

tipo di convegno in cui si affrontano problematiche assistenziali in molto pratico ed utile per l'attività clinica quotidiana; il confronto tra Diabetologi accomunati dallo stesso sistema assistenziale trova in questo momento d'incontro un'occasione unica per definire interventi da promuovere nel proprio ambito lavorativo.

Essere riusciti ad organizzare un evento residenziale in tempi di ristrettezze è un segnale forte che i Soci sostenitori di AMD credono in questo tipo di incontro e la

presenza costante di oltre 150 Diabetologi è un segnale altrettanto forte di interesse culturale e di coesione dei soci AMDc ampani.

Anche il fatto che la maggior parte dei contributi presentati al convegno siano stati messi in forma scritta e pubblicati nelle pagine che seguono ne è ulteriore testimonianza.

Arrivederci quindi alla quinta edizione!

Gruppo Diabesità

Il counseling clinico per le modifiche dello stile di vita



G. Iacomino¹, A. Iacomino², M. Iacomino²

gianni.iacomino@tin.it

¹ Ambulatorio Dietologia e Dietetica ASL NA2 Nord, Distretto 37, P.S. Lago Patria;

² Seconda Università degli Studi di Napoli;

³ Università degli Studi di Salerno

Parole chiave: Counseling, Ciclo di cambiamento, Abilità di comunicazione

Keywords: Counseling, Model of change, Communication skills

Riassunto

L'approccio al paziente affetto da malattie croniche con tecniche di counseling è finalizzato ad aumentarne l'aderenza alle terapie prescritte, in particolare nel caso di obesità e nel diabete mellito, paradigma di malattie croniche il cui decorso è influenzato in maniera determinante dai comportamenti individuali dei pazienti. In tali condizioni patologiche, le tecniche di counseling applicate alla terapia dietetica guidano il paziente nelle necessarie modifiche comportamentali attraverso le fasi descritte dal modello di Prochaska. Nel presente lavoro vengono riportati il razionale ed i processi comunicativi più comunemente utilizzati. Inoltre, viene presentato l'utilizzo dei diari dell'alimentazione come strumento di lavoro interattivo, in alternativa alla prescrizione dietetica.

Summary

The approach to the patient affected by chronic diseases with counseling techniques aims to increase the adherence to prescribed therapies; particularly in obesity and diabetes mellitus, paradigm of chronic disease whose course is decisively influenced by the individual behavior of patients. In these pathological conditions, the counseling techniques applied to dietary therapy guides the patient to the necessary behavioral changes through the stages described by the model of Prochaska. In this paper we will explain the rational and communicative processes. We will also present the use of diaries of alimentation as a usefull interactive tool in alternative to a prescribed diet.

Il paziente entra, si siede, parla. Il medico lo ascolta, lo visita, pronuncia una diagnosi, prescrive accertamenti diagnostici e/o un medicamento. Lo schema è questo. Ma ciò che rende la professione medica insostituibile è qualcosa che trascende questo schema. Sempre. In tutti i casi.

Norbert Bensaïd

La modesta aderenza dei pazienti affetti da malattie croniche ai trattamenti prescritti è un problema che sovente vanifica i progressi nella terapia delle malattie. In letteratura sono presenti numerosi lavori che hanno analizzato la problematica, trovando ampia disamina in un documento dell'OMS del 2003⁽¹⁾. In tale pubblicazione viene riportato un tasso di aderenza particolarmente basso proprio nei pazienti affetti da diabete mellito: alla fine del primo anno solo il 15% dei pazienti (37431) cui era stata prescritta la monosomministrazione giornaliera dei medicinali seguiva ancora la terapia in maniera regolare⁽²⁾; pazienti affetti da obesità e T2DM (diabete mellito tipo 2) trattati insieme ai propri coniugi, in sovrappeso ma non diabetici, in un programma comportamentale di riduzione del peso corporeo, perdevano meno peso del rispettivo coniuge e la differenza era legata alla minore aderenza alla dieta prescritta⁽³⁾.

Dagli ulteriori numerosi lavori pubblicati sull'argomento trova conferma la tesi secondo cui l'efficacia della terapia non è solamente dovuta alla perizia del medico ed alle proprie conoscenze scientifiche, ma risulta anche dipendente dalla risposta personale del paziente, intesa non come semplice risposta biologica ma come un fenomeno complesso nel quale diversi fattori giocano un ruolo importante.

Negli ultimi anni si va facendo strada un diverso approccio terapeutico che, ponendo il paziente al centro del processo di cura, è finalizzato alle modifiche dei comportamenti del paziente stesso e non alle modifiche dei soli parametri clinici, essendo questi dipendenti dai primi. Le malattie che maggiormente sono influenzate dai comportamenti individuali rappresentano il campo di azione ideale per l'applicazione pratica del counseling, in particolare l'obesità ed il diabete mellito.

L'obesità e le malattie ad essa conseguenti sono ritenute di difficile trattamento; basti ricordare le celebri conclusioni di Stunkard: "Tra tutti gli obesi, la maggior

parte non inizierà neppure un trattamento; tra quelli che ne cominceranno uno, la maggior parte non lo porterà a termine; tra quelli che lo termineranno, la maggior parte non perderà peso; tra quelli che ne perderanno, la maggior parte lo recupererà rapidamente⁽⁴⁾”.

L'aderenza ai trattamenti è definita come un processo attivo e volontario, che coinvolge il paziente nella gestione della malattia attraverso un percorso concordato del quale paziente stesso e operatori sanitari condividono le responsabilità.⁽⁵⁾

La motivazione gioca un ruolo centrale nella spinta a mettere in atto un comportamento di salute, ed è collegata alle convinzioni circa la malattia e la sua severità, il grado di vulnerabilità che il paziente avverte, la stima tra i benefici percepiti del comportamento da attuare e le barriere avvertite nel porlo in atto.

Il modello più citato del ciclo di cambiamento è quello di Prochaska e Di Clemente⁽⁶⁾ che prevede cinque fasi:

1. Precontemplazione: la persona non pensa di cambiare il comportamento perché è assente la consapevolezza del bisogno di cambiare e vi è un rifiuto di riconoscere il rischio che si corre perpetuando il comportamento attuale.
2. Contemplazione: la persona prende in considerazione la possibilità di cambiare, perché può aver compreso la necessità di farlo, ma è ancora in fase di riflessione.
3. Preparazione: la persona inizia a fare concreti progetti e ad individuare modi e tempi per porre in atto la sperimentazione del cambiamento.
4. Azione: vengono messi in atto tentativi concreti per modificare il comportamento.
5. Mantenimento: la persona cerca di mantenere il cambiamento attuato, impegnandosi per prevenire le possibili ricadute.

Il passaggio attraverso le varie fasi non è lineare e quindi il ciclo viene raffigurato come una ruota che può essere ripercorsa più volte prima che il comportamento sia stabile; l'ingresso nel cerchio può avvenire in qualunque fase e si può procedere quanto retrocedere.

Da quanto detto discende l'importanza di utilizzare strategie comunicative idonee ad incrementare le motivazioni ed a favorire il processo di cambiamento del paziente.

Quando si parla di counseling, termine oggi molto in voga, si intende un'attività professionale che tende ad orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità di un utente promuovendone atteggiamenti attivi e propositivi e stimolandone le capacità di scelta.

L'etimologia del termine risale al latino *cum + solere* (“aiuto a sollevarsi”) come pure *consultum* (“consigliarsi, riflettere”).

Per counseling terapeutico si può intendere, in senso più compiuto, una particolare modalità di rapporto medico-paziente che modifica il ruolo classico di medico-prescrittore e paziente-fruitore, assegnando al primo il ruolo di accompagnatore del paziente in un percorso di cambiamento che lo conduca ad un'autogestione della propria malattia. L'attività di counseling è chiaramente differente da quella della psicoterapia: il nostro paziente si avvale delle competenze del *medico-counselor*

come sussidio delle capacità che già possiede, in modo da conseguire gli obiettivi che desidera, nei tempi e nei modi che gli sono consoni.

Ogni Scuola di pensiero ha dato del counseling una sua definizione, ma alcune caratteristiche sono condivise:

- La comunicazione è lo strumento centrale di comprensione e di risoluzione del problema presentato dal paziente;
- L'intervento non intende avere scopo terapeutico nei confronti di scompensi psicopatologici, ma è finalizzato ad affrontare disagi e difficoltà emergenti in momenti critici dell'esistenza (nello specifico contesto: la malattia, il suo esordio, il suo trattamento, le eventuali ricadute);
- Le strategie comunicative sono tese ad attivare e organizzare le risorse dell'individuo e favorire nel paziente scelte e cambiamenti adattivi.

La comunicazione riveste un ruolo fondamentale nel counseling: le tecniche di counseling nel colloquio clinico, oltre a perseguire obiettivi di passaggio di informazioni in flussi comunicativi basati su scambi continui tra medico e paziente, consentono di costruire una relazione nella quale il paziente porta informazioni circa le sue preoccupazioni rispetto alla malattia, o le sue resistenze alla terapia, e chiede che queste vengano ascoltate e comprese dal medico.

In realtà non si tratta di abbandonare il paradigma medico che si occupa del *disease*, ma di integrarlo ed arricchirlo con l'analisi e l'esame dell'*illness* (percezione da parte del malato del significato e senso di ciò che gli sta accadendo) e della *sickness* (l'interpretazione che il contesto sociale e familiare dà della malattia e le azioni che le persone e la società stessa compiono per supportare il malato). In pratica si tratta di passare dal modello *disease centred* o *doctor centred* al modello *patient centred*; il modello *patient centred* non esautorava il ruolo del medico, né nega il modello *disease centred*, ma lo amplia e afferma la contemporaneità dei due versanti della malattia, quello della spiegazione medico-scientifica e quello antropologico e soggettivo del paziente. La condizione essenziale è l'apertura all'ascolto ed all'accoglienza dei contenuti portati dal paziente.

L'approccio *patient centred* non deve essere confuso con l'*humanitas* e la *pietas* che devono essere richieste ad ogni operatore sanitario, medico in primis. Le doti del medico, quelle che elevano l'uomo a medico, sono l'innato e di acquisito, derivante quest'ultimo dal percorso formativo dell'operatore. La storia della medicina, fortunatamente, è piena di esempi di eccellenti medici, tali in quanto dotati di *humanitas* e *pietas*.

Il counseling si avvale di tecniche che devono essere apprese, pur se le stesse risulteranno di più facile applicazione se basate su doti personali.

Il percorso di counseling terapeutico

Nella comunicazione tra medico e paziente, durante la visita, si possono identificare tre macro-funzioni che devono essere garantite:

1. La raccolta delle informazioni dal paziente;
2. La restituzione delle informazioni al paziente;
3. La creazione o il mantenimento dell'alleanza e della relazione tra medico e paziente.

Le abilità di counseling che consentono il passaggio delle informazioni dal paziente al medico sono:

- Questioning skills
- Checking skills
- Reflection skills
- Active listening skills

I **questioning skills** sono processi condizionati da numerosi variabili (problema, relazione medico-paziente, contesto della visita, momento, obiettivo della visita). L'uso delle domande in forma caotica allunga i tempi necessari e crea confusione nel flusso informativo.

Si possono distinguere alcuni tipi di domande:

- a. Domande chiuse: richiedono una risposta precisa: sì/no; servono a raccogliere dati oggettivi, precisi, sono utili all'interno di un algoritmo ad albero nel quale la risposta apre ad opzioni diverse e precise. Un eccesso di domande chiuse crea un *high control style* del medico e non indaga il punto di vista del paziente; inoltre la modalità di somministrazione della domanda può indurre la risposta del paziente: se veicola un giudizio del medico rispetto ad un comportamento sbagliato, può indurre una risposta non veritiera.
- b. Domande aperte: indagano un *range* ampio di informazioni e richiedono risposte elaborate del paziente; fanno emergere l'*agenda* del paziente e danno modo di indagare il *mondo personale* del paziente (timori, cognizioni), il suo *contesto sociale e familiare*, le *soluzioni* che ha già immaginato o già sperimentato, le *aspettative nei confronti del medico*. Il medico deve avere la capacità di selezionare dal racconto ciò che è utile trattare in quel dato momento ed avere l'abilità di interrompere il paziente con opportune tecniche (valorizzazione, differenziazione, meta comunicazione).
- c. Trigger questions: servono a *rompere il ghiaccio* all'inizio di un colloquio (dirette: "cosa mi vuol raccontare?", indirette: "mi dica... continui...").
- d. Tecnica di eco: il medico avverte che dietro una parola del paziente c'è un segnale, un'occasione per approfondire (senza indagare in maniera rigida come nelle domande chiuse) un contenuto che il paziente inserisce nel dialogo e che è collegato all'*agenda* del paziente. Nel colloquio clinico e nella medicina *patient centred* si lavora su questi segnali; non si tratta di fare un lavoro introspettivo, ma di lasciare che emergano contenuti importanti per il paziente e questo può avvenire soltanto quando quest'ultimo non si sente giudicato e se non si innesca il meccanismo della paura di essere abbandonato qualora si contrastino o si negozino scelte che riguardano la sua salute.
- e. Tecniche di sollecitazione: invitano il paziente a parlare, a dire di più ("ho capito...", "vada avanti...", "mmh...")

I **checking skills** riguardano il flusso della comunicazione dal medico al paziente e permettono di verificare

e controllare che il primo abbia compreso la comunicazione del secondo e viceversa; consentono la costruzione di informazioni comuni sia al *disease* che alla *illness*:

- a. Parafrasi: riproposizione da parte del medico di un'informazione del paziente;
- b. Riassunti e ricapitolazioni: riproposizioni sintetiche dei dati espressi dal paziente e viceversa dal medico; il riassunto da parte del medico, con l'attenzione di non inserire interpretazioni rispetto al materiale narrato, fa sentire il paziente ascoltato e capito. Il riassunto può essere di tipo *selettivo* (dà ordine ai dati narrati, consente al paziente la correzione di eventuali distorsioni od incomprensioni da parte del medico ed indica al paziente gli argomenti di competenza del medico e quelli che possono essere trattati nell'ambito della visita), di tipo *di collegamento* (tra una visita e quella successiva, partendo da una memoria condivisa ed andando ad esplorare nuovi temi o problemi) o di *chiusura* (per passare da un argomento già esplorato ad un altro o per fare il punto delle situazione alla fine dell'incontro);
- c. Checking back skills: consistono nella verifica della comprensione del paziente e forniscono l'opportunità di rettificare o integrare contenuti ("è tutto chiaro?", "vuole ripetermi come dovrà assumere la terapia?").

I **reflection skills**, si usano per interventi di riflessione e restituzione delle informazioni dal medico al paziente, ma riguardano la dimensione dei sentimenti espressi dal paziente e comunicano la comprensione da parte del sanitario di come il malato vive e sente la sua condizione patologica e le ansie collegate ad essa. Queste sono molto importanti per la costruzione della relazione e per il consolidarsi di un'alleanza basata sull'accettazione e la legittimazione dei sentimenti e delle difficoltà espresse dal paziente.

Gli interventi di riflessione possono riguardare:

- a. Espressioni empatiche ("capisco quanto sia difficile per lei accettare la diagnosi di diabete", ...);
- b. Legittimazione ("tutti sarebbero spaventati di fronte all'introduzione di tanti cambiamenti nello stile di vita", ...);
- c. Supporto ("sappia che può contare sul mio aiuto in tutto il percorso", ...);
- d. Focusing e Categorizzazioni: hanno l'obiettivo di portare l'attenzione del paziente su un aspetto che il medico ritiene centrale da affrontare, dopo aver rilevato una serie di dati informativi, e rendono consapevole il paziente del filo logico che il medico sta utilizzando durante la visita. Le categorizzazioni sono utili anche nella fase finale della visita, preannunciando che il tempo a disposizione sta terminando: servono ad evitare che il paziente introduca un nuovo problema al termine della seduta ed, inoltre, lo rendono partecipe dell'andamento della visita.

Nel formulare le domande riflessive è importante che il medico colleghi la domanda a ciò che il paziente ha detto in precedenza ("mi ha parlato del problema dell'insulina" ...) e faciliti la comparsa di differen-

ze nel vissuto del problema quando il paziente assolutizza le affermazioni (“non riesco mai a controllare la mia dieta” ..., “è sempre un problema trovare la privacy per iniettarmi l’insulina”,...), cercando situazioni nelle quali il problema si è presentato in maniera minore e condividendo quali siano state le risorse attivate in quel dato momento rispetto ad altre situazioni problematiche.

Active listening skill: collegamento costante ed attivo dell’attenzione del medico rispetto a ciò che il paziente dice durante la visita; l’empatia (“en” dentro “pathein” punto di vista) si crea attraverso un ascolto reale e incondizionato dell’esperienza del malato e l’efficacia delle tecniche di counseling dipende moltissimo dalla qualità della relazione che il medico riesce ad instaurare con il paziente. La comunicazione non verbale (gesti, occhiate, postura, contatto fisico, espressione facciale, etc.) è un mezzo potente per trasmettere emozioni e quando un messaggio linguistico appare in contrasto con uno non verbale è quest’ultimo ad indicare meglio come stanno le cose.⁽⁷⁾

I tempi di una visita medica attuata con le tecniche di counseling non sono più lunghi di una visita normale, al contrario, a parità di tempo, si ottengono maggiori informazioni clinicamente utili dal punto di vista diagnostico e terapeutico, si restituiscono informazioni più chiare (gli outcomes) che vengono comprese e ricordate dai pazienti.

Nel nostro ambulatorio da oltre un decennio utilizziamo le tecniche di counseling nel percorso terapeutico. Abbiamo abbandonato la prescrizione di schemi dietetici, precompilati o personalizzati con l’ausilio di software, avendo constatato come i pazienti “personalizzavano” (volendo utilizzare un eufemismo!) le nostre prescrizioni, che non trovavano preciso riscontro in diari dell’alimentazione somministrati a distanza di qualche tempo dalla prescrizione schematica.

Siamo passati dal modello prescrittivo della dieta al modello comportamentale: in realtà abbiamo riportato il termine dieta al proprio significato classico (δίαιτα = genere di vita, modo di vivere, tenore di vita)⁽⁸⁾

Lavoriamo con i nostri pazienti con l’ausilio di diari dell’alimentazione: nel corso della prima visita consegniamo un primo diario spiegando che la sua redazione è finalizzata all’acquisizione della consapevolezza del paziente nel rapporto con il cibo e non al controllo od al giudizio sulle sue abitudini. Inoltre, forniamo delle semplici regole di compilazione: redazione in cronaca diretta, chiediamo di descrivere il tipo di cibi solidi e di bevande consumati e le quantità assunte. Nei pazienti affetti da diabete mellito viene proposto di riportare i valori glicemici rilevati con glucometro in corrispondenza dei singoli pasti, agli intervalli usualmente previsti.

Alla visita successiva esaminiamo con il paziente il diario redatto, cogliendo spunti per colmare le lacune di conoscenze e, sovente, per sfatare la pletora di falsi miti che circondano la terapia nutrizionale. Il rilievo dei valori glicemici consente di condividere scelte alimentari opportune alla loro normalizzazione.

Proponiamo, quindi, un “diario guidato”⁽⁹⁾ che semplifica le regole di fisiologia della nutrizione indicando la suddivisione della razione alimentare quotidiana in cinque pasti, l’assunzione giornaliera di cinque porzioni

di alimenti di origine vegetale ed il corretto equilibrio tra i nutrienti a pranzo e cena con l’assunzione di carboidrati complessi e semplici, proteine, grassi e fibre; non vengono ancora prescritte quantità precise di alimenti da assumere, rimandando agli incontri successivi le necessarie ed eventuali modifiche rispetto alle razioni abituali del paziente.

Nelle ulteriori visite, la cui cadenza è quindicinale fino all’ottenimento di una modifica delle abitudini alimentari stabile ed efficace per la risoluzione degli scompensi clinici, vengono discussi i diari redatti e suggerite le strategie da attuare sia nel comportamento individuale che nel gruppo sociale di appartenenza. L’attenzione all’attività fisica è costantemente richiamata ad ogni incontro.

L’aderenza dei pazienti al metodo descritto risulta decisamente superiore, nella nostra esperienza, a quella riportata in letteratura per gli approcci prescrittivi e, soprattutto, consente l’interiorizzazione di strategie che guidano il paziente nel percorso di autogestione quotidiana a distanza di anni.

Sono auspicabili studi, possibilmente multicentrici vista l’influenza indiscutibile del ruolo del singolo operatore nel percorso di counseling, che valutino in maniera statisticamente rigorosa l’efficacia del counseling nutrizionale rispetto agli approcci tradizionali.

Pur tuttavia, le tecniche di counseling consentono la creazione dell’indispensabile relazione terapeutica che prevede come obiettivo centrale non tanto il calo ponderale o l’equilibrio glicemico in un dato lasso di tempo, quanto la modifica comportamentale, essendo i primi diretta funzione del secondo; nel mentre siamo convinti che l’approccio prescrittivo, sia dietetico che farmacologico, che escluda il paziente dalla condivisione del percorso terapeutico, sia tra le cause principali della scarsa aderenza alle prescrizioni stesse.

Conflitto di interessi: nessuno.

BIBLIOGRAFIA

1. Adherence to long term therapy: Evidence for action, WHO 2003, 71-82 http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/.
2. Dailey G, et al. Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drug regimens: Evaluation of a Medicaid patient population with type 2 diabetes mellitus. *Clinical Therapeutics* 23:1311-1320, 2001.
3. Wing RR et al. Type II diabetic subjects lose less weight than their overweight nondiabetic spouses. *Diabetes Care* 10:563-566, 1987.
4. Stunkard JA. *The Pain of Obesity*. Bull Publishing Company, University of Michigan. Digitized 1976.
5. Barofsky I. Compliance, adherence and the therapeutic alliance: Steps in the development of self-care. *Social Science and Medicine* 12:369-376, 1978.
6. Prochaska e Di Clemente, Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *American Journal of Health Promotion* 12(1):11-12, 1982.
7. Roberti A, Belotti C, Caterino L. “Comunicazione medico-paziente”. NLP Italy, Bergamo, 2006.
8. F. Montanari. *Vocabolario della Lingua Greca*. Ed. Loescher, 525, 2004.
9. G. Iacolino. *Diario guidato o dieta del cinque*. ADI Magazine 3:10, 267-8, 2006.