

*Francesco Iarrera
Antonino Faillaci*

La
comunicazione
motivante
**nella terapia di
sovrappeso e obesità**

**Principi e strategie
pratiche**



SEEd

A cura di

Francesco Iarrera

*Dietista, esperto nella terapia dei disturbi dell'alimentazione e dell'obesità,
responsabile Centro di Riabilitazione Nutrizionale, Oliveri (ME)*

Antonino Failiaci

*Medico di medicina generale, specialista in medicina interna,
Centro di Riabilitazione Nutrizionale, Oliveri (ME)*

© **SEEd** srl

Piazza Carlo Emanuele II, 19 – 10123 Torino, Italy

Tel. +39.011.566.02.58

www.edizioniseed.it – info@edizioniseed.it

Tutti i diritti riservati

Prima edizione Ottobre 2015

Finito di stampare nel mese di Ottobre 2015
presso Rotomail Italia S.p.A. – Vignate (MI)

ISBN 978-88-9741-961-7

SEEd S.r.l. declina ogni responsabilità derivante da un uso improprio delle informazioni contenute nel presente volume. Tali informazioni non devono essere utilizzate o interpretate come ausilio diagnostico e/o terapeutico e non devono essere intese come sostitutive del consulto del medico.

Fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, comma 4, della legge 22 aprile 1941 n. 633 ovvero all'accordo stipulato tra SIAE, AIE, SNS e CNA, CONFARTIGIANATO, CASA, CLAAI, CONFCOMMERCIO, CONFESERCENTI il 18 dicembre 2000.

Le riproduzioni per uso differente da quello personale potranno avvenire solo a seguito di specifica autorizzazione rilasciata dagli aventi diritto/dall'editore.

Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108, Milano 20122, e-mail segreteria@aidro.org e sito web www.aidro.org



Sommario

	Premessa	5
	Introduzione.....	9
1	La motivazione a perdere peso	15
	1.1 Che cos'è la motivazione?	16
	1.2 L'ambivalenza	20
	1.3 Per che cosa sono motivato?	23
	1.4 Che cosa fa perdere peso a un paziente?.....	24
2	Una visione d'insieme.....	27
	2.1 Quando usare il colloquio motivazionale con il paziente sovrappeso	27
	2.2 Come capire se il colloquio sta andando bene	29
	2.3 Che cos'è il colloquio motivazionale nel paziente sovrappeso	31
	2.4 Una chiave per l'insuccesso	32
3	I pilastri del colloquio motivazionale	35
	3.1 La filosofia del colloquio.....	37
	3.2 I principi di questo metodo	38
	3.3 Stimolare affermazioni dimagranti	48
4	Gli strumenti.....	49
	4.1 L'ascolto dinamico	50
	4.2 Domande.....	62
	4.3 Riassumere	73
	4.4 Espressioni di sostegno.....	77
	4.5 Gli aspetti non verbali	78
	4.6 Le interiezioni.....	82
	4.7 Quando usare le diverse strategie	82
	4.8 Integrare le varie strategie.....	84
5	Le affermazioni “dimagranti”	87
	5.1 Caratteristiche delle affermazioni dimagranti	88
	5.2 Come riconoscere le affermazioni dimagranti	89
	5.3 Evocare le affermazioni dimagranti	91
	5.4 Ampliare le affermazioni dimagranti.....	97

6	Il paziente “resistente”	115
6.1	La “resistenza”	115
6.2	Come gestire le affermazioni contrarie al dimagrimento.....	118
7	Migliorare la fiducia del paziente sovrappeso (autoefficacia)	127
7.1	Domande evocative	128
7.2	Rielaborare il fallimento	129
7.3	Abbassare l’asticella	130
7.4	Rinforzare le affermazioni di fiducia	133
7.5	Fare ulteriori domande sulla fiducia	133
8	Il primo colloquio	135
8.1	Le fasi del primo colloquio	136
9	Casi difficili	151
9.1	Caso clinico n° 1	151
9.2	Caso clinico n° 2	162
10	Gestire il resto dei colloqui	165
10.1	Che cosa non fare in questi colloqui.....	167
10.2	Che cosa fare in questi colloqui	169
10.3	Le fasi dei colloqui successivi	175
11	Conclusione	185
12	Bibliografia	187

Premessa

Non vi è alcuna ragione per cui si possa essere certi che un paziente si impegni nel programma proposto e perda peso. Allo stesso modo, non vi è saggezza nel pensare, a un certo punto, che questo non possa avvenire. È probabile che la collocazione del colloquio motivazionale sia proprio nella terra di mezzo che esiste fra questi due opposti.

Quando per la prima volta Carl Rogers cominciò a parlare di una terapia basata sul paziente, la lancetta del tempo segnava gli anni '50. Un contesto culturale, sociale ed economico assai diverso da quello che ci ritroviamo a vivere oggi. Egli ipotizzò che ogni persona dovesse decidere autonomamente, poiché ne aveva le capacità, quale fosse la via da percorrere, quella più adatta a lui, e che, se un colloquio psicologico fosse avvenuto in una condizione di accettazione, ogni persona, potendo ritrovare se stessa e la propria natura di uomo, si sarebbe orientata a migliorare i propri comportamenti. Rogers, inoltre, fu il primo a sostenere che se un terapeuta avesse tentato di “spingere” o, ancora peggio, di forzare verso una determinata direzione un paziente, paradossalmente, avrebbe ottenuto come unica conseguenza quella di limitarne la possibilità di andare in quella direzione in cui voleva condurlo. Era evidente in Rogers una straordinaria considerazione e un'elevata aspettativa delle inclinazioni umane e delle proprie capacità, malgrado, non sempre, fossero attese.

Tuttavia, le intuizioni rogersiane, le sue ricerche ed elaborati sono state determinanti nel fornire lo stimolo a valutare l'importanza del concetto della motivazione in ambito clinico. Proprio da questo punto partirono Miller e Rollnick, i quali, riprendendo e revisionando gli studi di Rogers, ebbero la geniale intuizione di introdurre una metodica comunicativa finalizzata ad implementare la motivazione a cambiare, nella pratica clinica.

Nonostante il suo utilizzo sia stato sperimentato, e in seguito consolidato storicamente, nel campo delle dipendenze patologiche, quello che oggi definiamo, genericamente, “colloquio motivazionale”, è ormai riconosciuto e utilizzato come un utile strumento professionale per operatori sociali, educatori e insegnanti, fino a trovare ampio spazio in contesti “terapeutici” sanitari, incluso quello nutrizionale con pazienti in sovrappeso.

È frequente negli ambulatori specialistici di nutrizionisti – come del resto nella gran parte degli ambiti sanitari – assistere a colloqui in cui l'esperto dottore impartisce lezioni magistrali al paziente che, a sua volta, è relegato nel ruolo di uditore quasi del

tutto passivo, in attesa, come Mosè sul monte Sinai, che gli si consegna il “foglio magico” con tutto ciò che dovrà fare.

Del resto, dire a un paziente in sovrappeso che cosa e quanto mangiare può sembrare la soluzione più semplice anche a noi specialisti, visti i dati che dimostrano che ad oggi si tratta ancora del sistema più utilizzato nella pratica clinica. Tuttavia, come uomini di scienza, non possiamo non dar credito a imponenti ricerche scientifiche che dimostrano che si tratta di un sistema non efficace.

Una persona che si rivolge a noi per perdere peso ci sta chiedendo di aiutarlo a cambiare il proprio stile di vita, se non *in toto*, almeno in parte. E questa è un’impresa né semplice né scontata da realizzare. Occorre che il nostro paziente rimoduli il proprio modo di pensare al cibo e di utilizzarlo. Gli alimenti scelti, le quantità introdotte, gli orari in cui consumare i pasti. Si tratta di aspetti che inevitabilmente dovranno trovare una nuova collocazione fra le proprie priorità e la propria scala dei valori, se l’obiettivo finale è quello di perdere peso e mettersi nelle condizioni ottimali per poterlo mantenere.

So benissimo che ognuno di noi ha avuto la fortuna di avere a che fare, nelle proprie carriere, con maggiore o minore frequenza, con pazienti che sono stati in grado di produrre un cambiamento del proprio stile di vita istantaneo, deciso e perentorio. Alcune volte sarà persino successo che si trattasse di un cambiamento definitivo.

Purtroppo, questa non è la regola.

La realtà è che le persone, spesso, faticano a scalare la montagna del proprio cambiamento; prima tentennano, dopo rallentano e in ultimo s’inchiudano, fino a pensare che perdere peso non sia possibile. A volte è sbagliato il momento, altre l’approccio terapeutico, altre ancora gli obiettivi che ci si è posti. In tutti i casi, non riescono a perdere peso o lo recuperano subito dopo averlo perduto.

Qualunque sia l’elemento che ostacola il cambiamento, oggi sappiamo con certezza che il terapeuta è in grado di influenzare questo complesso e articolato processo evolutivo, in un verso o nell’altro. Molte ricerche dimostrano che il modo in cui il terapeuta parla, ciò che sceglie di dire e il suo atteggiamento nei confronti del paziente possono influenzare la sua decisione di iniziare un trattamento e la possibilità che lo segua nel tempo. In definitiva, il terapeuta è in grado di influenzare la perdita di peso.

Alla luce di queste acquisizioni, non appare saggio, né accettabile, che un consulente alimentare moderno – indipendentemente dalla propria formazione universitaria (dietologo, nutrizionista, dietista, alimentarista) – si assoggetti all’idea anacronistica secondo cui un paziente che non riesce a seguire un programma per la perdita di peso sia semplicemente una persona priva di volontà o, peggio ancora, che egli decida di rimanere così com’è.

Credo sia giunto il momento che noi terapeuti della nutrizione iniziamo a mettere in discussione, in maniera profonda e definitiva, i nostri approcci, assumendoci buona parte della responsabilità, ponendo il nostro “modo di fare” fra le cause dei fallimenti terapeutici, laddove fino ad ora si sono individuati solo limiti caratteriali del paziente. Discutendo con alcuni colleghi di questi argomenti mi è stato fatto notare che non è semplice modificare le conoscenze scientifiche di professionisti che lavorano da decine

d'anni. Ho risposto che non è questo il senso del metodo qui descritto, la cui finalità esula del tutto dall'intenzione di criticare o sostenere determinate informazioni cliniche, che ogni professionista sviluppa nel corso della propria carriera formativa. In poche parole, l'obiettivo non è discutere "cosa" si dice al paziente, ma semplicemente proporre un modo diverso di "come" comunicare le conoscenze scientifiche acquisite e di "come" porsi con i pazienti, in una nuova visione della relazione che si crea fra terapia, paziente e terapeuta, in cui il paziente è chiamato a divenire un attore responsabile e attivo del proprio cambiamento.

Che cosa dire, come comunicarlo e quando proporlo, sono gli aspetti chiave da imparare a gestire affinché un programma per la perdita di peso – qualunque esso sia – sia influenzato nella giusta direzione; sono abilità a volte innate, ma che possono essere apprese da chiunque ne senta l'esigenza. Proprio questa è la funzione de «La comunicazione motivante nella terapia di sovrappeso e obesità»: fornire agli specialisti del settore una metodologia flessibile e allo stesso tempo strutturata, da poter mettere a disposizione di se stessi e dei propri pazienti. Apprendere quest'abilità significa possedere un'opzione supplementare, una nuova freccia nel nostro arco, per poter aiutare i pazienti a trarre da se stessi le capacità per potercela fare. In fondo, non dovremmo scordare che il paziente è l'unico a poter cambiare se stesso, nessun altro potrà farlo al posto suo. Malgrado ciò, oggi sappiamo che un terapeuta può agire prima facendo emergere e poi potenziando le motivazioni del paziente a seguire la terapia, qualunque essa sia.

Aumentare l'importanza, la fiducia e la disponibilità a dimagrire sono obiettivi specifici che il colloquio motivazionale persegue costantemente, ricollocando la perdita di peso a un livello più alto nella propria scala dei valori, fino a rendere il cambiamento del proprio stile di vita non un obiettivo ma un nuovo modo di vivere e pensare a se stesso; non un obiettivo fra tanti ma quello più importante.

È un'esperienza assai gratificante sentire il proprio paziente che parla del desiderio di poter cambiare e della possibilità di poterci riuscire, cercando delle soluzioni utili al cambiamento, decidendo, infine, di impegnarsi per raggiungerlo. Al contrario, invece, è frustrante la sensazione di impotenza che ci pervade nel momento esatto in cui nel tentativo di persuadere una persona a fare una determinata cosa, giungiamo alla conclusione disperata, e delle volte anche irritata, che "non cambierà mai".

Tornando per un attimo a Rogers e alle sue intuizioni, occorre fare riferimento a una caratteristica che egli riteneva necessaria in un terapeuta: l'autenticità. Perché il colloquio funzioni davvero, e raggiunga le finalità che si prefigge, occorre che il terapeuta non si limiti a utilizzare tecniche e strategie diverse in maniera formale, come fossero una specie di catena di montaggio: il paziente lo percepirebbe immediatamente come un artificioso esercizio dialettico, privo di un reale interesse nei propri confronti. Non si deve "raccontare" il colloquio motivazionale, bisogna "viverlo". Un buon terapeuta deve essere congruo e coerente con lo stile del colloquio, deve credere in ciò che sta facendo ed essere realmente interessato alla persona che ha davanti. In poche parole è necessario che il terapeuta "sia" in maniera diversa con il paziente. Sostituire uno stile confrontazionale con un approccio empatico, il biasimo con la comprensione, la critica

con l'accettazione deve diventare il modo di essere di chi conduce il colloquio motivazionale, e non essere solo un vestito da indossare quando si entra in studio.

Prima di concludere, è necessario discernere fra gli obiettivi originari che, come propria identità specifica, questo approccio prevedeva e quelli che invece si propongono con questa guida. Rogers era convinto che si dovesse permettere al paziente di trovare la "propria strada": indipendentemente da quale fosse la strada scelta, egli andava rispettato e "quasi" assecondato in quella scelta. Le ragioni non erano legate al "sadismo" di Rogers, ma all'ambito in cui il suo metodo era destinato. Al contrario, quando, come nel nostro caso, si decida di applicare queste dinamiche in contesti sanitari, necessariamente deve essere rivista questa natura così neutrale, e adattarsi alla realtà clinica del nutrizionista che ne fa ricorso: un paziente in sovrappeso con morbilità o obeso necessita di ridurre il proprio peso. Non potremmo essere soddisfatti se un paziente con un Body Mass Index (BMI) di 35 decidesse di proseguire nei propri comportamenti, aumentando, di fatto, i rischi per la propria salute.

Le nostre energie devono essere convogliate a permettere a un paziente di decidere di iniziare un trattamento per la riduzione del peso, convinto che ce la possa fare e che mantenga nel tempo il proprio impegno concreto. Da più parti, è stata fatta notare la tendenza per certi versi manipolatoria insita in questo modo di condurre gli incontri. Non trovo del tutto scorretta questa visione delle cose, almeno da un punto di vista tecnico, giacché l'idea è di condurre ogni paziente, anche il meno motivato, a decidere di seguire la nostra terapia.

D'altro canto, oggi sappiamo con certezza che non vi è completa libertà nemmeno nel raggiungere una condizione di sovrappeso, poiché i comportamenti che lo sostengono – mangiare di più e male, e muoversi di meno – è dimostrato che siano in gran parte resi "obbligatori" dall'ambiente in cui viviamo, ormai del tutto assoggettato alle esigenze economiche di aziende multinazionali che da un lato producono innovativi marchingegni che riducono il nostro consumo energetico, dall'altro aumentano la possibilità di accesso a cibi ipercalorici, di fatto determinando i comportamenti e le scelte di gran parte delle persone che vivono nel mondo occidentale.

Di certo, indurre le persone in sovrappeso a mangiare di meno e meglio non è peggio della trappola obesità che oggi ci è tesa dall'ambiente in cui viviamo. Personalmente, non trovo colpe in questa intenzione.