

Dipartimento di Prevenzione
Direttore: Dott. Luigi Castellone

P.R.P. 2020-2025
PP01 Scuole Promotrici di Salute
PL16 Malattie Croniche Non Trasmissibili: prevenzione,
individuazione precoce e presa in carico.

Corso di Formazione

Il Counseling nutrizionale negli Ambulatori di Dietetica Preventiva



A cura di Simona Novi

Psicologa "PP01 "Scuole Promotrici di Salute"

PRP 2020-2025

SIAN ASL NA 2 Nord

*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

Premessa

Counseling e Motivazione

Il counseling motivazionale rappresenta una delle strategie efficaci di approccio alla modifica degli stili di vita non salutari, anche per quanto riguarda l'ambito dell'alimentazione e dell'attività fisica.

Le evidenze scientifiche attuali dimostrano che per adottare e mantenere uno stile di vita sano ed attivo, ridurre il peso in eccesso e prevenire le malattie croniche associate ad un'alimentazione non salutare e sedentaria, non sono sufficienti né la conoscenza delle regole della corretta alimentazione né le prescrizioni di diete o programmi d'attività fisica regolare. Affinchè si possa realizzare un cambiamento significativo riveste un ruolo fondamentale la motivazione della persona; in quest'ottica, risulta evidente come le abitudini di vita debbano essere frutto di una scelta consapevole, da realizzarsi attraverso un processo di *empowerment*. Pertanto, occorre motivare le persone, sia nella scelta iniziale al cambiamento, sia nelle fasi successive del mantenimento.

Cos'è e cosa non è il counseling motivazionale breve

Il counseling motivazionale è una modalità di counseling centrato sulla persona, collaborativo, orientato all'obiettivo con una particolare attenzione al linguaggio del cambiamento. E' finalizzato ad affrontare l'ambivalenza e a rafforzare la motivazione e l'impegno propri della persona verso uno specifico cambiamento comportamentale, attivandone ed esplorandone le ragioni per la persona. Non consiste in una tecnica per convincere il paziente, non è il consiglio che l'esperto dà all'inesperto, corrisponde invece in un'alleanza a fini terapeutici tra cliente e operatore che attraverso l'ascolto attivo e l'adozione di uno stile empatico, non giudicante e riflessivo, serve ad esplicitare le richieste, verificare le possibilità e le risorse per il cambiamento, pertanto, fornisce sostegno in un cammino, che può rivelarsi, lungo e difficile.

Il counseling motivazionale non corrisponde ad una tecnica ma ad un modo di essere in relazione, un atteggiamento, un abito, uno stile di relazione contraddistinto dagli elementi di seguito descritti:

- 1) **La tolleranza:** è un sentire che consiste nel non condannare o disprezzare l'altro per la condizione che presenta; *consiste nello stare con la differenza*, sia essa di comportamento, di visione;
- 2) **Il non giudizio:** consiste nel non esprimere i propri giudizi morali, gli ideali e la propria visione delle cose, in particolare nel non far dipendere da quest'ultime le decisioni circa il percorso di counseling;
- 3) **L'empatia:** *“mettersi nei panni dell'altro come se fossero i tuoi”*...questo vuol dire che l'operatore si rappresenta nel proprio mondo interiore, la condizione emotiva, cognitiva ed esistenziale della persona, provando il suo vissuto ma senza confondersi con quello della persona; le restituisce tale vissuto con commenti e pensieri che ritiene più adatti ad esprimere ciò che ha percepito della persona.

Empatia/Simpatia/Collusione/Ipocrisia

Empatia: Comprendere le emozioni e la situazione dell'interlocutore. Mettersi nei panni dell'altro, senza giudicarlo.

Simpatia: Provare gli stessi sentimenti, opinioni, essere affini con l'altro, “trovarsi bene”.

Colludere: Accettare opinioni o emozioni dell'altro facendosi trascinare, rendendosi complice

Ipocrisia: Atteggiamento manipolatorio basato sulla falsità del comportamento per ottenere un vantaggio o un riconoscimento

- 4) **La collaborazione:** con ciò si intende la tendenza da parte dell'operatore di “spogliarsi” della sua autorità e di praticare un'esplorazione insieme alla persona, delle alternative al comportamento problematico invece di praticare un'imposizione autorevole delle proprie alternative;
- 5) **L'atteggiamento maieutico:** consiste in un atteggiamento evocativo e non impositivo, l'operatore è chiamato a tirar fuori dalla persona ciò che in essa già risiede, anche se non è consapevole, in merito a risposte, soluzioni e percorsi attraverso i quali affrontare la situazione problematica;

- 6) **L'autonomia:** è insito nello spirito del counseling motivazionale la possibilità di scelta da parte della persona di cambiare così come anche di non cambiare; costringere la persona a quello che dovrebbe fare per stare meglio, seguendo i dettami autorevoli dell'operatore è contrario allo spirito del counseling motivazionale;
- 7) **La guida attiva:** l'obiettivo del counseling motivazionale non è neutro rispecchiante o confermando la posizione del soggetto, l'obiettivo è quello di introdurre nella vita della persona la prospettiva del cambiamento, tenendo empaticamente conto dei vissuti e della prospettiva della persona

Il modello dei 6 fattori del cambiamento

Alla base del counseling motivazionale sussiste un modello di cambiamento secondo cui esso si origina dall'interazione di sei fattori: disponibilità al cambiamento, stabilizzazione, frattura interiore, importanza, autoefficacia e tentazione.

- 1) **La disponibilità al cambiamento:** corrisponde al grado di consapevolezza del problema e dei vantaggi del cambiamento, alla volontà di modificare un comportamento o prendere una decisione e intraprendere passi nella direzione del cambiamento. Tale costrutto origina dal *Modello Transteorico di Prochaska e DiClemente*. Secondo tale modello, il cambiamento non corrisponde ad un fenomeno del tipo "tutto o nulla", ma consiste in un processo graduale, ciclico e progressivo che attraversa stadi specifici, caratterizzati da diversi gradi di disponibilità al cambiamento. Gli stadi corrispondono a: Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione, Azione, Mantenimento e Ricaduta.
- 2) **La stabilizzazione** è un costrutto che indica il grado di radicamento e integrazione del nuovo comportamento assunto nella condotta globale della persona e nel senso del sé. Anche questo costrutto è connesso al *Modello Transteorico di Prochaska e DiClemente*.
- 3) La concettualizzazione del costrutto di **frattura interiore** deve le sue origini alla teoria della dissonanza cognitiva di Festinger e alla teoria della neodissonanza di Steele e Liu.
Per frattura interiore si intende la dolorosa percezione delle contraddizioni esistenti tra l'attuale condizione del soggetto ed importanti aspirazioni, valori, mete personali. Equivale alla consapevolezza del conflitto che si pone quando la situazione attuale restituisce una definizione di sé incompatibile con la propria immagine di sé. In altre parole consiste nel conflitto che si pone tra come il soggetto al momento si rappresenta e quello a cui tende, ossia quello che vorrebbe essere. **Se tale differenza è nulla non si attiva nessun processo interiore; se invece la differenza è consistente e dolorosa per l'interessato, allora si assiste ad un'attivazione interiore. Tale attivazione, nel caso favorevole, potrà dare origine ad un nuovo comportamento, mentre nel caso sfavorevole, può dar vita a meccanismi di difesa che riducono il conflitto, lasciando alterato lo status quo comportamentale.**
- 4) **L'importanza** è il valore attribuito dal soggetto ai comportamenti corretti che traducono i suoi obiettivi e principi guida.
- 5) Secondo la definizione di Bandura (1977) il costrutto di **autoefficacia** corrisponde alla fiducia che un individuo ripone nella propria capacità di attuare un comportamento prestabilito. Ne deriva che, chi possiede una bassa autoefficacia per un determinato compito, tenderà a diminuire gli sforzi e ad abbandonare l'attività in questione.

Mentre chi possiede un livello superiore di autoefficacia tenderà ad esercitare uno sforzo maggiore per raggiungere l'obiettivo che si è prefissato. Alti livelli di autoefficacia percepita corrisponderanno con alti livelli di impegno profuso e di fiducia nella possibilità di attivazione di quel comportamento con conseguenti maggiori livelli motivazionali.

- 6) La **tentazione** corrisponde all'attrazione esercitata dall'oggetto ossia alla percezione da parte del soggetto, del comportamento disfunzionale come la migliore soluzione trovata ad una condizione di disagio.

Le tecniche di base del counseling motivazionale breve

Il modello concettuale del counseling motivazionale sostiene che il cambiamento è reso più probabile da un certo stile relazionale dell'operatore e da certe tecniche di colloquio consistenti nell'attivazione da parte dell'operatore della verbalizzazione della persona riguardante gli argomenti del cambiamento.

L'operatore dovrà: 1) esprimere empatia 2) utilizzare la frattura interiore 3) sostenere l'autoefficacia.

1) Esprimere empatia

Rogers definisce l'empatia come: *la capacità di sentire il mondo più intimo dei valori personali del suo cliente come se fosse proprio, senza mai perdere la qualità del "come se"*. Ciò significa, ad esempio, essere in grado di sentire lo stato d'animo del paziente, come se fosse proprio, mantenendo al contempo, il confine tra sé e l'altro, senza annullare la distanza, senza che questi momenti del paziente, si confondano coi propri.

Detto in altri termini, l'empatia implica la capacità di mettersi al posto dell'altro, di vedere il mondo coi suoi occhi, mantenendo una sufficiente separazione fra "sé" e "l'altro da sé". L'empatia permette alla persona di sentirsi accolta e di manifestarsi fin da subito con maggiore evidenza. L'empatia costituisce uno spazio protetto, una relazione in grado di garantire alla persona il contatto e l'elaborazione con parti difficili di sé. Una delle strategie che si utilizza al fine della costruzione di un clima empatico col paziente, è l'**ascolto attivo**. *"Per ascoltare veramente è necessario sospendere i vostri programmi, dimenticarsi di ciò che potreste dire dopo e concentrarsi nell'essere un veicolo ricettivo per l'altra persona. Ascoltare genuinamente significa mettere da parte ricordi, desideri, e giudizi e, almeno per qualche momento, esistere in funzione dell'altro"*. Come si evince da queste parole, mettersi in una condizione di ascolto, vuol dire rivolgere il proprio interesse verso il paziente, evitando qualsiasi fonte di distrazione, e favorendo un clima di reciproca fiducia. Ascoltare vuol dire essere presenti, cogliere soprattutto il *non detto*, ovvero quella parte della comunicazione che il paziente omette di dire, accogliere la sofferenza, essere scevro da pregiudizi, evitando ogni interpretazione gratuita e soggettiva. **L'ascolto attivo** aiuta sia i professionisti che i pazienti, a concentrarsi sul punto di vista dell'altro, esso, può essere innescato attivando canali comunicativi bidirezionali che facilitano flussi di scambio di informazioni utili e processi partecipativi. E' ampiamente basato sull'empatia e sull'accettazione del punto di vista dell'altro, in modo da creare una relazione positiva e non un approccio giudicante, dove ogni forma di giudizio, relativo al contenuto di quanto il paziente va dicendo, sarà sospeso.

2) **Utilizzare la frattura interiore**

Come già in precedenza espresso, la frattura interiore descrive la differenza che si crea tra la percezione della persona relativa al "dove sono" e la visione relativa al "dove vorrei essere". Utilizzare la frattura interiore, significa trasformarla in una risorsa, ossia, aiutare il paziente a riconoscere quanto i suoi valori non si riflettano nel suo comportamento.

3) **Sostenere l'autoefficacia**

Sostenere l'autoefficacia significa incoraggiare la percezione del paziente di poter cambiare il proprio comportamento. Nel farlo, occorre non cadere nella rassicurazione e nella minimizzazione delle difficoltà. Ecco di seguito un esempio "*Lei ha mostrato in quella situazione, in passato, una certa forza e coraggio che mi fanno pensare che ora può farcela. Cosa l'ha aiutata in passato?*"...

Quali sono le abilità di base attraverso le quali è possibile l'applicazione dei tre elementi sopra descritti? Come bisogna interloquire col paziente? Quali sono le tecniche attraverso le quali si struttura la relazione?

- Ascolto riflessivo
- Domande aperte
- Riassumere
- Sostenere e confermare
- Evocare affermazioni orientate al cambiamento

L'ascolto riflessivo:

Gli obiettivi dell'ascolto riflessivo consistono:

- a) Da un lato, nel fatto che l'operatore arrivi a rappresentarsi il vissuto e l'identità dell'interlocutore per la parte che interessa la problematica da gestire col trattamento;
- b) Dall'altro, che il paziente riceva una ridefinizione della propria situazione e del proprio problema.

In altre parole, nel termine "ascolto riflessivo", il termine *riflessivo*, si riveste di un doppio significato. Nella prima accezione riflessivo ha la valenza dello *specchio* ossia l'operatore restituisce alla persona materiale che è suo. Nella seconda accezione, con riflessivo si intende *sistema mentale* ossia l'operatore restituisce alla persona, l'elaborazione mentale della sua comunicazione. Questi due significati del termine riflessivo sono sempre presenti. Tuttavia è possibile utilizzare forme di ascolto riflessivo dove prevale la prima accezione del termine oppure la seconda. Le modalità di ascolto riflessivo consistono in: la ripetizione semplice, la parafrasi, la riformulazione e la riflessione del sentimento. Le prime modalità sono maggiormente indicate all'inizio della conoscenza del paziente oppure in situazioni di crisi, di conflitto e di difficoltà. Mentre le forme più evolute dell'ascolto riflessivo, fanno riferimento alle fasi più avanzate del colloquio, quando l'alleanza terapeutica è già stata costruita. Di seguito una descrizione dettagliata delle quattro modalità attraverso le quali si realizza l'ascolto riflessivo.

- **La ripetizione semplice** molto indicata nelle fasi iniziali del colloquio, quando è importante avviare il contatto con la persona, senza essere troppo invadente. Essa consiste in un modo discreto, non intrusivo di spingere la persona a parlare
- **La parafrasi** consiste nel riproporre la frase della persona utilizzando in modo opportuno, sinonimi e parole di significato affine
- **La riformulazione** consiste in una restituzione delle affermazioni della persona, arricchita, in modo mirato, da alcune considerazioni dell'operatore. Di fondamentale importanza, sarà il mantenimento dell'equilibrio e della congruenza, tra affermazioni del paziente e materiale aggiunto dall'operatore
- **La riflessione del sentimento** consiste nel restituire alla persona la descrizione del suo stato d'animo e delle sue emozioni del momento. Dal momento che il paziente potrebbe reagire alla riflessione con una chiusura difensiva, bisogna fare attenzione a commentare solo le emozioni egosintoniche e con almeno iniziali segni di consapevolezza.

Risulta fondamentale sottolineare come, tutti i livelli di ascolto riflessivo debbano essere praticati in forma di affermazione e non di domanda. La forma affermativa rappresenta la costruzione di un ambiente comunicativo di significati condivisi, dove l'operatore accetta le condizioni iniziali descritte dalla persona, senza enfasi e critica.

Le domande aperte: al fine di guidare la persona verso il cambiamento, è importante conoscere e far conoscere al paziente la visione di sé e del problema da cui parte. Le domande aperte come "*in che modo questo rappresenta un problema per lei?*", sono domande alle quali non si può rispondere in maniera sbrigativa oppure con un sì o con un no. Pertanto la finalità che si pongono è quella di incoraggiare l'interlocutore a parlare, a rappresentare la propria situazione e a spiegarsi ulteriormente.

Riassumere: questa tecnica viene utilizzata quando si profila una svolta o periodicamente all'interno del colloquio. Il modo più opportuno per attivare questa tecnica è quella di cominciare con una dichiarazione che renda esplicita l'intenzione di riassumere, includendo affermazioni del paziente che esplicitino il riconoscimento del problema, la preoccupazione per lo stesso e le aspettative ottimistiche orientate al cambiamento. I riassunti sono incisivi e concisi e si concludono con la richiesta di un commento da parte della persona.

Sostenere e confermare: consiste nell'offrire esplicitamente rinforzi positivi e sostegno alla persona. Tale modalità si rivela, particolarmente utile, quando risultano abbassati i livelli di autoefficacia, o la persona presenta difficoltà di esplorazione dell'area problematica. Condizione imprescindibile per la corretta realizzazione di questa modalità consiste nel fatto che l'intervento dell'operatore debba essere fondato su elementi realistici nei quali l'operatore crede, altrimenti, si profila il rischio di incorrere in sottovalutazioni del vissuto del paziente.

Evocare affermazioni orientate al cambiamento: consistono nelle affermazioni della persona in cui sono presenti: *il riconoscimento del problema, la volontà di cambiare, la preoccupazione, la fiducia e l'ottimismo*. Esse consistono in affermazioni che predicano mutamenti comportamentali. Esse aumentano all'aumentare dei livelli di consapevolezza e con l'aumentare della specificità del cambiamento dichiarato; ossia, quando la persona

non si concentra nelle sue dichiarazioni solo su un generico cambiamento di salute ma su obiettivi specifici quali: perdere peso, regolare l'orario dei pasti, aumentare la quantità di certi nutrienti.

Le affermazioni orientate al cambiamento possono emergere in modo spontaneo, utilizzando le abilità di base del counseling motivazionale breve, oppure, utilizzando delle tecniche specifiche quali:

- *Guardarsi indietro*, ricordando il tempo in cui il problema non era presente e invogliando la persona a riflettere su cosa sia cambiato da allora;
- *Guardare avanti*, facendo ipotesi, su come potrebbe essere il futuro se il problema venisse risolto;
- *Esplorare i valori e gli ideali personali* con cui il comportamento problematico entra in contrasto;
- *Utilizzare la bilancia decisionale*, esplorando sia i pro che i contro della situazione attuale sia di un eventuale cambiamento

Gli errori da evitare: le trappole della comunicazione

Cosa si intende quando si parla di *trappole della comunicazione*?

Definiamo trappole della comunicazione delle modalità di interazione che si rivelano inefficaci e disfunzionali; esse rappresentano delle trappole per l'operatore, in quanto, vengono attivate, senza intenzione e senza accorgersene. Attraverso il loro utilizzo, spesso si trasmette, una svalutazione della persona e/o una sopravvalutazione di sé da parte dell'operatore. Tali trappole, producono l'effetto di generare resistenza nella persona e inducono all'adozione di un atteggiamento passivo, entrambe lesive della costruzione dell'alleanza terapeutica. In particolare, **la resistenza**, verso l'operatore ha l'effetto di minare il processo di cambiamento, dal momento che dal punto di vista della persona, la meta appare sgradevole se anche la persona che propone il cambiamento, viene percepita allo stesso modo. **L'atteggiamento passivo** impedisce alla persona di utilizzare le proprie risorse e potenzia il suo disimpegno nel fronteggiare la propria situazione di sofferenza

Tipologia di trappola	Descrizione della trappola	Esempio
Trappola della confrontazione della negazione	L'operatore insiste per il cambiamento; la persona si sente messa alle strette e seppur, superficialmente concorda, poi di fatto si oppone alle proposte dell'operatore, generando un circuito che tende a ripetersi	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Questi sono i primi sintomi del diabete e se non smette di mangiare come mangia, arriverà alla sindrome metabolica o all'infarto ..Non le basta far preoccupare i suoi familiari..? Cosa le serve per convincersi di fare qualcosa? ...</i> • <i>Se lei continua così, la sua situazione fisica si aggrava molto!..</i>
Trappola dell'esperto	Tale modalità si fonda sull'idea che l'operatore conosca già le risposte ai problemi, pertanto tenderà a suggerire strategie ad offrire pareri, avvertimenti, col risultato di non tener conto delle reali capacità e predisposizioni della persona	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Io al posto suo, farei..</i> • <i>Perché lei non prova a ..</i> • <i>Lei si sbaglia e adesso le spiego dov'è l'errore, mi segua nel discorso che sto per dirle..</i>

Trappola dell'investigazione	La consultazione si avvicina ad un interrogatorio, ricco di notizie su fatti, condizioni, situazioni, ma assai lontano dal vissuto della persona	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Da quanto? ..</i> • <i>Quando? ..</i> • <i>Perché?</i> • <i>Come mai non ..? </i>
Trappola dell'etichettatura	Consiste nell'utilizzo di definizioni o terminologie tecniche che nascono dal tentativo di affermare il proprio controllo e la propria competenza ma generano nella persona fastidio e resistenza	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lei è il tipico caso di obesità ..</i> • <i>Ma come può fare una cosa del genere, Lei è incorreggibile..</i>
Trappola della consolazione	L'operatore spinto dal tentativo di sollevare l'umore della persona e consolarla, genera in quest'ultima, la sgradevole percezione che la propria condizione venga sottostimata	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Su, ma non va poi così male..</i> • <i>Ma sì, vedrà che andrà tutto a posto..</i>

Creazione e mantenimento della relazione di cura

La fase iniziale di un colloquio consiste nel *joining*, commenti del tipo: *"è la prima volta che viene qui? ... conosceva questo centro... ha avuto difficoltà a raggiungermi"*, rappresentano dei momenti essenziali per consentire all'altro di sentirsi a proprio agio. In questa fase, come nelle altre, bisogna prestare molta attenzione, non solo al linguaggio para- verbale e non verbale, ma anche, al linguaggio degli oggetti. Ad esempio, sarà utile, evitare di interporre tra sé ed il paziente un pc, questo oggetto interposto, crea distanza emotiva e diventa un ostacolo alla costruzione della relazione; sarebbe più utile, posizionarlo di lato al clinico ma non tra operatore sanitario e paziente. Un ulteriore suggerimento, utile in questa fase, al fine della costruzione di un clima di fiducia, è quello di guardare il paziente negli occhi, evitando di scrivere senza guardarlo. Laddove bisognerà scrivere, sarà necessario comunicare con il paziente, preannunciandogli che si annoteranno, le notizie cliniche rilevanti per un adeguato inquadramento e per poterlo assistere al meglio.

Molto importante sarà il momento della comunicazione pre- verbale; in quest'ambito, sono state identificate diverse modalità di stretta di mano, ne riportiamo alcune:

- **La stretta di mano con braccio teso**, è da evitare, in quanto trasferisce all'altro un senso di fastidio e di disagio, in contraddizione con il gesto di comunione e scambio che la stretta di mano rappresenta;
- **La stretta di mano scivolosa**, con la mano umidiccia, tipica della persona emotiva, potrebbe essere indicativa di un soggetto ansioso ed emotivo;
- **La stretta di mano stritolatrice**, esprime un desiderio di dominio sull'altro;
- **La stretta di mano sfuggente**, tipica di chi ritira la mano, prima che sia avvenuto il contatto, genera un'impressione estremamente negativa, identificando un eccesso di chiusura, da evitare;
- **La stretta di mano inclinando la testa da un lato**, può essere spesso percepita, dalla persona che stiamo salutano come un segnale di sospetto e pregiudizio nei suoi confronti, come se bastasse un piccolo cambio di prospettiva, per capirla meglio o svelarne qualche aspetto che ci lascia dubbiosi: da evitare.

Una parte molto importante della **comunicazione non verbale** è rappresentata dal viso e dalle sue espressioni; il sorriso per esempio, rappresenta un invito all'avvicinamento, al

contrario dell'espressività della noia e della rabbia, che sono emozioni distanzianti. In termini operativi, affinché si realizzi la fase di accoglienza è necessario che l'operatore, **presti attenzione** al paziente, concentrandosi sia su quanto il paziente dichiara con le parole, non tralasciando, quanto esprime con il corpo e con le diverse tonalità della voce, incluse, le pause e i silenzi. Il saper "prestare attenzione" rappresenta un pre-requisito fondamentale per la costruzione della relazione. L'accoglienza deve realizzarsi attraverso una conversazione guidata, caratterizzata da una comprensione empatica, durante la quale paziente e operatore, si scambiano idee, emozioni e informazioni per raggiungere, nella successione delle varie fasi e sulla base di un accordo profondo ed equilibrato, obiettivi concreti e realizzabili.

Il Modello Transteorico: caratteristiche e struttura del modello

Il Modello Transteorico si propone di essere un modello esplicativo completo e multilivello in quanto tiene conto degli aspetti temporali e dinamici del cambiamento. L'originalità del modello consiste appunto nel non considerare i precursori, gli antecedenti del cambiamento ma solo il suo divenire nel tempo. Infatti tale modello definisce il cambiamento comportamentale come un processo dinamico che avviene secondo una sequenza ciclica, dove il progresso da una fase all'altra è guidato da 10 processi specifici. Gli assunti di base del Modello Transteorico sono:

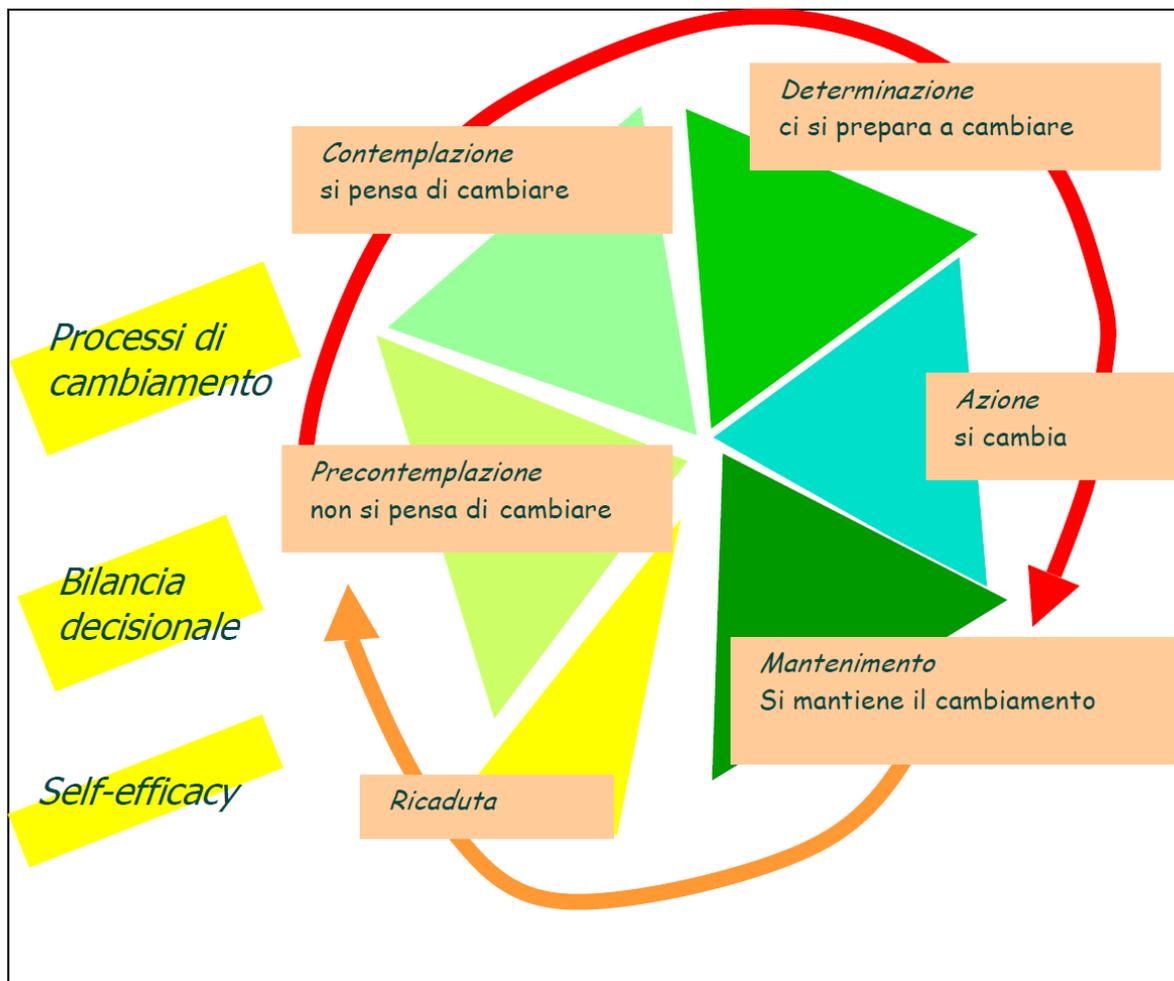
- ✓ non è sufficiente una singola teoria per spiegare la complessità del processo di cambiamento. Un modello adeguato può nascere solo dall'integrazione tra le principali teorizzazioni in ambito psicologico;
- ✓ il cambiamento comportamentale è un processo che si articola nel tempo attraverso una sequenza di stadi;
- ✓ gli stadi sono stabili e aperti, come i fattori di rischio comportamentale sono stabili e nello stesso tempo aperti al cambiamento
- ✓ la maggior parte dei soggetti appartenenti ad una determinata popolazione a rischio non sono pronti per una fase di determinazione o di azione verso il cambiamento e per questo motivo i tradizionali programmi preventivi orientati all'azione risultano inefficaci
- ✓ per ogni stadio di propensione al cambiamento vanno applicati specifici processi e specifici principi di modificazione comportamentale.

Gli stadi del cambiamento

Gli stadi del cambiamento rappresentano sia il periodo sia la descrizione delle caratteristiche comportamentali del soggetto. L'individuazione o assessment della fase in cui il soggetto si trova viene fatta tenendo in considerazione l'intenzione di modificare il comportamento nel periodo di tempo dei 6 mesi successivi al momento della valutazione. Esistono diversi strumenti per l'assessment della fase in cui un individuo si trova in un determinato momento della sua vita, rispetto ad un determinato comportamento: si tratta in maggior parte di scale, questionari, algoritmi, a cui si associano altri strumenti che valutano fattori correlati (es. URICA misura gli atteggiamenti verso un certo comportamento; RUNG misura la "readiness to change"; ecc.). E' chiaro che tali strumenti non sono utilizzabili sempre e in qualsiasi circostanza: bisogna individuare quelli più adatti per quel tipo di persona, per quel tipo di situazione, ecc. Esempi in lingua inglese sono disponibili sul web del laboratorio HABITS, istituito all'interno del Dipartimento di psicologia

dell'università del Maryland in Baltimora e coordinato dallo stesso prof. DiClemente. (<http://www.umcb.edu/psyc/habits/TTM-O.html>). Rispetto ai tempi, occorre tenere presente che per adottare un nuovo comportamento occorrono in media dai tre ai sei mesi, mentre perché il cambiamento attuato diventi parte della vita del soggetto (ad esempio affinché una persona arrivi a non poter fare a meno della razione di frutta giornaliera o del contorno di verdura, o affinché una persona non possa fare a meno dell'attività fisica in settimana) occorre un periodo da 1 a 2 anni. Nella progettazione questi tempi vanno tenuti in considerazione (*almeno quelli del cambiamento, quindi da tre a sei mesi*) perché, se non considerati, rischiano di inficiare la qualità dell'intervento stesso e le sue possibilità di consolidamento nel tempo. Il progresso da uno stadio all'altro è guidato da processi specifici per ogni stadio e dagli altri fattori del cambiamento; il cambiamento è determinato dal modo tecnico con il quale la condizione motivazionale viene trattata.

Figura 1 Gli stadi del cambiamento



Gli stadi sono:

Precontemplazione:

in questa fase la persona non ha consapevolezza del problema relativo al proprio peso (ad es.) o pur vedendolo non lo ritiene significativo.

I pazienti in fase di *precontemplazione* spesso presentano alcune delle caratteristiche sotto elencate:

- o non arrivano da soli alla visita, ma sono accompagnati
- o spesso sono inviati da uno specialista o da un altro medico
- o dal punto di vista emotivo, si presentano come sfuggenti, diffidenti, chiusi, razionalizzanti (ritengono di sapere già tutto a proposito della situazione problematica), riluttanti, hanno un atteggiamento di delega, non ritengono di avere un reale problema, ribelli
- o Di solito i soggetti in questa fase evitano di leggere, parlare o pensare al comportamento a rischio
- o Sono i cosiddetti soggetti non motivati o resistenti al cambiamento.

Obiettivi della fase di precontemplazione

Il basso livello di motivazione di tali pazienti deve indurre l'operatore ad "abbassare il tiro"; il suo intento, non sarà quello di proporre un trattamento, ma di sollevare dubbi, dando massima attenzione alla relazione, rispettando la condizione motivazionale della persona e usando l'empatia come costituente essenziale della relazione di cura.

Cosa evitare in questa fase:

- evitare di persuadere,
- evitare di incorrere in dispute, discussioni, giudizi, critiche, ammonimenti
- attenzione alla trappola dell'esperto
- evitare di precorrere i tempi non rispettando quelli propri della persona

Intervento, tecniche e strategie da applicare in questa fase:

1. Attivare un relazione accogliente e mantenere il contatto (l'individuo potrebbe tentare di modificare il suo comportamento in un periodo successivo, e quindi ritornare)
2. Evocare il riconoscimento del problema ed eventuali preoccupazioni
3. Avere il permesso del paziente di fornirgli informazioni sulla problematica che presenta o rischia

Come?

- Applicando un approccio informativo, che insinui dei dubbi circa l'adeguatezza delle proprie abitudini e solleciti la riflessione personale
- Esplicitando le reazioni emotive emerse sul mantenimento dello status quo o del cambiamento (**attivazione emotiva**)
- Esplorando le conoscenze e le opinioni del soggetto con applicazione dell'ascolto attivo
- Fornendo informazioni ma solo "a piccole dosi" e se c'è il consenso da parte del soggetto

Contemplazione

il soggetto si trova in una posizione di ambivalenza, infatti, sebbene da una parte, cominci ad apparire consapevole di adottare una condotta disfunzionale, presenta tuttavia, un forte attaccamento al comportamento scorretto. Tuttavia si mostra predisposto a prendere in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento, considerando i vantaggi di uno stile di vita più funzionale e sano. In questa fase, il soggetto è consapevole dei pro e dei contro del cambiamento e questo può causare una situazione di forte ambivalenza che lo può far rimanere in questa fase anche per lunghi periodi di tempo ("contemplazione cronica" o procrastinazione).

Obiettivi della fase di contemplazione

- Particolare attenzione ai fattori del cambiamento: (aumentare la consapevolezza, elaborare la frattura interiore, aumentare l'autoefficacia, lavorare sull'importanza e sulla tentazione)
- Accogliere e Comprendere l'ambivalenza, usandola senza contrastarla

Intervento, tecniche e strategie da applicare in questa fase:

Le tecniche che maggiormente si utilizzano in questa fase sono 1) la bilancia decisionale 2) l'autorivalutazione 3) la rivalutazione ambientale 4) il monitoraggio alimentare e dell'attività fisica

- 1) Tecnica privilegiata** in questa fase è la **bilancia decisionale**. Essa consiste nell'elaborazione e nell'analisi dei pro e dei contro della situazione problematica e nell'analisi dei pro e dei contro di un eventuale cambiamento. Naturalmente i pro e i contro sono quelli pensati ed espressi dal paziente. A livello operativo, la bilancia può essere proposta in due modi: in modo più informale, ossia attraverso il colloquio ed in un modo più strutturato ossia mediante uno schema grafico. E' consigliabile che la stesura della bilancia decisionale inizi dagli aspetti positivi dello stile di vita problematico, con l'intento di costruire un rapporto basato sull'accettazione e per limitare le difese del paziente.

Pro dello stato attuale

- sono abituato a questo peso
 - sono libero di mangiare quello che voglio e quando voglio
- posso ritornare dal lavoro e rilassarmi di fronte alla tv
- mi sento libero di andare al ristorante quando voglio, senza sentirmi limitato dall'impegno di cucinare personalmente
 - non spendo soldi per palestra/piscina

Contro dello stato attuale

- non mi piaccio così grasso
- non posso indossare i vestiti che ho nell'armadio
 - mi vergogno di andare in palestra o di mettermi in costume
- non riesco a camminare per più di 5 minuti
 - la glicemia, il diabete mi fanno paura

Pro del cambiamento

- il mio respiro andrebbe meglio con 10 kg in meno
- potrei comprarmi vestiti diversi se dimagrisi
- potrei viaggiare in aereo senza difficoltà e sedermi al mio posto
- potrei tornare a giocare a calcetto con gli amici se perdessi 10 kg
- dormirei meglio la notte
- allontanerei lo spettro dell'infarto

Contro del cambiamento

- sarei in difficoltà a ridurre gli alimenti che mi piacciono molto
- dovrei rinunciare alla tv la sera per andare a correre
- dovrei ridurre la porzione di pasta a pranzo
- dovrei ridurre le mie uscite a cena
- dovrei organizzare il tempo per fare il controllo glicemico come da prescrizione

2) Auto-rivalutazione L'auto-rivalutazione produce un comportamento in sintonia con i propri valori a partire dalla considerazione degli aspetti problematici del proprio comportamento (contro della situazione attuale della bilancia decisionale). Di seguito alcuni esempi: *"mi sentirei bene se facessi la dieta"*, *"mi piaccio ora che peso meno"*, *"se mi riuscisse la dieta, sarei come da tempo volevo essere"*

3) Rivalutazione ambientale Consiste nella riconsiderazione degli effetti provocati dal proprio comportamento problematico così come da un eventuale cambiamento, nel sistema personale, familiare e sociale. Alcuni esempi che rappresentano l'attivazione di una rivalutazione ambientale: *"mi piacerebbe capire cosa penserebbero i miei amici, se perdessi peso"*, *"quando perderò peso, sarò un buon modello per l'ambiente circostante"*

4) Monitoraggio alimentare e dell'attività fisica

Lo scopo principale di questa strategia è quello di consentire alla persona di registrare i propri comportamenti nella vita pratica di tutti i giorni. Attraverso l'utilizzo di questo strumento sarà possibile una registrazione giornaliera di pasti e attività fisica, relativamente a quantità, durata, avvenimenti e concomitanti emotive e contestuali. Attenzione, perché l'accordo della persona all'utilizzo di questo strumento non è scontata, è consigliabile, pertanto, una sua graduale introduzione. L'utilizzo di tale strumento, potrà, ad esempio, consentire alla persona di comprendere l'importanza che giocano le abitudini, i condizionamenti, le connessioni emotive e simboliche nell'adozione di determinate scelte alimentari.

Determinazione

L'ingresso in questo stadio, introduce nel soggetto una predisposizione al cambiamento che si reifica nella scelta di un piano d'azione da concordare con l'operatore. Se il passaggio in questo stadio avviene a seguito di una decisione "forte" presa al termine della fase di Contemplazione, è meno alto il rischio di ripensamenti durante la fase di Azione. DiClemente parla di "teachable moments", eventi importanti, transizioni nel ciclo di vita, che possono spingere/motivare un cambiamento (es. gravidanza, parto, ecc.) e che possono essere opportunamente "sfruttati".

I pazienti in fase di determinazione spesso presentano alcune delle caratteristiche sotto elencate:

- Appaiono meno tesi, più tranquilli, con livelli più bassi di frattura interiore e di tentazione e livelli più elevati di autoefficacia percepita
- Manifestano meno resistenza al cambiamento che si manifesta con un numero minore di risposte del tipo: "sì, però"
- Il paziente tenderà a fare domande aperte sul nuovo comportamento : "Cosa posso mangiare come spuntino?", "Cosa potrei ordinare quando sono al ristorante con amici per non compromettere la dieta?"
- Il paziente è maggiormente rivolto al futuro e comincia ad ipotizzare delle soluzioni possibili
- Il paziente rivolge all'operatore un maggior numero di domande sul cambiamento

Obiettivi della fase di determinazione

- 1) Rafforzare l'impegno del paziente a cambiare**, in tal senso, sarà di fondamentale importanza, ipotizzare insieme al paziente, cosa potrebbe accadere nel caso di insuccesso. Questo aspetto di fondamentale rilevanza, sostiene il paziente nella considerazione di obiettivi che siano realistici e nel contemplare una maggiore varietà di alternative di azione.
- 2) Negoziare un piano d'azione** Lo strumento che avvia la negoziazione è il **riassunto** che rappresenta il punto della situazione della persona rispetto a tutto ciò che è emerso fino a quel momento. Il riassunto termina con una **domanda chiave** es: *qual è il prossimo passo?, come le piacerebbe sistemare le cose?* Coerentemente con gli assunti del counseling motivazionale, non si dice alla persona cosa fare ma le si chiede, attraverso delle **domande chiave**, cosa vuole fare. Molto probabilmente, la persona mostrerà incertezza e quindi in questo caso sarà opportuno fornire informazioni; un metodo molto utile potrebbe essere quello di presentare alla persona, in rassegna varie opzioni e chiedere su quale di queste c'è necessità di un maggiore approfondimento.

Intervento, tecniche e strategie da applicare in questa fase:

L'implementazione di un piano d'azione risponde a tre domande sottese:

- *quali sono le cose concrete che devono essere fatte?*
- *in quale sequenza devono essere fatte?*
- *qual è la scansione temporale del piano, ovvero, quali sono gli obiettivi che devo raggiungere oggi, quali quelli di domani ? e tra un mese, ecc ?*

In sintesi l'implementazione di un piano d'azione consente la definizione pedissequa delle azioni da compiere, rendendo più agevole il fronteggiamento e il superamento degli obiettivi di cambiamento di stile di vita, più impegnativi e rilevanti, per il soggetto. La finalità prioritaria dell'implementazione di un piano d'azione è quella di consentire l'organizzazione degli obiettivi e delle strategie prescelte per il loro raggiungimento in un ordine definito, con scansione specifica dei tempi di realizzazione. Attraverso questa modalità si contrasta la tendenza alla procrastinazione, insita nei pazienti, così come si limitano le azioni dettate dall'impulsività che non conducono a risultati tangibili e durevoli nel tempo. La

determinazione di un piano d'azione possiede l'ulteriore vantaggio di consentire lo sviluppo di una disciplina, abilità necessaria alla realizzazione del cambiamento. I pazienti, attraverso questo piano d'azione, non si sentono sopraffatti dalla difficoltà relativa all'esecuzione delle azioni che devono affrontare e percepiscono una maggiore sensazione di controllo e di successo. A tal fine, potrebbe essere utile proporre degli incentivi per sostenere il cambiamento, ritrovati nei diversi ambiti di vita del soggetto. Fondamentale sarà l'apporto dell'operatore, specie, nei casi, di errori, passi falsi, interruzioni nel processo di cambiamento. In situazioni come queste, l'operatore, aiuterà il paziente a potenziare, laddove necessario, il sostegno della rete sociale che circonda il soggetto, così come anche dei processi cognitivi, emotivi e comportamentali. Dopo aver implementato un piano d'azione sarà utile riassumere quanto formulato, utilizzando uno schema con le seguenti caratteristiche, con l'effetto di rendere più probabile il cambiamento.



In questa fase, sarà importante anticipare al soggetto che ci saranno situazioni critiche e ricadute, che sono momenti essenziali del processo di cambiamento e costituiscono delle opportunità di apprendimento

A tale scopo è necessario lavorare sull'impegno persona e aumentare il livello di self-efficacy (ad es, chiedendo al soggetto di individuare e raccontare situazioni del passato in cui sia riuscito a mettere in atto un cambiamento personale, e trasferendo quella modalità efficace/vincente al nuovo cambiamento che si vuol perseguire).

Azione In questa fase il soggetto segue il piano d'azione stabilito nella fase precedente. Sarà necessario garantire **flessibilità al piano negoziato**, in modo che risponda in maggiore misura alle esigenze e ai vissuti della personali. L'operatore dovrà **sottolineare con il paziente i risultati ottenuti**, analizzando concretamente i cambiamenti applicati con gli effetti ottenuti. L'applicazione di tale strategia si rileverà molto importante, in special modo perché, potrebbe essere forte la tentazione del drop-out, specie per risultati iniziali esigui.

In questa fase ritorneranno utili le informazioni raccolte nella fase di contemplazione; il paziente si sarà reso conto che il motivo per cui una certa inadeguata pratica alimentare viene messa in atto è dettata dalla valenza emotiva che riveste per la persona; ad esempio, potrebbe avere una funzione ansiolitica, antidepressiva o gratificante sensorialmente. In questa fase è pertanto auspicabile che l'operatore aiuti la persona a trasferire la valenza emotiva associata a delle pratiche alimentari disfunzionali ad altri comportamenti che non siano però problematici (**controcondizionamento**) e che garantiscano l'ottenimento della stessa funzione. Fondamentale sarà che la persona

scelga autonomamente il comportamento alternativo da adottare, traendolo dalla sua esperienza.

Un'altra strategia molto utile in questa fase è **la gestione delle eccezioni alla dieta**. Attraverso questa strategia si può tramutare un elemento proibito come può essere un cioccolatino in un elemento autorizzato, ma con precisa regolamentazione, acquisendo il valore di premio per il comportamento virtuoso adottato.

Utili indicazioni in questa fase:

- gli insuccessi e i tentativi fallimentari, le azioni non andate a buon fine, devono essere presi in considerazione dall'operatore ed enfatizzati come opportunità di ulteriore apprendimento
- rinforzare i successi, anche se parziali
- ricercare e favorire il supporto dell'ambiente familiare

Un esempio di interazione

P: paziente; O: Operatore

P: *Dottore sono proprio demoralizzata, sto pensando di mollare tutto, ho perso un solo chilo nonostante stia seguendo tutte le indicazioni*

O: *se è d'accordo analizziamo insieme le cose, ad esempio, cos'ha mangiato ieri a colazione?*

P: *mi sono attenuta a quanto concordato.. biscotti di farro..*

O: *e a pranzo?*

P: *a pranzo, ho mangiato più pane di quanto avevamo concordato, la tentazione di fare la scarpetta col sugo è stata forte...*

O: *Ciò che la fa trasgredire è il piacere di un sapore forte .. visto che la dieta gliel' ha tolti... ma ora vediamo con la visita.. il peso è vero è diminuito di un chilo, ma il girovita si è ridotto di 3 cm, questo vuol dire che con l'attività fisica che abbiamo svolto, abbiamo bruciato il grasso che sta sull'addome ..dobbiamo proseguire con le schede di monitoraggio per una migliore gestione della tentazione*

P: *Guardi io la devo ringraziare dottore, ero sul punto di mollare tutto ma lei mi ha fatto riflettere*

In questa fase il soggetto si applica al mantenimento nel tempo e alla stabilizzazione del cambiamento.

Mantenimento

Intervento, tecnica e strategie da applicare in questa fase:

-supportare il paziente a "non abbassare la guardia", a mantenere alta l'attenzione sulle situazioni critiche, sulle situazioni in cui la tentazione a tornare al comportamento problematico sono state particolarmente forti

- potenziare abilità di auto-regolazione, necessaria per cambiare modo di pensare/agire, inibire le pulsioni, seguire le regole, dilazionare i piaceri

- aiutare ad identificare fonti di piacere sano

- consolidare la capacità di ottenere piacere senza ricorrere a comportamenti disfunzionali

- aumentare la consapevolezza di segnali di possibili ricadute

Ricaduta

La ricaduta non è uno stadio vero è proprio ma è un evento che accade nella storia dell'utente, dove la persona si allontana dai comportamenti prescritti e arretra ad un altro stadio del cambiamento. Essa non deve essere intesa come segnale di inaffidabilità da parte dell'utente o come indice della sua assenza di volontà o come intenzione di ingannare l'operatore. La ricaduta va intesa come un normale processo di riadattamento alla normalità.

Approccio da adoperare per la gestione della ricaduta

- normalizzare la ricaduta
- sottolineare i risultati raggiunti
- sostenere e confermare la capacità del soggetto di riprendere il processo di cambiamento
- esplorare le circostanze e il significato della ricaduta
- intendere la ricaduta come un'opportunità di apprendimento per il futuro
- aumentare la consapevolezza di segnali di possibili ricadute
- riesaminare la bilancia decisionale, perché potrebbe non essere stato dato risalto ad uno svantaggio del cambiamento o ad un vantaggio dello status quo, che nascosto e non elaborato ha funzionato da elemento sabotante.

In occasione della ricaduta potrebbe darsi che la persona si esprima con frasi del genere: *non riuscirò mai più a cambiare .. sono senza speranza.. ho buttato via tutto il lavoro svolto finora.. tanto vale la pena che riprenda a mangiare come facevo prima.* In queste situazioni è possibile che la persona possa incorrere nella **sindrome di violazione dell'astinenza**, ossia la condizione psicologica successiva ad una ricaduta rispetto alla violazione di un programma di trattamento, finalizzato al cambiamento dello stile di vita.

Strategie di prevenzione e gestione della ricaduta

- sostenere l'autoefficacia
- programmare contatti telefonici col paziente
- gestione delle situazioni critiche (*festività pasquali, natalizie, ferie estive*) consigliando di non rinunciare a queste occasioni ma limitare l'assunzione calorica o limitando i pasti prima e dopo.

Appendice:

Gli strumenti del counseling nutrizionale tratto dal *Manuale per l'utilizzo del counseling motivazionale negli ambulatori nutrizionali*

Piano Regionale di Prevenzione 2010/2012: Progetto consulenza dietetico nutrizionale

di Patrizia Turcato, Marina Boldrin

Gli strumenti utilizzati nel sostegno al paziente sono il piano nutrizionale condiviso, il diario alimentare, il diario dell'attività fisica con il contapassi.

Il Piano nutrizionale condiviso

Il piano nutrizionale condiviso tra professionista e paziente è sostanzialmente una valutazione diagnostica e motivazionale unita ad un accordo sia sulla valutazione sia sulle azioni necessarie. Schematicamente si può dividere in fasi:

Prima fase: *colloquio finalizzato alla valutazione dei bisogni e della/motivazione del paziente*

- Raccolta dati anamnestici, valutazione circa la familiarità per sovrappeso, obesità, diabete, ipercolesterolemia ecc.
- Storia ponderale: peso in età infantile, pre e post-puberale, in età adulta e l'evoluzione nel tempo.
- Valutazione motivazionale: eventuale somministrazione questionari MAC o altri ad hoc

Le fasi successive corrispondono alla costruzione di un piano nutrizionale condiviso.

Seconda fase: *raccolta dati antropometrici, clinici e valutazione medica.*

- Rilevazione peso, altezza, determinazione del BMI, circonferenza vita, eventualmente plicometria e bioimpedenziometria (BIA)
- Rilevazione pressione arteriosa, prescrizione/raccolta e considerazioni analisi cliniche, considerazione della diagnosi pervenuta/ eventuale ridefinizione e diagnosi.

Terza fase: *valutazione nutrizionale.*

Constatazione del grado di sovrappeso/obesità/malnutrizione e valutazione, di comune accordo con il paziente, dell'obiettivo da raggiungere (obiettivo, correlato ad un evidente miglioramento delle condizioni di salute, per il quale il paziente è maggiormente motivato).

Nel definire gli obiettivi, è importante che il paziente espliciti le sue aspettative in termini di peso, oltre alla disponibilità a modificare le sue abitudini alimentari e di vita.

Gli obiettivi generali del percorso sono rappresentati da:

- prevenire ulteriori aumenti di peso,
- ridurre il peso corporeo
- mantenere a lungo termine la perdita di peso.

In questa fase saranno eseguite le seguenti attività:

- Anamnesi alimentare: prendere in considerazione le abitudini pregresse del paziente, i suoi ritmi (attività lavorativa, ore di lavoro, di sonno, di tempo libero, informazioni sul luogo dove consuma il pasto) con eventuale somministrazione del **diario alimentare e/o del diario dell'attività fisica**.

- Calcolo del fabbisogno calorico: metabolismo basale (H.B.), fabbisogni calorici per l'attività fisica (LAF), termogenesi indotta dagli alimenti (TID), Condivisione del percorso dietoterapico.

Quarta fase: *trattamento dietoterapico.*

- Elaborazione di indicazioni nutrizionali personalizzate
- Elaborazione di una dieta personalizzata (eventuale uso di software dedicato)
- Scelta opportuna della tipologia di schema dietetico (per porzioni, per grammatura, per equivalenti).
- Rispetto dei gusti alimentari e delle eventuali limitazioni legate a credo religiosi
- Verifica di eventuale intolleranze o allergie alimentari.
- Approfondimento di eventuali patologie.

Quinta fase: *illustrazione del percorso da seguire.*

- Programmazione di un calendario di controlli con verifica dell'andamento del peso, del grado di compliance, dell'attività fisica praticata e dell'insorgenza di eventuali difficoltà nell'aderire al trattamento.

Il diario alimentare

Il diario alimentare permette l'auto-monitoraggio dell'assunzione del cibo, che rappresenta una componente fondamentale dell'intervento.

- Il diario alimentare è:
 - metodo di valutazione dell'introito di cibo,
 - strumento diagnostico e terapeutico,
 - tecnica basilare della terapia.
- Solitamente in un diario alimentare vengono registrati:
 - quantità e qualità del cibo assunto,
 - ora e luogo, circostanza,
 - pensieri, emozioni e stati d'animo
 - conoscenza e riflessione su questi
- La consapevolezza dell'introito alimentare e della catena di comportamenti che precedono l'atto di alimentarsi, può aiutare il soggetto a intervenire con delle strategie ed eventualmente modificare i comportamenti.
- È impossibile iniziare un trattamento di controllo del peso se non si sa che cosa, quando, quanto e anche perché si mangia. Allo stesso modo non si può sapere quante calorie si spendono se non si sa quali attività si svolgono e per quanto tempo. Il metodo migliore per avere queste informazioni è tenere un diario alimentare, con il quale registrare ogni cosa assunta, senza tralasciare nulla.

- È importante non rimandare, a fine di giornata, la compilazione del diario alimentare; conviene che il paziente porti sempre con sé il diario o un piccolo block notes, per potere registrare subito:
 - il cibo e la quantità assunta (utilizzando le misure più note, come bicchiere, tazza, piatto, porzione),
 - l'ora e il luogo in cui si è consumato il cibo,
 - come ci si è sentiti prima e come ci si è sentiti dopo.

Se si pensa che non costituisca un eccessivo appesantimento (occorre valutarlo utilizzando le reazioni del paziente) si può pensare di inserire nel diario alimentare il monitoraggio delle situazioni emotive, di relazione, ecc. che possono verificarsi:

- prima di mangiare
- durante il pasto
- dopo aver mangiato
- occasioni speciali

Il rationale dell'automonitoraggio è esaminare le abitudini alimentari e le circostanze entro le quali esse si presentano (Christopher Fairburn 1993). L'annotazione dettagliata e giornaliera degli introiti e delle circostanze sotto le quali accadono, fornisce informazioni essenziali alla comprensione dei meccanismi psicologici sottesi alle abitudini alimentari e all'individuazione ed implementazione delle strategie dell'intervento (Obesity: preventing and managing the global epidemic, Report of WHO Consultation, Genova 1997).

Un esempio schematico:

(il periodo di valutazione deve essere di almeno una settimana)

Nome e Cognome	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
Ora							
Luogo							
Fame sazietà							
Pensieri							
Come mi sentivo prima							
Alimento consumato/Quantità							
Bevande consumate/Quantità							
Persone presenti							
Come mi sentivo dopo							

A chi proporlo

Il diario alimentare può essere proposto a soggetti con: abitudini alimentari e/o di vita irregolari

- numerose esperienze di dieta e/o fallimenti alle spalle
- evidenti o probabili difficoltà di gestione delle emozioni
- un rapporto conflittuale con il cibo

Utilità del diario alimentare

Il Diario alimentare dà conto della complessità dell'atto alimentare:

- il contesto ambientale e relazionale
- i pensieri
- le emozioni
- le situazioni antecedenti e conseguenti al consumo di cibo,
- i segnali biologici (fame e sazietà).

Il diario alimentare permette di cogliere altri elementi importanti quali il ritmo alimentare (come sono distribuiti e distanziati i pasti).

Il diario alimentare, è quindi considerato come uno strumento diagnostico terapeutico che:

- guida all'autosservazione e all'autovalutazione del comportamento alimentare,
- stimola il coinvolgimento attivo del paziente e per stabilire un clima di collaborazione,
- favorisce anche l'autoconsapevolezza rispetto a circostanze ambientali, interpersonali, emozionali che possono influenzare il comportamento alimentare.

Il diario alimentare evita al professionista il rischio di rendere disagevole, per il paziente, la trattazione degli aspetti non positivi delle proprie abitudini alimentari o attività fisica: la modalità auto-osservativa rende gli eventuali commenti negativi una valutazione dello stesso soggetto.

Tale clima si può utilizzare per introdurre, senza eccessive resistenze, il tema immediatamente collegato del peso e quindi definire ad esempio:

- quale peso minimo abbia mantenuto per più di un anno nell'età adulta,
- quale sia il peso massimo in cui si sia sentito in forma,
- quale peso pensa di poter realisticamente mantenere per tutta la vita

Il diario alimentare ha un utilizzo diverso in maniera connessa allo stadio del cambiamento:

- per quantificare gli introiti alimentari (nella fase di contemplazione)
- per programmare un piano alimentare condiviso (nella fase di azione)

- per monitorare eventuali cambiamenti (nella fase di mantenimento)

Occorre considerare che, nella fase di contemplazione, nella quale trova utilizzo normalmente il diario alimentare, non sempre è possibile portare l'attenzione del paziente sul proprio peso senza sollevare resistenze (spesso non è opportuno in quella sede rilevare il peso), quindi, il diario alimentare risulta utile come "avvicinamento" alla questione.

La cosa più opportuna da fare in ambulatorio con il paziente, è verificare sempre lo stato di motivazione in cui si trova, e questo può emergere leggendo assieme il diario; è importante stimolare le sue osservazioni e valutazioni, cercare di rilevare con lui i punti significativi, poi riassumere e ripetere quali sono i suoi pensieri e opinioni. Qualora avesse dei dubbi o delle contraddizioni è importante esplorarli. È meglio focalizzarsi, per seduta, su un massimo di 1 o 2 elementi.

Risulta fondamentale non focalizzare l'attenzione esclusivamente sul comportamento alimentare, tanto meno esprimere giudizi e/o critiche, o fornire, come quasi sempre accade, le soluzioni.

Nel counseling motivazionale si cerca, assieme al paziente, l'obiettivo nutrizionale da raggiungere, senza imporre le nostre decisioni. La compilazione del diario alimentare comporta alcuni punti critici, perché essa è un'assunzione di responsabilità e uno sguardo ravvicinato verso disfunzioni del proprio comportamento alimentare, può creare ansia o vergogna o rifiuto di prendere coscienza dei propri errori, o minimizzazione o tentativi di alterare la verità.

D'altra parte, l'auto-consapevolezza che ne deriva, permette poi di apprendere delle abilità specifiche che, a loro volta, consentiranno di fronteggiare con successo le varie problematiche che si incontreranno.

Modalità di utilizzo

- Leggere il diario con il paziente
- Stimolare le sue osservazioni e valutazioni
- Aiutarlo a rilevare i punti significativi
- Riassumere e ripetere pensieri e opinioni del paziente
- Sottolineare i punti più importanti.

Cosa non Fare

- Focalizzare l'attenzione esclusivamente sul comportamento alimentare
- Esprimere giudizi o critiche
- Fornire soluzioni
- Imporre decisioni

I punti critici

- È un impegno per chi lo compila
- Può creare ansia nel paziente
- Spesso il paziente si vergogna o si rifiuta di prendere coscienza dei propri errori/problemi, non dedica la necessaria attenzione e altera la verità.

Di fronte ad un diario alimentare compilato in modo inadeguato, occorre considerare la presenza di una resistenza all'auto osservazione.

L'auto monitoraggio, infatti, presuppone una presenza di un certo livello di motivazione poiché implica una seppur minima forma di consapevolezza dell'esistenza di un funzionamento non ottimale. Nel caso di una tale resistenza, risultano controproducenti discussioni e tentativi di convincere ed è meglio adottare un approccio graduale e flessibile.

Spesso, tuttavia, proporre il diario alimentare suscita resistenze perché implica la sottolineatura e la visione ravvicinata di quello che non va.

Risulta, quindi importante motivare il paziente a compilare il diario spiegandone l'utilità terapeutica, accogliendo le sue difficoltà nella compilazione e accettando momenti di eventuale improduttività.

Il Diario dell'attività Fisica

Come per l'alimentazione, anche il monitoraggio dell'attività fisica risulta essere molto importante.

Come riportato nelle Linee Guida Italiane Obesità, LiGIO'99, l'attività fisica viene raccomandata come parte di una terapia integrata per la perdita di peso, perché contribuisce alla perdita di peso stessa, può far diminuire il grasso addominale (considerato più a rischio), fa aumentare la fitness cardio-respiratoria e può aiutare nel mantenimento del peso perduto.

Il diario dell'attività fisica rappresenta uno strumento che può avere obiettivi diversi. Il suo utilizzo, infatti, può servire per quantificare l'attività fisica svolta e quindi definire lo stile di attività del paziente, può essere usato per la programmazione dell'attività fisica da svolgere (pianificazione delle sedute settimanali) e infine può servire per monitorare il cambiamento (da attività svolta "qualche volta al mese" a frequenze più regolari e costanti).

Definire lo stile di attività del paziente

Prima di incoraggiare la persona ad aumentare i livelli di attività fisica risulta importante aiutarla ad analizzare la situazione di partenza definendo il grado di attività che viene svolta quotidianamente. (Dalle Grave 2002)

Spesso il paziente non ha consapevolezza del proprio grado di attività. Molte persone sovrastimano la quantità di movimento che compiono nell'arco di una giornata o non riconoscono che la tecnologia attuale (uso di elettrodomestici, ascensori, tosaerba, ecc.) gioca un ruolo importante nel sostenere e sostituire l'uomo in molte attività.

Al contrario, molti ritengono che il movimento effettuato per compiere i lavori di casa non possa essere considerato nel calcolo del dispendio energetico e pensano che solo andando in palestra o piscina o più generalmente facendo attività fisica strutturata" si possano avere dei risultati.

Attraverso l'analisi del diario dell'attività fisica si può ottenere anche una prima valutazione del dispendio calorico e di conseguenza sarà possibile ottenere una stima del dispendio energetico quotidiano da attività fisica.

Programmazione dell'attività fisica

Molti sono gli aspetti positivi evidenziati dal fare attività fisica che variano dai benefici psicofisici, alla riduzione del rischio di malattie croniche. L'OMS (WHO 2004) ha stabilito i livelli adeguati di attività fisica in base a tre fasce di età: per bambini e adolescenti (5-17 anni) 1 ora al giorno; per adulti (18-64 anni) ed anziani, ½ ora al giorno per la maggior parte dei giorni alla settimana (almeno 5).

Camminare è il migliore esercizio a basso costo capace di grandi benefici per la salute e rappresenta la forma di esercizio preferita dalla maggior parte delle persone. Essa, infatti, ha la possibilità di essere svolta all'aperto, non ha vincolo d'orario, non necessita di particolari attrezzature e non richiede abilità motorie particolari. (De Noni et al., 2010).

Molti riferimenti scientifici raccomandano almeno 30 minuti complessivi di moderata attività in più giorni la settimana per ricavare dei benefici. Questo tempo può essere suddiviso in sessioni più brevi (almeno 10 minuti nel caso di pazienti principianti o francamente in sovrappeso) pianificando più sedute nell'arco della giornata e di conseguenza poi nell'arco della settimana. Nel caso delle camminate, uno strumento che agevola la rilevazione è rappresentato dal "contapassi" o "pedometro".

Altri riferimenti scientifici, infatti, citano come obiettivo ottimale praticare 10.000 passi al giorno complessivamente nella giornata.

Alcune persone possono avere bisogno di iniziare gradualmente e costruire lentamente il proprio livello di attività. In alcuni casi pianificare in anticipo i tempi da dedicare al movimento risulta essere fondamentale, in tal modo risulta più facile strutturare dei comportamenti che possono poi diventare stabili nel tempo.

Alcuni consigli per lo svolgimento delle camminate (Baldi et al., 2012):

- Definire gli orari: scegliere un orario che si possa mantenere con regolarità.
- Considerare la stagione: Infatti, secondo il periodo dell'anno, possono essere implicati orari diversi, per esempio, in estate, per evitare la calura, mentre, d'inverno, per evitare gli orari serali legati alla carenza di luce.
- Scegliere i luoghi in cui praticare la camminata, avendo l'accortezza di verificare la lunghezza del tragitto e/o le possibili deviazioni o alternative in caso di imprevisti (meno tempo a disposizione, lavori in corso-).
- Organizzarsi: alcune tipologie di persone preferiscono avere un impegno prefissato come ad esempio l'iscrizione a corsi o l'adesione a un gruppo di cammino che li stimoli a rispettare l'impegno alla partecipazione in modo regolare.

Monitorare il cambiamento

Fare attività fisica in modo regolare e costante nel tempo porta a importanti benefici. Monitorare il cambiamento delle abitudini, soprattutto nel primo periodo, può aiutare a consolidare e strutturare in modo stabile le scelte che avranno poi buone possibilità di essere mantenute per lungo tempo. (Dalle Grave 2002)

Può sempre capitare che ci siano momenti di difficoltà e poter rivedere a distanza di tempo le strategie messe in campo può rappresentare uno stimolo a rivivere i momenti positivi e a riprogrammarli.

Il contapassi

Il contapassi, o pedometro, è uno strumento che calcola in modo approssimativo la lunghezza di un tragitto effettuato a piedi, contando il numero dei passi che vengono effettuati per compierlo.

Usare il contapassi può agevolare la misurazione e il monitoraggio del cammino. Si tratta, infatti, di uno strumento che viene fissato in cintura e che meccanicamente conta quanti passi si effettuano. Può essere usato per monitorare una giornata d'attività quotidiane (quanti passi sono effettuati in un giorno standard) oppure come conteggio di una singola seduta di attività (camminata).

L'uso regolare del contapassi può servire a monitorare ed evidenziare i progressi che si possono ottenere svolgendo regolarmente le camminate e può stimolare la programmazione di incremento delle sedute di attività sia nella durata sia nella frequenza delle stesse.

Alcuni strumenti riescono a stimare il consumo calorico (con l'ausilio di formule), avendo la possibilità di inserire alcuni dati personali dell'utilizzatore. Anche in questo modo si potrà quindi aumentare la possibilità dell'automonitoraggio.

Da ricordare che anche in letteratura si rilevano studi che riportano esiti favorevoli sulla salute in relazione all'utilizzo di strumenti di monitoraggio dell'attività fisica. Una metanalisi pubblicata su Jama (Bravata et al., 2007), riporta che l'uso del contapassi è associato ad un significativo incremento dell'attività fisica e una significativa riduzione del peso corporeo e della pressione sanguigna.

Come usare il diario dell'attività Fisica

Lo schema può essere giornaliero o mensile.

Lo **schema giornaliero** riporta in modo semplice l'elenco del tipo di attività fisica svolta e la sua durata. Si consiglia poi di registrare anche eventuali commenti e/o sensazioni che risultano essere molto utili nel momento della rilettura o revisione. Sarà importante personalizzare lo schema con nome, data, attività svolta o da svolgere, tempo dedicato, commenti.

Lo **schema mensile**, strutturato in un unico foglio riporta i trenta/trentuno giorni di un mese, con la possibilità di inserire i giorni della settimana dell'intero mese (se si pensa di usarlo in toto) o di evidenziare le giornate delle sedute di movimento effettuate o

eventualmente programmate, se la regolarità non è ancora stata presa in considerazione. In questo modo sarà facile evidenziare quanto la frequenza sia più o meno regolare e potrà servire come punto su cui lavorare.

Come già descritto, il diario dell'attività fisica può evidenziare tre momenti:

1. raccolta informazioni sulle abitudini
2. programmazione di un "piano di lavoro"
3. monitoraggio dei cambiamenti.

Sarà l'operatore che, avendo individuato lo stadio di motivazione del paziente, selezionerà su quale dei tre punti focalizzare l'attenzione e quindi proporre lo strumento. Se il paziente non è ancora pronto al cambiamento, sarà più utile condividere una prima raccolta di informazioni sulle abitudini presenti.

Se il paziente è determinato a cambiare, sarà più efficace una programmazione di azioni da condividere ed esplicitare. Infine, se il paziente ha già messo in atto dei cambiamenti, si potrà lavorare sulla loro strutturazione e il loro monitoraggio, per fare in modo che perdurino nel tempo.

ASL NA 2 NORD

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE S.I.A.N.

AMBULATORIO di DIETETICA PREVENTIVA

Nome		Cognome		Data di nascita	Mese	
	Data	Passi	Km	Attività fisica	Tempo	Note
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

Bibliografia

- Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change, *Psychological Review*, 84, 191-215. 1977
- Bandura, A., Auto-efficacia, Teoria e Applicazioni, Erickson. 1997
- DiClemente C.C., Prochaska J., Toward a comprehensive transtheoretical model of change, In: Miller WR, Heather H, eds. *Treating addictive behaviours*, New York, Plenum Press. 1998
- DiClemente C. C., Self-efficacy and the addictive behaviours. Special Issue: Self-efficacy theory in contemporary psychology. *Journal Social and Clinical Psychology*, 4(3), 302-315. 1986
- DiClemente, C., Il processo di cambiamento, *Ital. Heart J.*, 2 (Suppl. 1): 48-52. 2001
- Festinger L. (1957), *A theory of cognitive dissonance*. Row & Peterson, Evanston. (La teoria della dissonanza cognitiva, F. Angeli, Milano, 1973).
- Miller W. R., Rollnick S., *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento*. Erickson, Trento. 2004
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1982), *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy, theory, research and practice*, 19, 276-288. 1982
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., *Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395. 1983
- Prochaska, J.O. e DiClemente, C.C., *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Melbourne, Florida: Krieger Publishing Company. 1984
- Prochaska J. O., Norcross J.C, DiClemente C.C., *Changing for good*, New York Avon Book. 1994
- Prochaska, J.O. e Norcross, J. C., *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis (Sixth Edition)* Pacific Grove, CA: Brooks-Cole. 2006
- Rogers, C. R., *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli Editore, Firenze. 1970
- Rosengren D. B., *Guida pratica al counseling motivazionale* Erickson, TN. 2011
- Scaglia M. (1998), *La frattura interiore. Collegamenti con il processo del cambiamento ed implicazioni al cambiamento*. Poster presentato al Convegno *Guadagnare Salute*, Venezia, 21, 22 giugno 2012
- Perussia F, Viano R. *La comunicazione, Aspetti generali*. Mediserve, Napoli, 2000
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD, *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Astrolabio Ubaldini, Roma 1971
- V. Possenti, A.M. Luzi, A. Colucci, B. de Mei, *Communication and basic health counselling skills to tackle vaccine hesitancy*, *Ann Ist Super Sanità* 2019, Vol. 55, No. 2: 195-199, DOI: 10.4415/ANN_19_02_12
- M.L. Pierson *Come costruire la propria immagine. Come conoscerla. Come valorizzarla. Come comunicarla*. Franco Angeli 1995
- M.P. Nichols *L'arte perduta di ascoltare*. Positive Presse. Verona, 1997
- V. Calvo *Il colloquio di counseling, Tecniche di intervento nella relazione di aiuto* Il Mulino, Bologna 2007
- May R, *L'arte del counseling*, Astrolabio, Roma, 1991
- Mucchielli R, *Apprendere il counseling*, Erickson, Trento, 1994
- Murgatroyd S, *Il counseling nella relazione di aiuto*, Sovera, Roma, 1995

Palumbo M., Tondini A., Silvestri A., Novi S., Asl napoli2nord Dipartimento di Prevenzione Il counseling motivazionale breve nella prevenzione nutrizionale, settembre 2019

Scaglia M et al Manuale per l'utilizzo del counseling motivazionale negli ambulatori nutrizionali Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 Regione del Veneto