

Promozione al cambiamento degli stili di vita in medicina di famiglia

Il corso "Promozione al cambiamento degli stili di vita: modello operativo in medicina di famiglia", che è all'interno del più ampio progetto europeo "Motivate" a cui partecipa anche AIMEF, è stata l'occasione per riflettere sulle potenzialità degli aspetti motivazionali della comunicazione applicati alla pratica quotidiana del medico di famiglia

Nell'ambito del programma di formazione permanente europeo "Leonardo da Vinci", nel gennaio 2008 si è svolto il corso d'aggiornamento "Promozione al cambiamento degli stili di vita: modello operativo in medicina di famiglia", accreditato ECM in Regione Veneto.

Il corso è l'applicazione italiana del pacchetto elaborato da un gruppo europeo composto dalle Università di Sheffield, Cracovia, Leuven, Lubiana, dalla Fondazione "Jordi Gol J Gurina" di Barcellona e per l'Italia dall'Associazione Italiana Medici di Famiglia (AIMEF). La denominazione del pacchetto originale è "Motivate" (sito internet di riferimento: www.motivateforchange.eu). Scopo del progetto è la creazione di un piano europeo condiviso tendente a promuovere il cambiamento degli stili di vita, attraverso l'applicazione di metodologie relazionali. Tale piano dovrebbe essere applicato da ogni operatore socio-sanitario nei confronti dei propri assistiti e inoltre ciascun operatore formato dovrebbe farsi carico di formare altri operatori con procedura a cascata.

L'incontro ha dato la possibilità ai discenti di riflettere sull'utilità e le potenzialità degli aspetti motivazionali delle comunicazioni applicati alla pratica quotidiana del medico di famiglia.

Riflettere su questi fattori è determinante per potere modificare più efficacemente il profilo di salute degli assistiti, nonché la qualità della nostra vita: gli stili di vita riflettono le modalità di approccio alla vita. Un esempio può essere quello del bambino che davanti allo schermo di un computer, per mettere a fuoco i più fini dettagli sullo schermo, utilizza prevalentemente la visione foveale, di precisione, collocata nella retina centrale. L'uso costante della visione foveale comporta pertanto uno scarso utilizzo della visione periferica e di conseguenza porta a un deficit della coordinazione visuo-spaziale.

Entrando nello specifico, dobbiamo considerare che gli atti medici che noi quotidianamente proponiamo interferiscono di fatto sullo stato di salute dei nostri pazienti a vari livelli. Lo scopo dei nostri interventi è pertanto quello d'indurre una modificazione dei comportamenti che abbia un utile effetto sulla salute dei pazienti e una ricaduta positiva sul Servizio sanitario nazionale. Tuttavia spesso ci siamo sentiti frustrati di fronte a un paziente al quale abbiamo dato tutte le delucidazioni possibili per indurre un cambiamento, senza ottenere però alcun risultato.

La diagnosi di fase

Il modello di "diagnosi di fase" illustrato nel corso ci propone di intervenire con i nostri assistiti, considerando le motivazioni dell'utente fra le possibili variabili che influenzano positivamente l'esito dei nostri interventi, ricordandoci di non dare solo un'informazione tout court.

Dobbiamo ammettere che la sola erogazione o messa a disposizione delle informazioni non induce necessariamente un cambiamento significativo del comportamento del paziente, che può manifestarsi più facilmente in presenza di un'occasione scatenante o di una concausa che agisce da fattore scatenante.

Ricordiamo che le motivazioni al cambiamento possono essere sia di tipo cognitivo sia non cognitivo e gli stati motivazionali possono essere differentemente classificati come "elementari o impulsivi" (fame, sete, ecc) o aspirazioni personali o sociali acquisite con l'esperienza. In ogni caso per motivazione al cambiamento s'intende un comportamento coerente, complesso, finalizzato alla risoluzione di un bisogno. Il modello teorico di riferimento per l'intervento motivazionale è proposto dalla teoria dagli "stadi di cambiamento" (tabella 1) di Prochaska JO e Di Clemente CC (Prochaska J et al. *The transtheoretical model of health behavior change*. *Am J Health Promotion* 1997; 12: 38-48).

Le fasi descritte da Prochaska e coll descrivono un processo ciclico che

* Medico di medicina generale, Quarto d'Altino (VE), Responsabile Nazionale Dipartimento Ricerca e Sperimentazione AIMEF

** Medico di medicina generale, Crocetta del Montello (TV), AIMEF

*** Medico di medicina generale, Milano Responsabile Nazionale Dipartimento Neuroscienze AIMEF

**** Neurofisiologo, Crocetta del Montello (TV)

Tabella 1

Modello teorico di riferimento: gli stadi di cambiamento

Fase	Intervento
• Precontemplazione	Creare consapevolezza: pensiero razionale/emozionale
• Contemplazione	Aiutare il paziente a scegliere il cambiamento positivo
• Preparazione	Determinare l'obiettivo e la strategia
• Azione	Sostenere il tentativo
• Mantenimento	Prevedere le difficoltà
• Ricaduta	Rivalutare

può essere ripetuto più volte prima di ottenere il cambiamento desiderato, le persone passano nella loro condizione di consapevolezza, attraverso fasi differenti caratterizzate da diverso approccio al cambiamento.

Questo modello ha molte implicazioni pratiche: il medico che deve raggiungere un obiettivo (modifica dello stile di vita oppure iniziare una dieta per ridurre il consumo di farmaci) non deve limitarsi a informare, ma deve cercare di comprendere in quale fase si trova il paziente ("diagnosi di fase") e fornire un counselling e/o un intervento specifico relativo alla fase che occupa. Considerare in modo adeguato il ruolo della motivazione è particolarmente importante per implementare una qualunque fase del processo di cambiamento in qualunque contesto clinico.

È possibile agire:

- all'inizio del processo di cambiamento, per stimolarlo;
- nella fase di contemplazione quando il paziente vive l'ambivalenza di fronte al cambiamento;
- nelle fasi di mantenimento e azione come precursore dell'apprendimento duraturo.

Il paziente che si trova in fase "precontemplativa" non è pronto a effettuare alcuna modificazione, perché non consapevole della gravità del problema.

Per ottenere una modificazione, il paziente deve trovarsi in una fase "contemplativa" di maggiore consapevolezza. In fase precontemplativa, il medico, durante un intervento di counselling breve, può migliorare la consapevolezza delle contraddizioni esistenti tra la condizione di salute percepita e l'attuale stile di vita e le

mete ideali da raggiungere attraverso il cambiamento, oppure può sostenere la fiducia dell'individuo nelle proprie capacità di attuare un comportamento prestabilito.

Il ruolo del medico in questo contesto è comunque quello di ascoltare in modo empatico il paziente, considerare le sue variabili comportamentali disponibili al cambiamento, fornire informazioni e consigli con un atteggiamento attivo e piuttosto che direttivo, inserito all'interno di un rapporto di fiducia. È fondamentale evitare le contrapposizioni, aggirarle e utilizzare le resistenze al cambiamento piuttosto che metterle in discussione. La creazione di un'alleanza terapeutica è più facile se si riesce a progettare una strategia comportamentale il più possibile condivisa, finalizzata al raggiungimento degli obiettivi concordati.

Le aree cliniche in cui sono sinora stati condotti studi sulla motivazione sono:

- alcolismo;
- tabagismo;
- disassuefazioni in genere;
- disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, ecc).

In realtà, dobbiamo considerare che qualunque tipo d'intervento sulla salute o di terapia su un disturbo richiede una modificazione comportamentale, più facile da realizzare se esiste un bisogno/substrato motivazione favorente.

Nella nostra pratica esiste una strategia di riferimento, un processo diagnostico-terapeutico a cui riferirsi. Nella "diagnosi di fase" si tenta di proporre una strategia comportamentale predefinita, che gli suggerisca le fasi da seguire e la strategia più utile da seguire per raggiungere

un cambiamento motivazionale.

Prima di procedere con l'intervento vero e proprio è necessario valutare la motivazione del paziente a modificare le proprie abitudini; ciò consente di individuare lo stadio in cui si colloca il singolo soggetto, qual è il suo percorso di cambiamento e quindi aiuta a identificare l'intervento più efficace.

Talvolta l'intervento breve può esaurirsi in un solo incontro o richiedere altri due-tre appuntamenti a distanza ravvicinata per la discussione del problema con il paziente o con altri familiari.

Un importante fattore da considerare è la "reattanza", cioè la latenza intrinseca al cambiamento che ciascuno di noi va ad attivare quando ci si approssima a una modificazione interna, infatti, mantenere la nostra condizione attuale è più facile rispetto all'inserire un modificazione comportamentale qualunque livello.

Durante il corso d'aggiornamento sono state presentate le strategie comportamentali da seguire in ogni fase (tabella 2).

Considerazioni sulle disassuefazioni

L'importanza delle motivazioni al cambiamento sono state attentamente considerate nel trattamento delle diverse forme di dipendenza. Il DSM IV descrive i denominatori comuni di tutte le sostanze che causano il fenomeno della dipendenza dalle droghe (eroina, cocaina, nicotina, alcol, ecc). Le droghe sono sostanze chimiche che agiscono a livello del cervello procurando sensazioni piacevoli e quasi tutte determinano il rilascio di dopamina, la cosiddetta molecola del piacere. Questo neurotrasmettitore stimola un gruppo di neuroni specializzati, il centro di gratificazione (nucleo accumbens), uno dei sistemi neurologici più importanti per la sopravvivenza. Ogni droga agisce poi su strutture cerebrali differenti, e secondo i casi, produce effetti piacevoli: ci sono droghe che alzano il tono dell'umore e migliorano l'attenzione, altre che rilassano e solleva-

no dal dolore, altre ancora che alterano le percezioni sensoriali. Tutte queste sensazioni, unitamente all'effetto della dopamina, determinano un'alterazione nei meccanismi regolatori del piacere, inducendo a ripetere continuamente l'assunzione della sostanza. Le aree cerebrali coinvolte sono quelle centro encefaliche, con meccanismo di regolazione con sistemi colinergici e dopaminergici (che costituisce il mediatore della soddisfazione e del tono dell'umore).

Le droghe non producono solo piacere, ma si inseriscono subdolamente nel metabolismo dell'individuo alterandone la fisiologia. In pratica finiscono col diventare dei "bisogni anomali" che l'inconscio della persona riconosce come "propri" e soprattutto come "prioritari". Nel momento in cui questi, però, non possono essere soddisfatti, scatta l'astinenza. È questa una risposta di sofferenza e di malessere che l'organismo dà alla mancata introduzione della sostanza. Le crisi

di astinenza non sono tutte uguali, sono diverse da droga a droga, anche se con caratteristiche comuni. Ci sono astinenze di tipo "psichico", quando i sintomi che si manifestano sono soltanto di natura psicologica (agitazione, irritabilità, depressione) e astinenze di tipo "fisico", con sintomi più impegnativi che possono interessare tutto il corpo (dolori, febbre, vomito).

L'intensità della crisi di astinenza può dipendere da vari fattori, primo fra tutti il livello di dipendenza raggiunto. Non sono poche le persone che ritengono la dipendenza una malattia mentale. In realtà questa è un'affermazione poco corretta. Anche se colpisce molto l'ambivalenza di certi comportamenti e talvolta si rileva una stretta associazione con alcuni disturbi della personalità, la dipendenza non è per niente una menomazione della "capacità di intendere".

Ciò che viene a essere alterata, insieme alla dimensione del piacere, è la "capacità di volere", intendendo con questa la libera determinazione del proprio agire. Certo, se manca di volontà, una persona non può dirsi sicuramente autonoma, ma da questo a scaricarla completamente da ogni responsabilità il passo è ancora molto lungo. Chi ha una dipendenza, nella stragrande maggioranza dei casi, ha la ragione perfettamente integra e può prendere qualsiasi tipo di decisione, compresa quella di "non dipendere più".

■ Prospettive future

Lo sforzo d'inserire nella propria attività una diagnosi di fase di Prochaska permette di proporre interventi educativo-motivazionali più adatti alle circostanze e permette di ottimizzare il tempo messo a disposizione ai pazienti, nonché le terapie psicologiche e/o farmacologiche più adatte ad ogni singola fase.

Il corso potrà essere duplicato e ripresentato in realtà territoriali differenti, grazie al know-out fornito dall'UE. L'uso della diagnosi di fase dovrà essere valutato in studi osservazionali che ne permettano la verifica nella realtà italiana.

Tabella 2

Diagnosi di fase e strategia comportamentale

Diagnosi di fase	Intervento	Strategia
Precontemplazione	Responsabilizzare il paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Ascoltare. Ricercare aspetti positivi • Dare informazioni personalizzate • Dare priorità a stabilire un contatto e formare un rapporto (non concentrarsi sul comportamento da seguire) • Fare attenzione anche ai tempi e alle circostanze
Contemplazione	Aiutarlo a decidere	<ul style="list-style-type: none"> • Ascoltare i pro e i contro del comportamento e del cambiamento • Implementare l'interesse e la fiducia • Indurre il bisogno di riuscire • Dare fiducia al cambiamento • Essere comprensivo in caso di dubbio • Concedere una certa insicurezza o ansietà
Preparazione	Definire un programma condiviso	<ul style="list-style-type: none"> • Definire un programma preciso, con obiettivo realistico: come e cosa • Dare informazioni sulle possibilità e offrire alternative • Ascoltare e prestare attenzione alle conseguenze, comprese le opportunità perse a causa del comportamento attuale • Incoraggiare il cambiamento e sostenerlo fin dall'inizio
Azione	Fornire sostegno	<ul style="list-style-type: none"> • Incoraggiare il cambiamento e sostenerlo con materiale di auto-aiuto, indirizzi di riferimento, farmaci, appuntamento per follow-up • Ascoltare le difficoltà e i dubbi • Dare conferme, anche per ciò che non è evidente • Non cedere in situazioni difficili
Mantenimento	Prevedere la ricaduta	<ul style="list-style-type: none"> • Ascoltare le sensazioni del paziente • Sostenere la perseveranza • Notare i cambiamenti
Ricaduta	Rivalutare	<ul style="list-style-type: none"> • Ascoltare l'esperienza del paziente • Dare spazio all'esperienza del paziente • Definire la situazione in termini pratici • Rivalutare il progetto come esperienza di riferimento

www.motivateforchange.eu