

Cambiamento dei comportamenti

Il diabete comporta una costante attenzione del paziente al suo stile di vita e l'adozione di comportamenti di salute che richiedono cambiamenti di abitudini e/o l'adozione di modificazioni sostanziali nel regime dietetico, nell'attività fisica con ripercussioni sulle scelte individuali, ma anche con riflessi sul contesto socio-relazionale di appartenenza del paziente.

Il tema della modificazione dei comportamenti di salute è vastissimo, oggetto di studio privilegiato della Psicologia della Salute, dell' Antropologia Medica, della Sociologia della Salute, della Psicologia Sociale, della Educazione alla Salute, dell'Educazione degli Adulti, della Medicina Comportamentale.

Il tema ha subito dagli anni '50 in poi continue rivisitazioni e ampliamenti collegati alle teorie di riferimento concettuali degli studiosi e dei loro rispettivi modelli teorici di riferimento (prospettiva comportamentale, cognitiva, cognitivo-comportamentale): *Health Belief Model, Theory of Reasoned Action, Social Learning Theory*.

Senza volere ripercorrere in questa sede il dibattito e i contributi sviluppatisi intorno al tema, ciò che accomuna i vari campi di indagine è la constatazione che l'informazione da sola non è sufficiente a promuovere un cambiamento.

Il processo di comunicazione delle informazioni non è mai del tutto controllabile dall'emittente, per cui non c'è necessariamente corrispondenza tra il significato attribuito a un certo messaggio da chi lo formula e il significato attribuito a esso dal ricevente.

I fattori che intervengono nella decisione di un paziente di porre un cambiamento di comportamenti sono talmente variegati per cui la numerosità e la valenza di tali fattori, se pur generalizzabile, va poi verificata di volta in volta per il singolo paziente.

L'elaborazione delle informazioni è un processo non-automatico che si svolge in fasi successive:

- ricevere l'informazione (numero limitato d'informazioni),
- capire: attenzione e percezione selettiva,
- ricordare: attribuzione di significato a quanto è stato ascoltato e valutazione,
- accettare l'informazione e cambiare atteggiamenti: elaborazioni cognitive sulle conseguenze del cambiamento, cambiare comportamento.

Nella definizione di **Health Behavior** troviamo tutta la complessità di tali contributi e gran parte degli elementi che entrano in gioco nella decisione di una persona di cambiare un comportamento legato alla salute: *"quegli attributi personali come convinzioni, aspettative, valori, percezioni e altri elementi cognitivi; caratteristiche di personalità, comprendendo in esse stati e tratti affettivi ed emotivi; modelli di comportamento osservabili, azioni e abitudini che hanno a che fare col mantenimento, miglioramento, ripristino della salute...questi attributi personali sono influenzati da, e d'altro canto riflettono, processi e strutture familiari, fattori sociali e legati al gruppo dei pari, nonché determinanti sociali, istituzionali e culturali"* (1)

La motivazione ricopre un ruolo centrale nella spinta di una persona a mettere in atto un comportamento di salute anche nell'ambito della prevenzione secondaria, come nel caso di diabetici già diagnosticati tali.

La spinta motivazionale 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 e le barriere avvertite nel porlo in atto.

Da questi elementi parte la spinta ad agire la modificazione comportamentale e la motivazione a proteggersi da eventuali aggravamenti.



Prochaska e di Clemente(2) hanno elaborato il ciclo del cambiamento dei comportamenti, costituito da cinque differenti fasi che le persone attraversano quando attuano, o pensano di attuare, un cambiamento comportamentale:

- **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.

Es.: “Il mio medico mi dice che devo fare attività fisica, ma io mi sento bene così ...”.

Il problema per il paziente in questa fase non esiste, sono gli altri che lo vedono.

In questo stadio il paziente:

- non ha nessuna intenzione di cambiare,
- non ha consapevolezza della propria condizione patologica o a rischio, o la nega,
- altri vedono il problema, la persona lo ignora o lo minimizza,
- i meccanismi di **negazione** e **proiezione** sono dominanti.

- **Contemplazione:**

la persona prende in considerazione la possibilità di cambiare, perché può aver compreso la necessità di farlo, ma è ancora in una fase di riflessione.

Es.: “Vorrei svolgere attività fisica, ma non so se ce la posso fare ...”.

In questa fase domina l'ambivalenza e la spinta contrapposta tra due forze: una spinge il paziente verso il cambiamento, l'altra lo frena perché più forte è il peso delle difficoltà da affrontare nel presente rispetto ai vantaggi che ne seguiranno.

In questa fase:il paziente:

- comincia a considerare la necessità di cambiare,
- aumenta la percezione degli aspetti positivi del comportamento e, contemporaneamente, delle sue conseguenze negative,
- dominano i meccanismi di *ambivalenza*.

- **Preparazione:**

la persona inizia a fare concreti progetti e a individuare modi e tempi per porre in atto la sperimentazione del cambiamento.

Es.: “Ho deciso, da domani inizio a fare una passeggiata di 30 minuti il pomeriggio alle 17...”.

In questa fase, in genere di minore durata rispetto alle altre:

- il paziente decide di cambiare.
- la *pregnanza emotiva* degli aspetti positivi del comportamento da cambiare viene smorzata,
- la consapevolezza degli aspetti negativi del comportamento da modificare è dominante,
- l'ambivalenza è attenuata,
- inizia l'apertura verso suggerimenti.

- **Azione:**

vengono messi in atto tentativi concreti per modificare il comportamento.

In questa fase:

- vi è l'interruzione del comportamento problematico,
- inizia l'adozione del nuovo comportamento,



- vi è l'incorporazione del comportamento nello stile di vita.
- **Mantenimento:**
la persona cerca di mantenere il cambiamento attuato, impegnandosi per prevenire le possibili ricadute.
L'obiettivo è di arrivare a rendere automatico il nuovo comportamento, azzerando il rischio di ricadere nel vecchio.
In questa fase:
 - c'è l'uscita definitiva dal problema,
 - c'è il rischio di ricaduta, fenomeno "fisiologico" nel processo di cambiamento comportamentale,
 - tanto più si colpevolizza la ricaduta tanto più difficile è ricominciare il ciclo.

Il passaggio attraverso le varie fasi non è lineare.

Prochaska e Di Clemente hanno rappresentato il ciclo con 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 sia procedere che retrocedere.

La resistenza a cambiare una o più abitudini viene solitamente interpretata come un problema connesso strettamente al paziente.

In parte è così; ci sono le sue motivazioni a conservare le vecchie abitudini, le difficoltà legate al cambiamento, le sue cognizioni su ciò che fa male e ciò che fa bene, ma favorire il cambiamento di comportamenti disfunzionali è uno degli obiettivi che il medico deve perseguire nell'educazione del paziente diabetico.

La resistenza del paziente a cambiare comportamenti può assumere la forma di una tranquilla riluttanza, a volte di un aperto diniego, altre ancora quella di un contrasto aperto.

La contrapposizione è una trappola che va evitata con i pazienti resistenti o riluttanti, perchè non produce che altri conflitti.

Da questa constatazione discende l'importanza, anche in questo ambito, di utilizzare strategie comunicative idonee e *tecniche di counseling* per far sì che il paziente acquisisca consapevolezza del problema che presenta, sviluppi autonomia nella gestione della sua salute, intraprenda un percorso di modificazioni di abitudini sbagliate e si avvii a formulare obiettivi e metodi idonei per raggiungerli.

NOTE

1) Gochman D. S., *Health Behavior. Emerging Research Perspectives*, Plenum Press, New York, 1998

2) Prochaska J.O., Di Clemente C., *Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, pp. 390 – 395, 1998

