

IPOTESI E METODI DI STUDIO

# Migliorare l'aderenza al trattamento nelle dipendenze comportamentali attraverso un processo integrato tra motivazione al cambiamento e self-empowerment

Antonello Chiacchio<sup>1</sup>, Rita Di Gennaro<sup>1</sup>, Irene Fabbricino<sup>1</sup>, Lucia Luciana Mosca<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata



## Citation

Chiacchio A., Di Gennaro R., Fabbricino I., Mosca L. L. (2020). Migliorare l'aderenza al trattamento nelle dipendenze comportamentali attraverso un processo integrato tra motivazione al cambiamento e self-empowerment. *Phenomena Journal*, 2, 102-109. <https://doi.org/10.32069/pj.2020.2.76>

## Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

## Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

## Journal manager

Enrico Moretto

## Contatta l'autore

Antonello Chiacchio  
[info.maranto@gmail.com](mailto:info.maranto@gmail.com)

**Ricevuto:** 30 aprile 2020

**Accettato:** 25 maggio 2020

**Publicato:** 30 maggio 2020

## ABSTRACT

The objective of this study is to demonstrate that the self-empowerment process methodology is an essential targeted motivational work for the improvement of the client's adherence - and therefore its therapeutic efficacy - during treatment of behavioral addictions (e.g. compulsive mechanisms such as food in eating disorder and play in pathological gambling).

Eating disorders and gambling are characterized, on a psychopathological level, by compulsive behavior in addiction to a condition of affective-relational ambivalence, induced by intrapsychic conflicts. Both situations lead the affected person to live in an internal torment between two opposite alternatives. In this situation, the patients feel entrapped in a cage, obsessed on a fixed thought of eating or playing, and they often are unable to go out alone or, in case they decide to want to be helped and supported, they struggle to undertake treatment because they are afraid of the change or do not feel any intrinsic motivation. The hypothesis of the study considers motivational work as a useful and functional approach for compulsive addictions. It does not aim to change the patient or teach how to change, however, through a self-empowerment methodology, allows the person to accept their condition, becomes more aware of inconsistencies of his behaviour, and thus undertakes a functional treatment for well-being and health. The theoretical framework is based on Prochaska, Norcross and Di Clemente's transtheoretical model of change, according to which the motivational process of change occurs in six phases and change is seen as a wheel that has to be covered several times before success can be achieved.

The goal of the work on motivation for treatment and empowerment will be an increase in patient compliance and a greater probability of success of the therapy.

## KEYWORDS

**Behavioral addiction, self-empowerment, motivational work.**

## ABSTRACT IN ITALIANO

Questo studio parte dall'idea secondo la quale per migliorare l'aderenza del cliente al trattamento delle dipendenze comportamentali (ad es. meccanismi compulsivi come il cibo, nel disturbo del comportamento alimentare e il gioco, nel Gioco d'azzardo patologico) e quindi l'efficacia terapeutica, è necessario un lavoro motivazionale mirato, utilizzando la metodologia di processo di auto-potenziamento. I disturbi alimentari e il gioco d'azzardo sono caratterizzati, a livello psicopatologico, da comportamento compulsivo e ambivalenza affettivo-relazionale, indotta da conflitti intrapsichici, che portano la persona a vivere un tormento interiore tra due alternative opposte. In questa situazione di ambivalenza, le pazienti si sentono in una gabbia ossessiva focalizzata su un pensiero fisso di mangiare o giocare e spesso non riescono a uscire da sole o, se decidono di voler essere aiutate e sostenute, resistono per avviare il trattamento perché hanno paura del cambiamento o non provano motivazione intrinseca. L'ipotesi dello studio concepisce il lavoro motivazionale come approccio utile e funzionale per le dipendenze compulsive, che non abbia lo scopo di cambiare il paziente o insegnare come cambiare, ma che, attraverso una metodologia di auto-potenziamento permetta alla persona di accettare la propria condizione, guardare le incongruenze del comportamento con maggiore consapevolezza, e così intraprendere un trattamento funzionale per il benessere. Il quadro teorico è la teoria transteoretica al cambiamento di Prochaska, Norcross e Di Clemente, per la quale il processo motivazionale di cambiamento avviene in sei fasi da percorrere più volte prima di poter arrivare al successo. L'obiettivo del lavoro sulla motivazione al trattamento e l'empowerment, sarà un aumento della compliance del paziente e una maggiore probabilità di successo della terapia.

## PAROLE CHIAVE

**Dipendenza comportamentale, self empowerment, lavoro motivazionale.**



Attribution-NonCommercial 4.0  
International (CC BY-NC 4.0)

## 1. INTRODUZIONE

Si può definire la dipendenza patologica [1] una forma morbosa sia fisica che psichica determinata dall'uso disfunzionale di una sostanza, di un oggetto o di un comportamento caratterizzata da un sentimento di incoercibilità, da risposte comportamentali e da un insieme di bisogni compulsivi di assumere la sostanza in modo continuativo o di ripetere comportamenti abitudinari incontrollabili che il soggetto non è in grado di allontanare da sé.

Anche se le ultime versioni del Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali DSM-5 e gran parte dei manuali di psicopatologia, continuano a considerare il concetto di 'dipendenza' riferito in modo esclusivo all'assunzione di sostanze ad attività psicotropa, questa viene sempre più utilizzata anche per identificare e classificare sintomi e sindromi derivanti dallo sviluppo di comportamenti compulsivi che si sviluppano in assenza dell'assunzione di qualsiasi sostanza.

L'interesse dello studio è rivolto in particolare ai disturbi del comportamento alimentare [2] e al gioco d'azzardo patologico [3]. Tali disturbi, come molte dipendenze comportamentali [4], sono caratterizzati sul piano psicopatologico da un comportamento compulsivo e da una condizione di ambivalenza affettivo-relazionale (voglio smettere di giocare ma gioco e voglio guarire ma non riesco a non abbuffarmi). Tale ambivalenza, indotta da conflitti intrapsichici, spesso porta la persona dipendente a vivere in un tormento interiore tra due alternative contrapposte, ciascuna delle quali presenta aspetti positivi attraenti e aspetti fortemente negativi.

### 1.1 Caratteristiche delle dipendenze

Tra i fattori significativi che determinano la condizione di una dipendenza patologica sono da tener presenti le caratteristiche di personalità, la tipologia di famiglia in cui il soggetto vive e forma la sua identità, la presenza di un contesto e uno stile di vita che favorisce lo sviluppo di un quadro psicopatologico rilevante, attraverso il quale i comportamenti compulsivi (con o senza uso di sostanze) sono un modo per compensare vissuti di sofferenze non tollerabili.

Sia le classiche dipendenze da sostanza [5], che le nuove dipendenze [6], presentano aspetti molti simili sul piano delle caratteristiche:

- il craving: l'intenso desiderio ad assumere la sostanza o a ripetere il comportamento compulsivo accompagnato ad un'intensa sofferenza nel caso in cui l'assunzione non avvenga o il comportamento (cibo nel disturbo del comportamento alimentare o gioco, nel gioco d'azzardo patologico) non venga messo in atto;
- l'instabilità dell'umore: inizialmente limitata all'inizio dell'assunzione della sostanza o del comportamento compulsivo, successivamente sempre più generalizzata ed estesa a tutti gli aspetti dell'esistenza;
- la tolleranza: la progressiva necessità di incrementare la quantità di sostanza o il tempo dedicato al comportamento per mantenere e raggiungere gli stessi effetti piacevoli, il quale tende altrimenti a esaurirsi;
- le ricadute: la frequente tendenza a riavvicinarsi alla sostanza o al comportamento

compulsivo dopo un periodo di interruzione;

- il dis-controllo: la progressiva sensazione di perdita del controllo sull'assunzione della sostanza o sull'esecuzione del comportamento;
- l'astinenza: un profondo disagio psichico e fisico quando il soggetto dipendente riduce l'assunzione della sostanza o il periodo dedicato al comportamento;
- il conflitto: la conseguenza dell'uso cronico della sostanza o del comportamento che determina evidenti ricadute sull'adattamento familiare, sociale, scolastico o lavorativo;
- la persistenza: l'esecuzione del comportamento in modo continuo e l'uso della sostanza con elevata frequenza avviene nonostante la progressiva ed evidente associazione con conseguenze negative sempre più gravi;
- I principali fattori di rischio: impulsività, famiglie caotiche con scarsi confini relazionali, devianza sociale, perdita della condizione lavorativa, precarietà della condizione economica, co-morbilità psichiatrica (depressione e personalità dipendente), basso livello di autostima e di autonomia affettivo-relazionale.

## 2. Evidenze della letteratura

La motivazione è definita da Atkinson come “*un insieme di fattori che sollecitano e orientano l'azione individuale ed è caratterizzata da una certa quota di eccitazione che è necessaria per iniziare e portare a termine un'azione [7]*”. Secondo l'approccio psico-fisiologico e la teoria comportamentista, la motivazione si distingue dall'emozione perché essa si colloca più sul versante dello stimolo che della risposta, mentre nell'emozione il sentimento si accompagna all'azione.

Da qualsiasi prospettiva teorica cerchiamo di interpretare questo termine, sembra che la motivazione sia una tendenza o un processo che orienta e rende dinamico un comportamento ed è strettamente correlata ai bisogni dell'individuo, alla consapevolezza di sé, alla capacità di costruire obiettivi o scopi personali. Tale motivazione è ciò che determina di iniziare ad impegnarsi in un compito ed è la scelta di spendere una certa quantità di energie per raggiungere un obiettivo prefissato.

Per costruire una motivazione al cambiamento con i pazienti dipendenti è necessario instaurare una relazione di aiuto che, nel nostro caso, si basa sui principi della teoria Trans-teoretica al cambiamento di Prochaska, Norcross e Di Clemente [8], nata dai principi Rogersiani, dai concetti di Locus of control, Motivazione e Self-efficacy [9] e dal modello di presa di decisioni (bilancia decisionale) di Janis e Mann [10] nonché dalla metodologia del self-empowerment [11] la quale si basa sull'apertura di nuove possibilità di cambiamento e l'aiuto della mobilitazione desiderante.

Il modello trans-teoretico si propone di essere un modello esplicativo completo e multilivello, perché tiene conto sia degli aspetti dinamici e processuali del cambiamento, sia perché è un processo che prevede, e si articola nel tempo attraverso una sequenza di stadi dinamicamente aperti allo stesso cambiamento comportamentale. La metodologia del self-empowerment [12] si focalizza sull'acquisizione di una nuova possibilità personale nel momento in cui il paziente è consapevole dei suoi

processi interni e inizia ad immaginare il cambiamento attraverso una pensabilità positiva.

### **3. Riferimenti neurobiologici e comportamentali**

Le sindromi da dipendenza, comportamentali e da sostanza, potrebbero essere correlate ad un comune processo che deriva dall'alterato funzionamento dei tre sistemi funzionali:

1. motivazione-gratificazione attraverso il quale il soggetto dipendente tende a cristallizzare i meccanismi di rinforzo negativo; le dipendenze, chimiche o meno, rispondono a bisogni significativi sul piano emotivo e umano fungendo da ricompensa psicologica e strumentale;
2. regolazione degli affetti attraverso il quale il soggetto dipendente presenta una progressiva incapacità di tollerare emozioni dolorose, che vengono compensate tramite il comportamento (assume sostanze o attua comportamenti compulsivi);
3. inibizione comportamentale attraverso il quale il soggetto dipendente non è capace di interrompere l'esecuzione di un comportamento palesemente infruttuoso e autodistruttivo [13].

### **4. Obiettivo del lavoro**

L'obiettivo dello studio parte dall'assunto secondo il quale per migliorare l'aderenza al trattamento delle persone con dipendenze comportamentali (es. meccanismi compulsivi), e quindi l'efficacia terapeutica, sia fondamentale fare un lavoro motivazionale dettagliato e mirato, utilizzando la metodologia processuale self-empowerment. I disturbi del comportamento alimentare e il gioco d'azzardo patologico, a livello psicopatologico, sono caratterizzati da un comportamento compulsivo e da una condizione di ambivalenza affettivo-relazionale [14], indotta da conflitti intrapsichici, che spesso portano la persona colpita a vivere in un tormento interiore tra due alternative opposte, che presenta aspetti positivi interessanti e aspetti fortemente negativi. In questa situazione di ambivalenza queste persone dipendenti si sentono in una gabbia ossessiva focalizzata su un pensiero fisso di mangiare o giocare, e spesso non riescono a uscire da sole o, nel caso decidano di voler essere aiutate e sostenute, resistono per intraprendere un trattamento perché hanno paura del cambiamento o non provano nemmeno una motivazione intrinseca per il cambiamento. La nostra ipotesi è che un approccio utile e funzionale nel trattamento di queste dipendenze compulsive sia un lavoro motivazionale che non ha lo scopo di cambiare il paziente o insegnare come cambiare ma che, attraverso una metodologia di auto-potenziamento, può condurre "i pazienti dipendenti" ad accettare la propria condizione, guardare le incongruenze del comportamento con maggiore consapevolezza, e intraprendere un trattamento funzionale per il proprio benessere e la propria salute.

## 5. Materiali e metodi

Il quadro teorico è la teoria trans-teoretica al cambiamento di Prochaska, Norcross e Di Clemente [15], secondo la quale, il processo motivazionale di cambiamento avviene in sei fasi e il cambiamento è un ciclo che deve essere percorso più volte prima di poter avere successo.

Secondo Prochaska [16] e collaboratori, le fasi del cambiamento sono le seguenti:

**Pre-contemplazione:** il paziente non è consapevole di avere un problema, mentre le persone che sono vicine, se ne rendono conto. Senza riconoscimento del problema non ci può essere intenzione di cambiamento (“per quanto mi riguarda quel comportamento non necessita un cambiamento, potrebbe essere un problema per me ma non lo credo veramente”).

**Contemplazione:** il paziente è consapevole del problema ma non s’impegna per cercare una soluzione (“penso di essere pronto per migliorarmi in questa area e stavo prendendo in considerazione l’idea di cambiare quella parte di me”).

**Preparazione:** il paziente è intenzionata ad agire e ricerca attivamente una soluzione, che però non è messa concretamente in atto e inizia a pianificare le azioni (“ho deciso di voler cambiare concretamente il mio comportamento”).

**Azione:** il paziente mette in pratica una serie di attività che richiedono tempo ed energia per modificare concretamente il proprio comportamento (“sto finalmente facendo qualcosa per il mio problema”).

**Mantenimento:** il paziente attua i cambiamenti, che vengono consolidati, ma in questo stadio è ancora possibile una regressione ai precedenti stadi e alle vecchie abitudini (“mi preoccupa il fatto che potrei tornare ad avere il problema che avevo già cambiato”).

**Ricaduta o termine:** il paziente può ricadere e quindi ripartire in una fase contemplativa provando a superare il senso di fallimento dopo aver acquisito la necessaria maturità e la capacità di gestione del comportamento dipendente, non sente quindi più la tendenza a comportarsi come prima e non fa più nessuno sforzo nel prevenire la regressione oppure può maturare una consapevolezza consolidando, rinforzando i cambiamenti e terminando il processo di cambiamento.

Secondo questa teoria, il cambiamento è un ciclo che deve essere percorsa varie volte prima di poter arrivare al successo.

### 5.1 Obiettivi del lavoro motivazionale nelle diverse fasi della ruota del cambiamento

Il fatto che il lavoro motivazionale è ciclico e non lineare, riflette la realtà che in quasi tutti i processi di cambiamento è normale per la persona percorrere il processo un certo numero di volte prima di raggiungere un cambiamento stabile.

Il terapeuta, attraverso un lavoro motivazionale di self-empowerment, che si basa sul riconoscimento delle potenzialità e capacità del soggetto, attiva un’apertura a una nuova pensabilità positiva e una focalizzazione di risorse interne necessarie per sperimentare nuove possibili scelte, può aiutare il paziente a contemplare le conseguenze

del comportamento problematico, consapevolizzare i suoi bisogni emotivi e iniziare una scelta consapevole, che può indirizzare la persona al cambiamento. I tre pilastri del processo motivazionale al cambiamento che il paziente dovrà mettere in atto, sostenuto e facilitato dal terapeuta, sono: la disponibilità (voglio), l'impegno concreto (posso) e l'azione consapevole (faccio) [tab.1]. Tutto ciò implica un lavoro metodologico fatto di domande mirate [17] che siano in sintonia con il paziente e con la fase dello stadio di cambiamento con cui si trova il cliente in difficoltà.

Es. Quello che sta facendo o pensando in che modo la può aiutare? Continuare a comportarsi in questo modo come influisce sulla sua vita di tutti i giorni? A cosa le serve fare questo? In che modo le conviene? Idealmente come vorrebbe che si mettessero le cose? Quali potrebbero essere alcuni aspetti positivi legati al cambiamento? Il lavoro motivazionale si basa sulla consapevolezza dei vari stadi del cambiamento, dagli svantaggi dello status quo fino all'azione consapevole di cambiamento, che poi deve essere mantenuta e rinforzata dal paziente. Gli obiettivi nelle diverse fasi di cambiamento sono:

Pre-contemplazione: aumentare la consapevolezza della problematica;

Contemplazione: comprendere l'ambivalenza tra gli svantaggi della dipendenza e i vantaggi del cambiamento;

Preparazione: aiutare a determinare e rinforzare l'impegno al cambiamento;

Azione: sostenere e valorizzare i cambiamenti effettuati e i successi ottenuti;

Mantenimento: prevenire le ricadute e rinforzare i comportamenti adattivi e i fattori protettivi;

Ricadute: riprendere il processo di cambiamento attraverso il lavoro motivazionale sottolineando che le ricadute fanno parte del cambiamento.

I compiti del terapeuta nelle varie fasi del cambiamento sono:

Pre-contemplazione: costruire la motivazione intrinseca verso il cambiamento (sollevare dubbi, aumentare la percezione del rischio e dei problemi del comportamento attuale, facendo leva sugli svantaggi e i rischi clinici alla salute in cui il pz dipendente va incontro);

Contemplazione: focalizzare i benefici e le conseguenze negative (dove sono e dove vorrei essere, identificare le risorse e promuovere la responsabilità);

Preparazione: rinforzare l'impegno verso il cambiamento (incoraggiare l'impegno ed elaborare obiettivi comportamentali graduali);

Azione: fortificare la relazione di aiuto (strategie per le difficoltà emergenti);

Mantenimento: rinforzare adeguatamente i comportamenti che supportano il cambiamento attuato.

Ricadute o termine: aiutare il paziente sul piano motivazionale a riavviare i processi di contemplazione, preparazione, azione oppure concludere il ciclo di cambiamento.

Si fa un buon lavoro motivazionale quando il paziente dipendente [18]:

- 1) Riconosce ed è consapevole dei rischi del problema legato alla dipendenza;
- 2) Contempla la problematica e inizia a immaginare un possibile cambiamento;
- 3) Definisce degli obiettivi terapeutici personali e si impegna a cambiare;
- 4) Fa emergere i propri bisogni affettivo-relazionali e mette in atto comportamenti

adattivi;

5) Sperimenta la fiducia in sé e nel proprio cambiamento;

6) Tende ad affidarsi agli operatori dell'equipe terapeutica.

### 6. Risultati attesi

Attraverso il lavoro motivazionale integrato (La teoria Transteorica al cambiamento e la metodologia processuale del self-empowerment), ci si attende che possa aumentare l'aderenza al trattamento (un indicatore potrebbe essere la presenza costante alle terapie), l'incremento dell'efficacia della terapia e che il paziente abbia maggiori abilità nel superamento delle ricadute e un incremento di consapevolezza rispetto ad esse.

### 7. Conclusioni

Il paziente che ha una dipendenza comportamentale, affinché possa superare le resistenze al cambiamento [19], e aumentare l'aderenza al trattamento, deve quindi imparare a:

1. Esplorare il significato dei comportamenti e i vissuti che stanno alla base della compulsività;

2. Definire gli obiettivi in termini di desiderabilità, aprendosi a nuove possibilità realistiche;

3. Sperimentare l'azione consapevole e i rischi progressivi elaborando la percezione della fiducia al possibile cambiamento desiderato.

Se il paziente resta nella fase di pre-contemplazione, non riesce a percepire l'importanza del cambiamento, non è in grado di prendere consapevolezza del problema e non si rende conto dei rischi che può portare la dipendenza comportamentale nella sua vita; se invece il paziente passa alla fase contemplativa, grazie alla metodologia del self-empowerment integrata con gli stadi cambiamento, inizia a sentire un'energia motivazionale perché potrebbe prendere consapevolezza dei rischi della dipendenza, e quindi iniziare a collaborare aumentando l'efficacia terapeutica, e soprattutto iniziare un processo di cambiamento consapevole caratterizzato da maggiore fiducia in sé, maggiore affidamento al terapeuta e conseguente maggiore determinazione nell'aderire al trattamento.

Quindi il lavoro motivazionale [20], che si basa sulla consapevolezza dei rischi del problema della dipendenza, sulla possibilità di un cambiamento terapeutico e sull'impegno e l'energia diretta verso comportamenti adattivi del paziente, è un fattore essenziale per aumentare l'aderenza al trattamento [21], per ottenere maggiori esiti terapeutici e una maggiore consapevolezza di eventuali ricadute.

Tabella 1

Svantaggi dello status quo DISPONIBILITÀ <b><u>VOGLIO</u></b>	Vantaggi del cambiamento IMPEGNO <b><u>POSSO</u></b>	Auto-efficacia cosa ti servirebbe per andare da A a B AUTOEFFICACIA <b>FACCIO</b>
---	--	---

## BIBLIOGRAFIA

1. Calamai, G. (2018). *Dipendenze patologiche*. IPSICO, Istituto di psicologia e psicoterapia comportamentale e cognitiva, Firenze
2. Safer, D. L., Telch, C. F., Chen, E. Y., & Barone, L. (2011). *Binge eating e bulimia: trattamento dialettico-comportamentale*. Raffaello Cortina.
3. Caretti, V., & La Barbera, D. (2005). *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore.
4. Cantelmi, T. et al. (2004). "Le dipendenze comportamentali", *Psicobiiettivo XXIV*, n. 2, 13-28
5. Dimauro, P. E., Patussi V. (1999). *Dipendenze*. Manuale teorico pratico per operatori, Carocci editore, Roma
6. Rosemberg, et al. (2015). *Dipendenze comportamentali*. Criteri, evidenze e trattamento. Casa Editrice. EDRA
7. Atkinson, J. (1973). *La Motivazione*. Edizioni il Mulino, Roma
8. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 19(3), 276.
9. Bandura, A. (2000). Autoefficacia: teoria e applicazioni; tr, it Erikson. Trento.
10. Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. Free press.
11. Giusti, E., & Francescato, D. (1999). Empowerment e clinica. *Integrazione di tecni-che per l'autopotenziamento*. Roma: Edizioni Kappa.
12. Brusaglioni, M. (2007). Persona empowerment. *Poter aprire nuove possibilità nel lavoro e nella vita* (Vol. 15). FrancoAngeli.
13. Marazziti, D., Presta, S., Picchetti, M., & Dell'Osso, L. (2015). Dipendenze senza sostanza: aspetti clinici e terapeutici. *Journal of Psychopathology*, 21, 72-84.
14. Chiacchio, A. (2013). *Tra Crescita Personale ed Evoluzione Professionale. Esperienze, vissuti e Riflessioni di uno psicoterapeuta lucano in memoria del papà Vincenzo.*, Ed. Scientifiche ISM, cap. 3, Motivazione al cambiamento, pp.60-65
15. Prochaska, J. O., & Di Clemente, C. C. (1994). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Krieger Pub Co.
16. Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C., Herzen, M., Miller, P. M., & Eisler, R. (1992). Progress in behavior modification. In *Stages of change in the modification of problem behaviors*. Sycamore Publ Sycamore.
17. Spalletta, E., & Germano, F. (2006). *Microcounseling e microcoaching. Manuale operativo di strategie brevi per la motivazione al cambiamento* (Vol. 5). Sovera Edizioni.
18. Migneault, J. P., Pallonen, U. E., & Velicer, W. F. (1997). Decisional balance and stage of change for adolescent drinking. *Addictive behaviors*, 22(3), 339-351.
19. Giusti, E., & Barbuto, F. (2014). *Cambiamento e resistenza in terapia: l'aderenza veloce al trattamento*. Sovera Edizioni.
20. Rollnick, S. (1994). Il colloquio motivazionale: aumentare la disponibilità al cambiamento. *Guelfi GP, Spiller V.*, "Motivazione e stadi del cambiamento nella tossicodipendenza", *Il Vaso di Pandora*, 4.
21. Majani, G., & Rovetto, F. (2001). *Compliance, adesione, aderenza: i punti critici della relazione terapeutica*. McGraw-Hill.