Enfasi sulla patologia di personalità che riduce le possibilità di scelta personale, il giudizio e il controllo | Enfasi sulla scelta personale e sulla responsabilità nella decisione rispetto al comportamento futuro |
| L'operatore presenta gli indizi del problema nel tentativo di convincere il cliente ad accettare la diagnosi | L'operatore centra il colloquio sul tentativo di far emergere le preoccupazioni del paziente |
| La resistenza è vista come "negazione", una caratteristica di tratto che deve essere contestata | La resistenza è vista come un comportamento interpersonale che l'operatore può influenzare con il proprio approccio terapeutico |
| La resistenza viene fronteggiata con discussioni e correzioni | La resistenza viene fronteggiata con tecniche riflessive |
| Gli obiettivi del trattamento e le strategie per il cambiamento sono prescritte al paziente dell'operatore; il cliente è visto come "in negazione", incapace di assumere decisioni sane | Gli obiettivi del trattamento e le strategie del cambiamento sono negoziate tra paziente e terapeuta, sulla base dei dati e della capacità del paziente di accettarli; coinvolgimento del cliente nella definizione degli obiettivi e loro accettazione da parte sua sono considerati punti vitali |

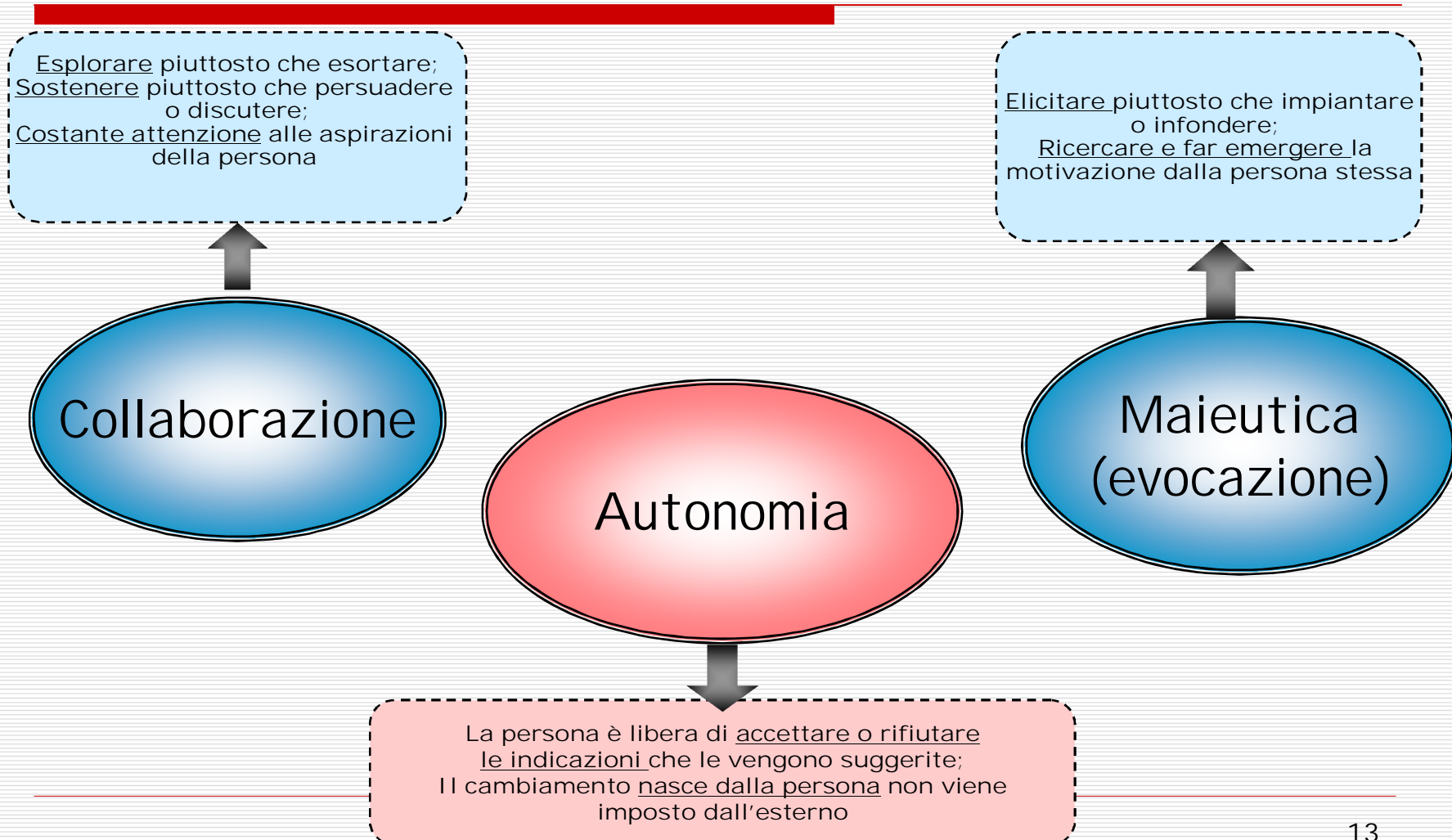
Le componenti il CM



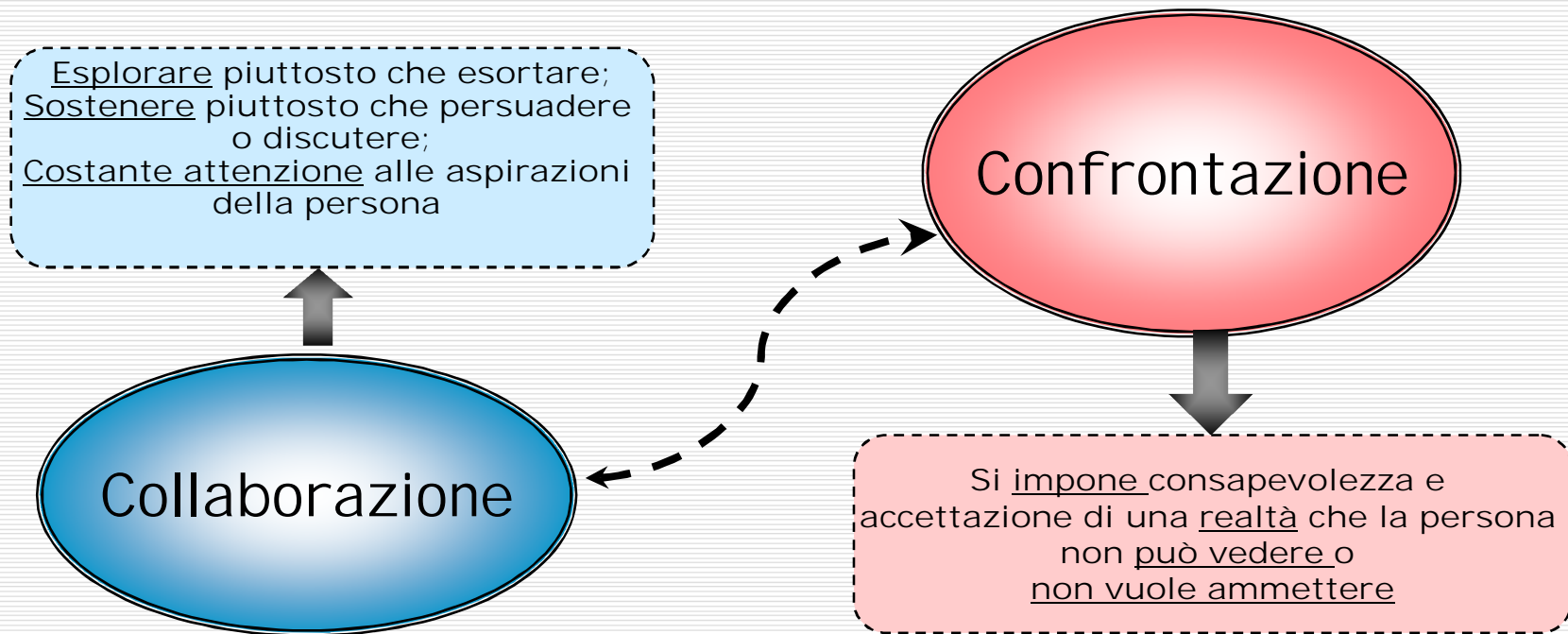
I capisaldi del CM

Accettazione non giudicante
(gestione delle resistenze)
Orientamento
Atteggiamento maieutico

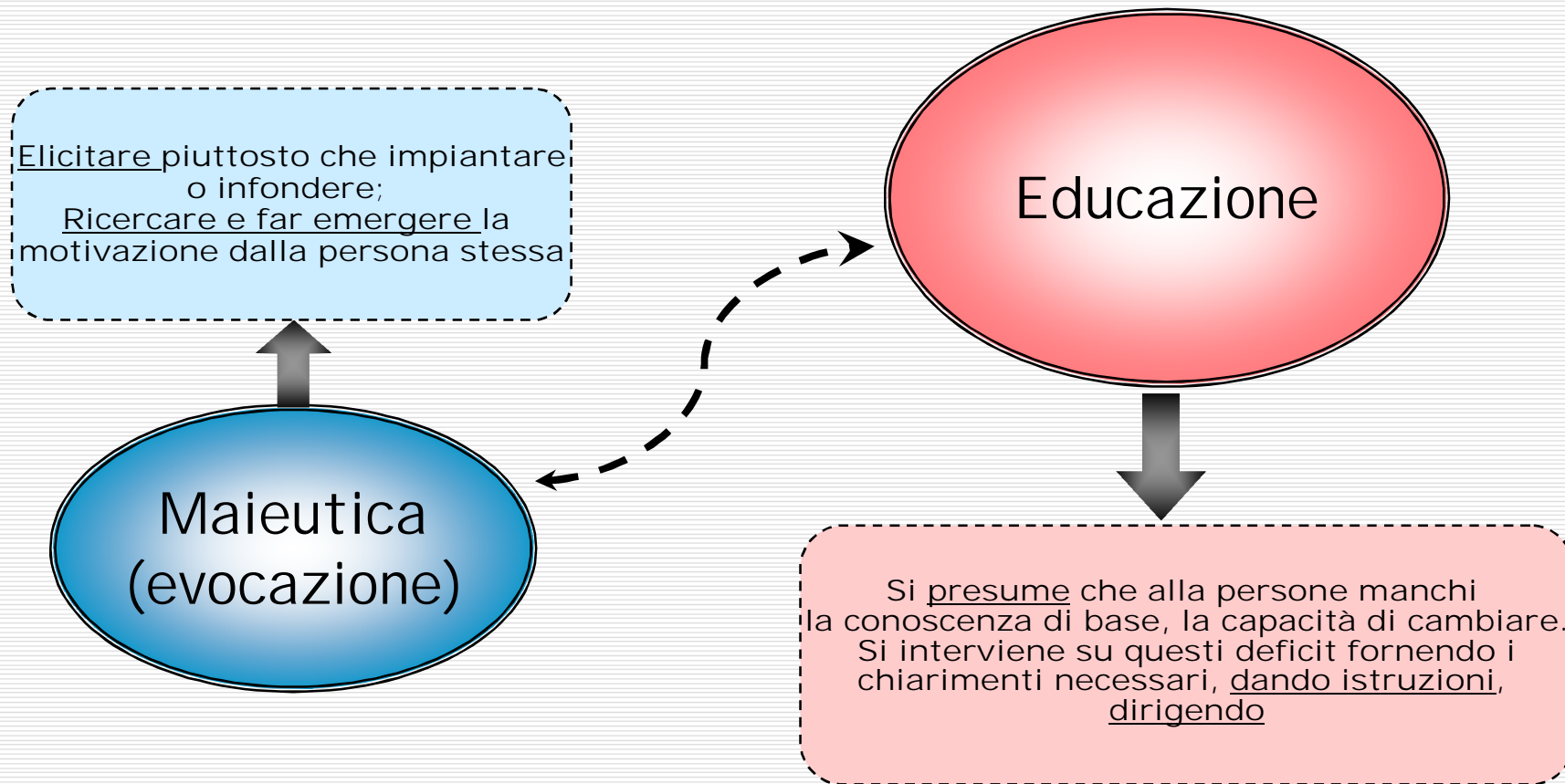
Lo spirito del CM (C.A.E.)



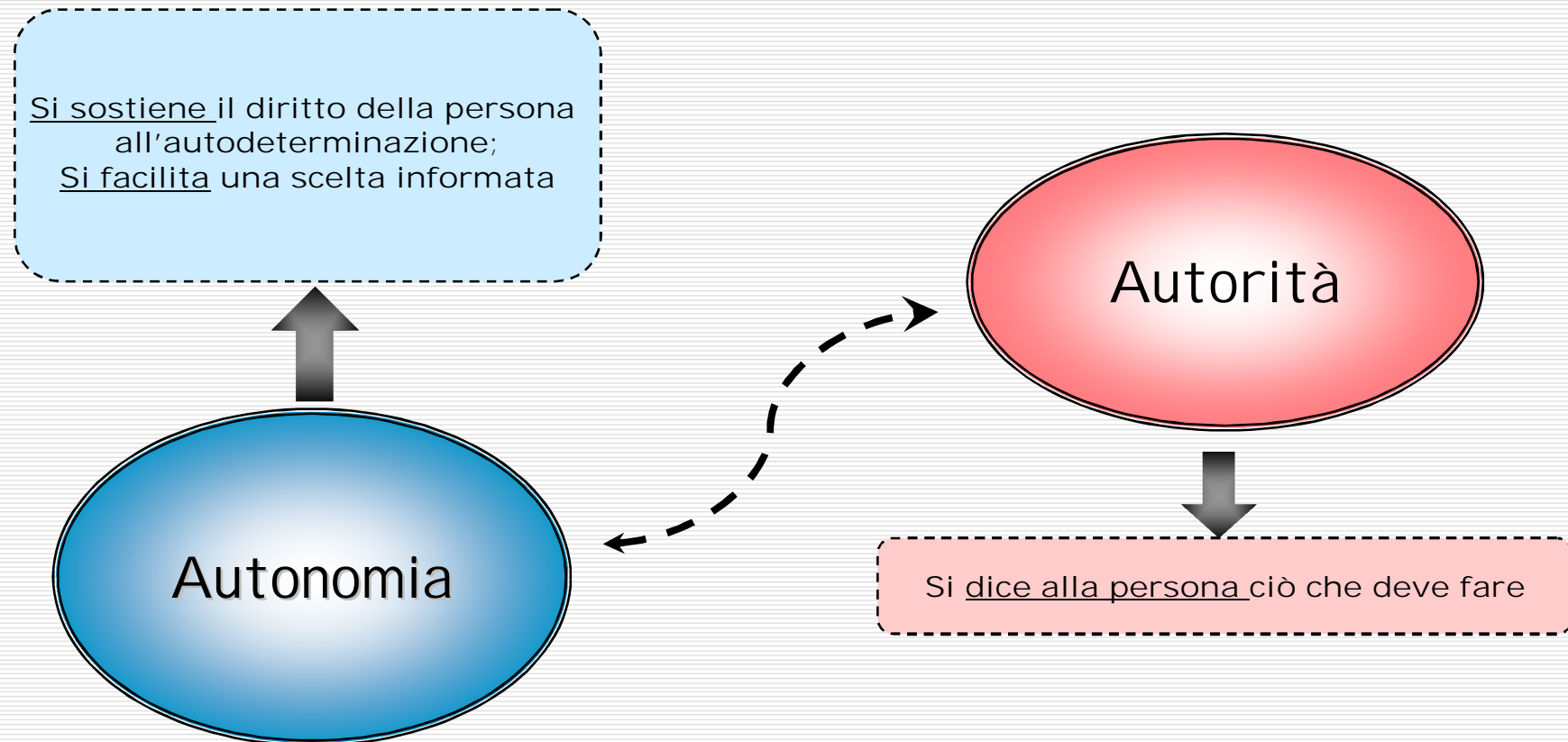
Lo spirito del CM (C.A.E.)



Lo spirito del CM (C.A.E.)



Lo spirito del CM (C.A.E.)



Counseling Motivazionale

“Le persone si lasciano convincere più facilmente dalle ragioni che esse stesse hanno scoperto piuttosto che da quelle scaturite dalla mente di altri”

Blaise Pascal

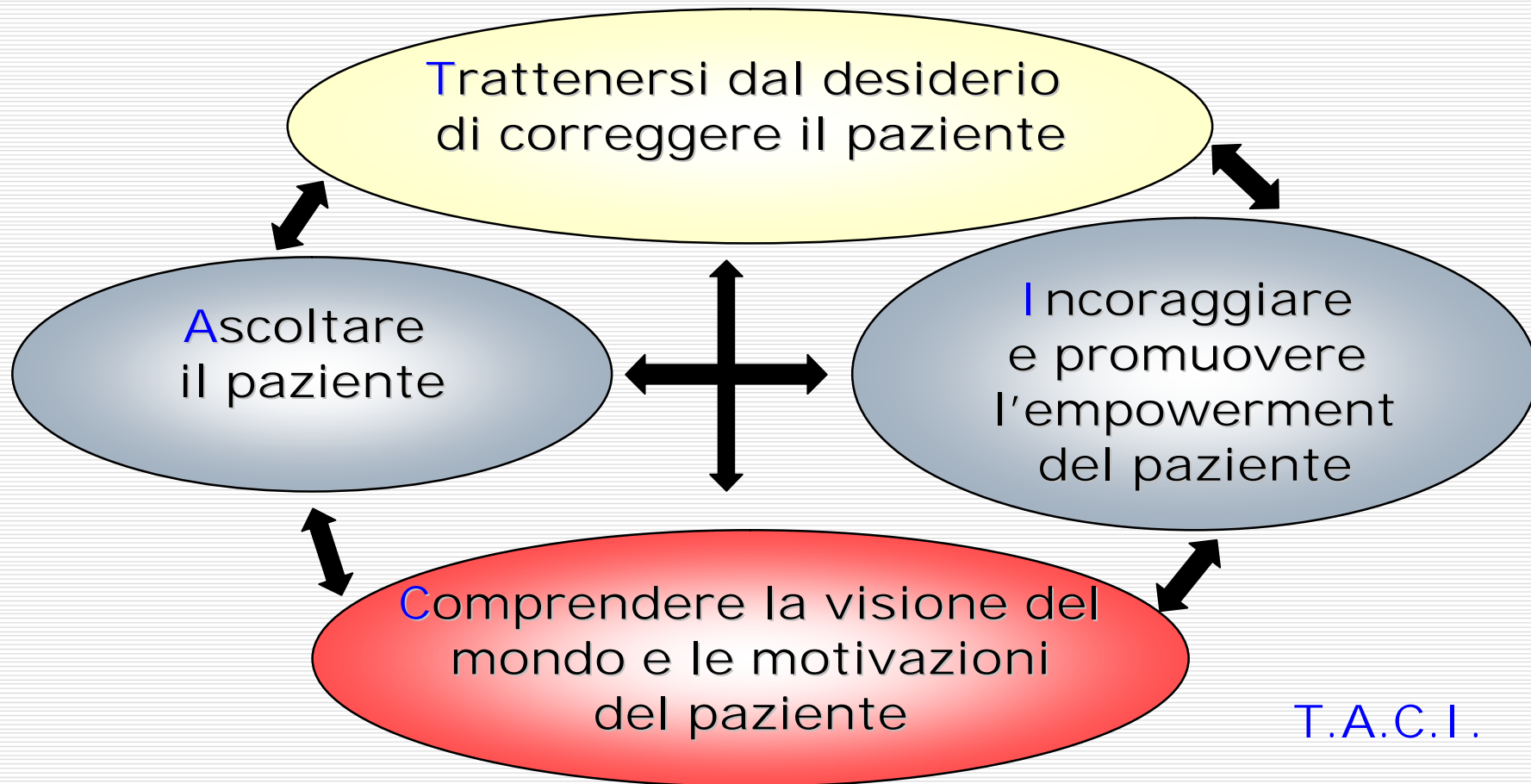
Counseling Motivazionale

“Se si tratta un individuo per quello che è, tale rimarrà.
Ma se lo si tratta per quello che dovrebbe o potrebbe essere,
ecco che questi diverrà
così come dovrebbe o potrebbe essere”

J. W. von Goethe

- Rosengren, Guida pratica al Counseling Motivazionale, 2011, cap 1
- Miller e Rollnick, Il Colloquio Motivazionale, 2004, cap. 4

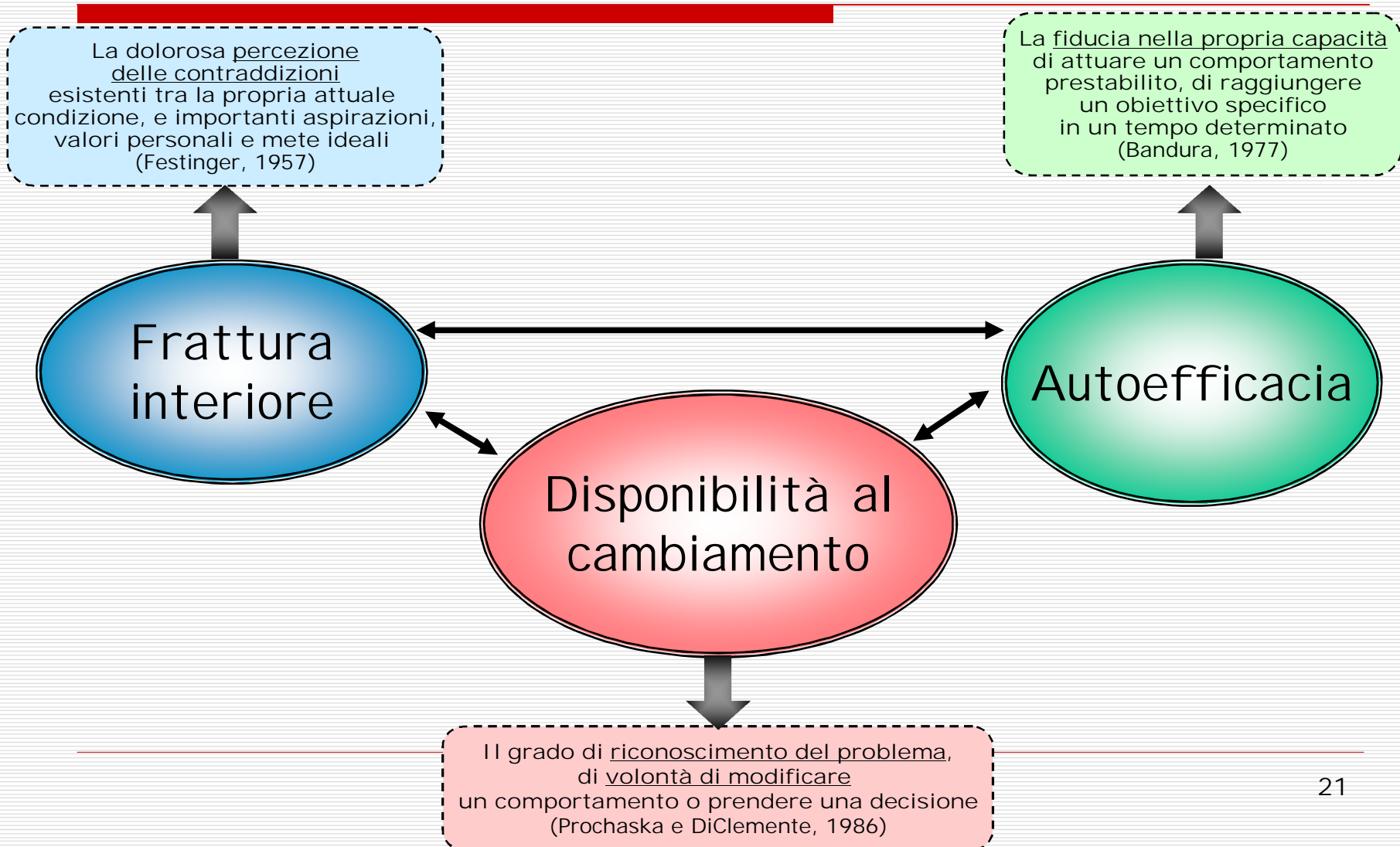
I Principi del CM (T.A.C.I.)



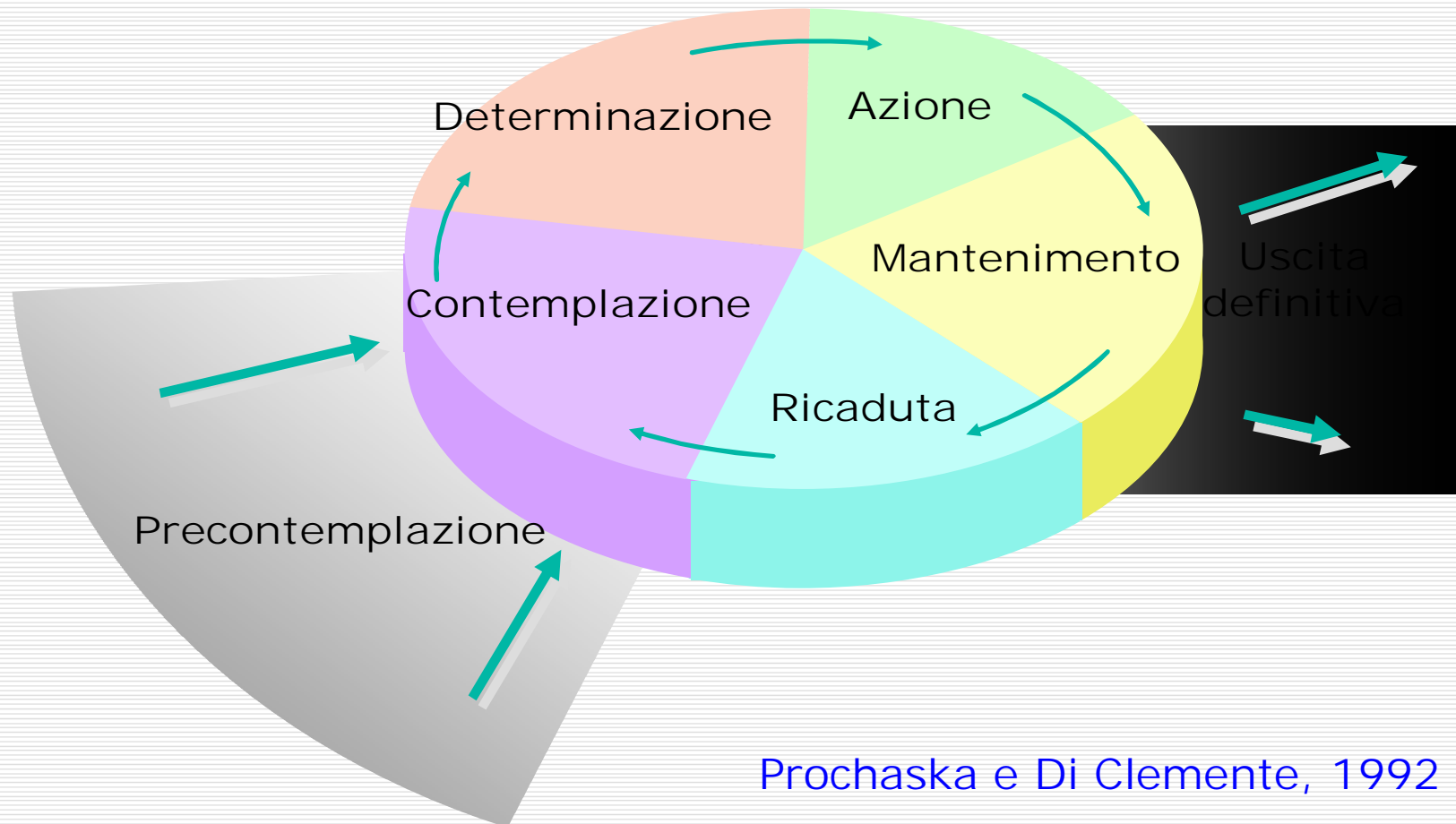
Le Abilità di Base del CM (D.A.R.S.)

- Domande aperte
- Ascolto Riflessivo
- Riassumere
- Sostegno

I Fattori della Motivazione



Gli Stadi del Cambiamento



Prochaska e Di Clemente, 1992

Gli Elementi della Motivazione

Affermazioni Orientate al Cambiamento (A.O.C.)

Preoccupazioni e insoddisfazioni (bisogno)

Riconoscimento del problema (ragioni)

Importanza e valori personali (desiderio)

Fiducia e ottimismo (capacità)

Decisione e volontà (impegno)

Motivazione e Organizzazione nel trattamento dei DGP

Utilizzare un approccio relazionale strutturato (CM) al paziente, strategico e tecnico, condiviso dall'intero Servizio o equipe, tramite specifiche abilità motivazionali può portare a vantaggi organizzativi:

- meglio veicolare il nuovo paradigma di approccio relazionale collaborativo-responsabilizzante vs approccio direttivo
- coinvolgere maggiormente nel trattamento personale (come DBT e MBT etc) indipendentemente da ruolo o professionalità incrementando il grado di motivazione alla cura di pazienti così «difficili»

Motivazione e Organizzazione nel trattamento dei DGP

- aiutare a gestire i comportamenti e gli atteggiamenti di resistenza al cambiamento anche controllando agiti contro transferali da parte degli operatori e prevenendo eventi critici
- linguaggio unitario indipendente dal background formativo degli operatori
- razionalizzazione dell'utilizzo e organizzazione delle risorse in funzione della centratura sul paziente (efficacia vs efficienza)

Per saperne di più.....

§N.I.C.E., *Borderline Personality Disorder: treatment and management*, 2008, *British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists*

§Comitato Scientifico Servizio di Salute Mentale Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri, *Linee di Indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità*, 2013, Regione Emilia Romagna

§B. Miller e S. Rollnick, *Il Colloquio Motivazionale*, 2004, Edizioni Erickson

§D. Rosengren, *Guida Pratica al Counseling Motivazionale*, 2011, Edizioni Erickson

§H. Arkowitz, H.A. Westra, W.R. Miller, S. Rollnick, *Il Colloquio Motivazionale per il trattamento dei problemi psicologici*, 2008, Sovera Strumenti