

Modelli teorici, competenze e strategie per promuovere il cambiamento in favore di stili di vita salutari

GUADAGNARE SALUTE

1. Quali dimensioni possono spiegare i processi di cambiamento? 2

- ▶ La complessità del cambiamento comportamentale
- ▶ I diversi modelli teorici
- ▶ Il modello transteorico degli stadi del cambiamento
- ▶ I costrutti fondamentali del modello transteorico
 - Gli stadi del cambiamento
 - I processi di cambiamento
 - I fattori generali o psicologici
- ▶ Osservazioni critiche sulla struttura del modello transteorico

2. La motivazione al cambiamento:

quanto contribuisce la relazione professionale tra operatore e persona? 7

- ▶ Il contributo del colloquio motivazionale al processo di cambiamento dei comportamenti
 - Motivazione estrinseca e motivazione intrinseca
 - Gli strumenti per valutare la motivazione al cambiamento
 - Principi, strategie e tecniche del colloquio motivazionale
- ▶ L'intervento dell'operatore nel processo di cambiamento
- ▶ La struttura di un colloquio di counselling per l'attivazione di processi di cambiamento
 - I passaggi fondamentali



1. QUALI DIMENSIONI POSSONO SPIEGARE I PROCESSI DI CAMBIAMENTO?

PUNTI CHIAVE

- ▶ La complessità del cambiamento comportamentale
- ▶ I diversi modelli teorici
- ▶ Il modello transteorico degli stadi del cambiamento
- ▶ I costrutti fondamentali del modello transteorico
 - Gli stadi del cambiamento
 - I processi di cambiamento
 - I fattori generali o psicologici
- ▶ Osservazioni critiche sulla struttura del modello transteorico

IN SINTESI

Cambiare comportamento per adottare stili di vita più sani è un processo complesso che richiede tempo e determinazione. Il singolo individuo dovrebbe poter contare sul sostegno di operatori del territorio debitamente formati e sull'offerta di proposte salutari, anche ricreative, da parte dell'amministrazione locale.

Lo studio del cambiamento di comportamento ha portato all'elaborazione di diversi modelli teorici, che hanno sottolineato ora la dimensione cognitiva ora l'influenza del contesto ambientale. La posizione condivisa oggi è che un intervento di promozione della salute efficace deve tener conto sia della dimensione cognitiva sia dell'influenza del contesto. Il modello transteorico di Prochaska e Di Clemente è utile per mappare il posizionamento e la reale disponibilità della persona rispetto al cambiamento (ci sta solo pensando o ha già in atto alcuni comportamenti) e per trovare le modalità di intervento più efficaci.

La complessità del cambiamento comportamentale

Il cambiamento comportamentale orientato all'adozione di stili di vita salutari è un processo complesso e dinamico, che si articola nel tempo in fasi susseguenti, coinvolgendo numerosi attori: i singoli individui, gli operatori impegnati in istituzioni sanitarie e non sanitarie, la società civile, le amministrazioni, l'intera comunità.

Il potenziamento delle competenze individuali (empowerment) utili per effettuare scelte di vita salutari, come seguire una corretta alimentazione o svolgere attività fisica, può essere favorito da interventi a più livelli:

- dalle informazioni, le indicazioni e il sostegno forniti da differenti operatori della rete territoriale
- dalla partecipazione a gruppi di confronto su proposta degli stessi operatori
- da opportunità e condizioni esterne che possano facilitare le scelte salutari, come l'adesione ad attività motorie svolte in spazi pubblici, organizzate dalle amministrazioni locali.

Al primo livello è fondamentale la presenza di operatori con competenze comunicativo-relazionali e di counselling, formati all'attivazione dei processi motivazionali; per il secondo sono necessari spazi attrezzati presso gli ambulatori e operatori formati alla facilitazione dei gruppi; per il terzo sono neces-

sarie collaborazioni a rete tra enti e professionisti, nonché la condivisione di risorse e responsabilità da parte delle istituzioni.

Spesso, perché si possano realizzare cambiamenti nei comportamenti individuali, è necessario che si verifichi un cambiamento negli interventi degli stessi operatori, che siano apportate modifiche nell'organizzazione dei servizi e introdotte nuove opportunità nel contesto di vita, secondo un approccio intersettoriale e interistituzionale.

Nell'affrontare il tema del cambiamento comportamentale finalizzato all'adozione di stili di vita salutari, si focalizzerà l'attenzione sulle competenze e le strategie che gli operatori possono applicare nella relazione professionale interpersonale *vis a vis*, per sostenere le persone nel complesso percorso decisionale, considerando la loro motivazione e disponibilità a modificare abitudini e scelte a favore della salute.

Nell'ambito della promozione della salute la relazione professionale interpersonale *vis a vis* rappresenta uno degli strumenti della strategia comunicativa per capire come le persone si pongono nei confronti del cambiamento, per comprendere cosa pensano e provano. La strategia comunicativa, a sua volta, è parte integrante di un processo globale, che comprende azioni mirate a rinforzare le competenze dei singoli individui, ma anche azioni orientate a cambiare le condizioni sociali, ambientali ed economiche. (rif. Dossier [Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale – Guadagnare Salute, 2011](#))

I diversi modelli teorici

In letteratura è possibile identificare diversi modelli teorici, elaborati nel corso degli anni, che hanno tentato di spiegare il cambiamento del comportamento. Alcuni sono stati formulati a partire dall'idea che le cognizioni (conoscenze, credenze, valori) possano essere le principali determinanti delle azioni messe in atto dagli individui (orientamento socio-cognitivo), mentre altri hanno enfatizzato il ruolo del livello ambientale e approfondito l'analisi del rapporto tra contesto e comportamento.

Pertanto, il cambiamento comportamentale è stato studiato attraverso l'analisi delle tre dimensioni fondamentali che possono incidere sui processi di cambiamento: comportamento, cognizione e contesto.

LE TRE DIMENSIONI DEL CAMBIAMENTO

il comportamento: ciò che le persone fanno, le loro azioni

la cognizione: ciò che le persone pensano, percepiscono, ricordano, ciò in cui credono, il modo in cui definiscono e considerano la realtà e le proprie attività. Sono esempi di cognizione le conoscenze, gli atteggiamenti, le convinzioni, ma anche le percezioni, le opinioni, i valori personali e culturali, le credenze religiose

il contesto: l'ambiente culturale, fisico, sociale, emotivo e psicologico con il quale le persone si rapportano e che determina i fattori che possono favorire o ostacolare il cambiamento. Fanno parte del contesto anche le norme e le leggi che regolano le dinamiche sociali.

In effetti, i modelli teorici che sono stati elaborati considerando solo una delle tre dimensioni o solo alcune relazioni o aspetti considerati centrali, non sono riusciti a cogliere le relazioni reciproche e circolari tra livello cognitivo, comportamentale e ambientale e quindi a rappresentare la complessità dei processi di cambiamento.

Sono risultati, invece, più efficaci, i modelli che hanno considerato allo stesso tempo livelli differenti, piuttosto che un'unica dimensione o un unico aspetto. Di fatto qualsiasi elemento, preso singolarmente, può incidere solo in parte sugli orientamenti comportamentali (Glanz e Rimer, 2005).

È utile sottolineare come, nel corso del tempo, si siano modificate anche le teorie elaborate per spiegare la messa in atto di comportamenti salutari, fino ad arrivare a considerare il fenomeno come profondamente influenzato da una molteplicità di fattori, riguardanti sia aspetti “micro” (livello individuale) che aspetti “macro” (livello familiare, comunitario, istituzionale, socio-culturale, economico e politico) (Dahlgren e Whitehead, 1991, **figura 1**).

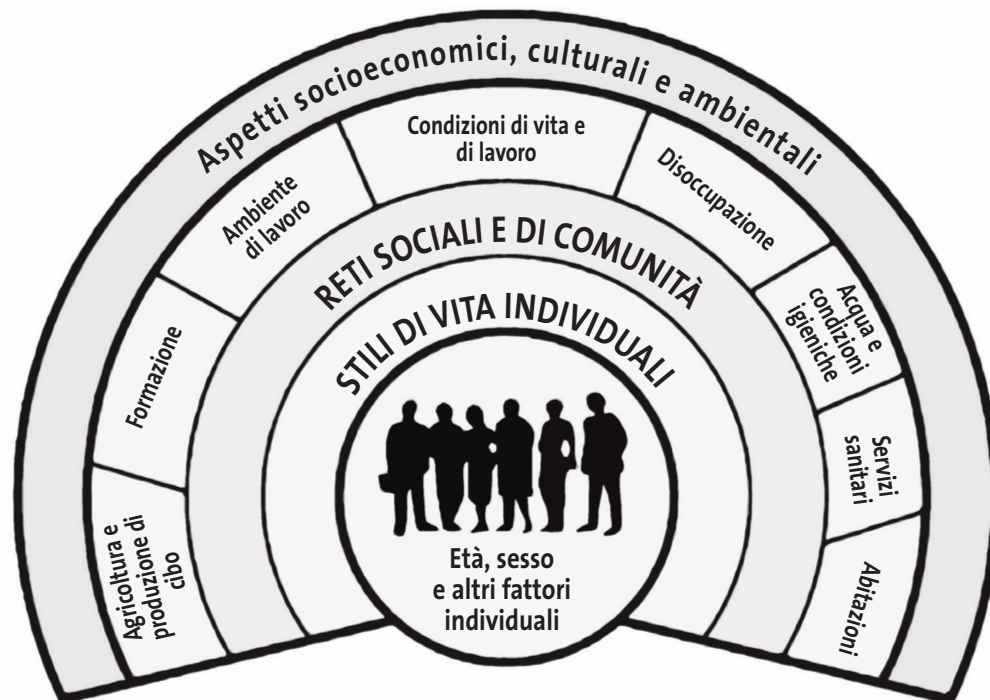


Figura 1 Il complesso dei fattori che influenzano le scelte

Alla luce di quanto detto, è importante mettere in evidenza come i processi e i sistemi che caratterizzano la promozione della salute non possano essere rappresentati in un'unica teoria, in grado di spiegare tutti i complessi fenomeni compresi in questo ambito. Gli interventi di prevenzione e promozione della salute per essere efficaci, devono prevedere strategie integrate, finalizzate a cambiamenti del comportamento, delle cognizioni che li sostengono e del contesto in cui si realizzano. Pertanto, non è possibile concentrarsi su un solo aspetto o su singole associazioni, ma piuttosto mirare a una visione organica di tutti i fattori e gli elementi che entrano in gioco nel processo comportamentale.

Il “modello transteorico degli stadi del cambiamento”

Il “modello transteorico degli stadi del cambiamento” elaborato da Prochaska e Di Clemente all'inizio degli anni '80 (si veda la bibliografia e in particolare Ragazzoni et al, 2007), nasce all'interno dell'approccio socio-cognitivo. Lo scopo era quello di integrare in modo sistematico le molteplici teorie psicoterapeutiche e di modifica del comportamento, collegando le prospettive esistenti rispetto alle dipendenze, con un particolare riferimento al fumo. Secondo le teorie socio-cognitive, gli individui sono in grado, attraverso l'apprendimento sociale, di sviluppare rappresentazioni cognitive della realtà, di elaborare razionalmente le informazioni e poi di decidere come agire; quindi, di influenzare direttamente il loro comportamento. Pertanto, il contesto di vita ambientale, culturale e sociale non era contemplato; inoltre, non si considerava il fatto che, spesso, le persone agiscono in modo incoerente rispetto alle proprie intenzioni, attuando comportamenti dannosi per la propria salute.



Il modello transteorico rappresenta, dunque, il tentativo di elaborare un meta-modello esplicativo completo e multilivello, che considerasse gli aspetti temporali e dinamici del cambiamento e che avesse come comune denominatore gli elementi fondanti delle diverse teorie. Un modello che fosse flessibile e aperto, applicabile in numerosi contesti e per diverse problematiche e che abbracciasse tutte le fasi del cambiamento, dall'acquisizione di consapevolezza del problema fino alla sua risoluzione. Un modello che considerasse anche quei comportamenti, come ad esempio il fumo, modificabili dalla singola persona, senza l'aiuto di interventi strutturati.

Il modello transteorico descrive il cambiamento comportamentale degli individui come un vero e proprio processo dinamico che si sviluppa nel tempo e non come un singolo evento; infatti, nel tentativo di modificare le proprie condotte, le persone seguono un percorso ciclico articolato in fasi (gli stadi del cambiamento), e il progresso da una fase all'altra è guidato da processi specifici.

La dimensione temporale e l'aspetto processuale delle azioni messe in atto dagli individui, non considerati nei modelli precedenti, rappresentano, invece, una caratteristica fondamentale delle teorie stadiali o processuali (Braibanti e Zunino, 2005), alle quali si ispira il modello transteoretico.

Il modello è stato utilizzato da Prochaska e da altri ricercatori per descrivere e affrontare la cessazione dei comportamenti di dipendenza e, di recente, per prevedere l'adozione di comportamenti che promuovono la salute. Nel corso del tempo è stato, quindi, applicato a una vasta gamma di comportamenti problematici come fumo, devianza, alcol, problematiche relative all'infezione da HIV e all'AIDS, controllo del peso, sedentarietà e gestione dello stress. È stato, invece, meno utilizzato in ambito psicoterapeutico nelle situazioni più complesse.

I costrutti fondamentali del modello transteorico

Il modello transteorico è basato su 3 dimensioni fondamentali: gli stadi del cambiamento, i processi di cambiamento, i livelli di cambiamento e su alcuni fattori generali, considerati anche fattori psicologici (come l'autoefficacia, la presenza di tentazioni e la bilancia decisionale).

- **Gli stadi del cambiamento** (precontemplazione, contemplazione, preparazione, azione, mantenimento e risoluzione) rappresentano sia la fase temporale, sia la descrizione delle caratteristiche comportamentali della persona in quella fase. Lo stadio viene individuato considerando l'intenzione di modificare il comportamento nel periodo di tempo dei 6 mesi successivi al momento della valutazione (**figura 2**).
- **I processi di cambiamento** si identificano con le strategie comportamentali messe in atto dalla persona per progredire da uno stadio all'altro del cambiamento. Si tratta, quindi, di meccanismi personali che permettono all'individuo di cambiare modo di pensare, di sentire e di agire riguardo a un suo comportamento inadeguato.
- **I livelli di cambiamento** si riferiscono a una gerarchia di cinque aree distinte ma interrelate, rispetto alle quali è collocato il problema della persona: il livello sintomatico/situazionale, il livello cognitivo/disadattivo, il livello interpersonale, il livello familiare/sistemico e il livello intrapsichico. I livelli non sono mai indipendenti l'uno dall'altro, infatti i cambiamenti a un livello determinano cambiamenti anche negli altri. Pertanto, secondo il modello transteorico, l'intervento deve prevedere l'applicazione di differenti processi di cambiamento nei vari stadi, a seconda del livello del problema sul quale è necessario intervenire.
- **Autoefficacia, tentazioni e bilancia decisionale** sono considerati fattori generali o psicologici che possono servire come indicatori per prevedere il passaggio da uno stadio all'altro. Ai fini del successo del cambiamento sono, dunque, di grande importanza. In realtà, la bilancia decisionale è una tecnica che favorisce l'emergere della consapevolezza e attiva i processi di cambiamento.

GLI STADI DEL CAMBIAMENTO

► **Precontemplazione:** la persona non ha intenzione di modificare il proprio comportamento in un futuro prevedibile (6 mesi), perché non è consapevole del problema e non è informata dei danni che ne possono conseguire. Oppure, dopo aver fatto dei tentativi di cambiamento, è scoraggiata e ha perso fiducia circa la propria capacità di cambiare e preferisce non pensarci. Ha un atteggiamento di difesa nei confronti della pressione sociale a cambiare, evita di leggere, parlare o pensare al comportamento a rischio.

In questo stadio il meccanismo di difesa della negazione è quello più presente, infatti la persona non ammette la propria situazione problematica, non manifesta preoccupazione, anzi minimizza i problemi e tende a dare spiegazioni razionalizzanti (“Io non esagero con il mangiare. Lo so io cosa devo fare, mi sento molto bene”) o proiettive (“Come faccio a non mangiare tanti dolci la sera, se sono costretta a vivere in questo modo?”). La durata di questo stadio è potenzialmente illimitata. La persona in precontemplazione, di solito, arriva all’operatore perché spinto dai familiari o per motivi diversi da quelli strettamente collegati alla modifica del comportamento a rischio.

La resistenza della persona al [cambiamento](#) può essere riassunta nella “*formula delle quattro R*”: riluttanza, ribellione, rassegnazione, razionalizzazione.

- **Riluttanza:** scarsa propensione, o addirittura contrarietà, a fare qualsiasi cosa per il proprio comportamento a rischio, come parlarne, pensarci, o documentarsi sull’argomento. La persona è priva di qualsiasi spinta al cambiamento e la percezione della contraddizione esistente tra la propria condizione attuale e le proprie aspirazioni, intese come obiettivi, è molto bassa (bassa frattura interiore, descritta a pagina 16).
- **Ribellione:** opposizione attiva al cambiamento, sostenuta da un atteggiamento di difesa nei confronti di qualsiasi sollecitazione a cambiare e, nello stesso tempo, da un rafforzamento del comportamento problematico.
- **Rassegnazione:** stato di sopraffazione causato da un’alta percezione della dimensione del problema e della contraddizione tra ciò che si pensa di essere e ciò che si vorrebbe essere (presenza di una esagerata frattura interiore, descritta a pagina 16).
- **Razionalizzazione:** condizione in cui la persona pensa di avere tutte le risposte a qualsiasi proposta o argomentazione riguardante il suo comportamento a rischio.

Esempi:

“È mia madre che dice che dovrei perdere peso, io mi piaccio così.”

“Mia moglie è preoccupata per la mia salute e insiste perché io smetta di bere e di mangiare senza regola. Io, però, so di non poterlo fare, con il lavoro che faccio, non riuscirò mai a guardarmi allo specchio con soddisfazione ...”

► **Contemplazione:** la persona è consapevole del problema ma è combattuta. Inizia a pensare seriamente a come risolverlo, soppesa costi e benefici e intende modificare il proprio comportamento entro i sei mesi successivi, ma non è ancora pronta ad agire. Non ha intrapreso alcuna azione concreta nell’immediato e potrebbe non farlo ancora per un lungo periodo. Potrebbe rimanere in questo stadio anche per anni, sostituendo il pensiero all’azione, in quanto la consapevolezza dei pro e dei contro del cambiamento può causare una situazione di forte ambivalenza e bloccare il passaggio a qualsiasi tipo di nuova condotta.

*Esempi:*

“So che dovrei mangiare di meno, ma non ci riesco.”

“Se dimagrissi avrei meno dolori alle ginocchia. A tavola riesco anche a mangiare poco, ma poi dopo cena non posso rinunciare al cioccolatino o al bicchierino di liquore.”

“Dottore, come posso fare, devo cambiare modo di mangiare?” E, in seguito alla proposta del medico: “Sì, forse potrei fare quello che lei dice, ma la mia giornata è troppo complicata, forse non va bene.”

- ▶ **Preparazione/ Determinazione:** la persona è determinata a modificare il comportamento e intende attivarsi rapidamente (entro il mese successivo). Ha preso una decisione: ha un piano di azione e ha già iniziato a mettere in atto dei piccoli cambiamenti. L'ambivalenza si è risolta. In questa fase può essere opportuno evidenziare i benefici che possono essere ottenuti a breve termine con una modifica del comportamento. Per questo, è essenziale individuare insieme alla persona un ventaglio di possibilità che possono favorire il passaggio all'azione. In questa fase, che combina criteri intenzionali e comportamentali, eventi importanti e alcune transizioni nel ciclo di vita possono rappresentare un'opportunità per motivare il cambiamento (es. gravidanza, allattamento, matrimonio, paura della malattia, ecc.). 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.

Esempi:

“Sento il bisogno di fare una vita più attiva: mi sono informata e ho trovato una palestra vicino l'ufficio che potrei frequentare nella pausa pranzo.”

“Per mangiare più frutta e verdura mi sono iscritta a un gruppo di acquisto, così tutte le settimane mi trovo a casa la cassetta con i prodotti di stagione.”

- ▶ **Azione:** la persona agisce per modificare il proprio comportamento mettendo in pratica le strategie individuate nello stadio precedente. Ha modificato attivamente il proprio atteggiamento e il proprio stile di vita ed è determinata a mantenere il cambiamento. Ha cessato il comportamento problematico da meno di 6 mesi, ma il nuovo comportamento non è ancora diventato routine, non è costante e non tutte le modifiche comportamentali diventano azioni osservabili. Pertanto, in questo stadio è ad alto rischio di instabilità, per la possibile influenza di fattori intra-personali (auto-efficacia percepita), inter-personali (supporto sociale) e ambientali (vita lavorativa intensa, mancanza di tempo libero, impegni familiari...).

È importante evidenziare che l'azione non corrisponde sempre a una modificazione diretta del comportamento ma all'insieme di attività che vengono messe in atto nel tentativo di modificare un comportamento (atti singoli ed episodici, azioni ricorrenti, strategie semplici e complesse).

Quindi, le azioni non andate a buon fine, gli insuccessi e i tentativi fallimentari, in questa fase possono essere presi in considerazione dall'operatore ed enfatizzati come opportunità di ulteriore apprendimento, non come ricadute o evidenze di sconfitta.

Esempi:

“Ho abolito l'alcol da un mese e ho già perso due chili: all'aperitivo con gli amici prendo il succo di pomodoro, a tavola bevo solo acqua e dopo cena una tisana.”

“Ho anticipato la sveglia di 20 minuti e per prima cosa preparo la colazione per tutta la famiglia: credo che anche ai ragazzi, sotto sotto, faccia piacere trovare il caffè pronto e il pane tostato. Vedremo...”

- ▶ **Mantenimento:** la persona si applica al mantenimento nel tempo e alla stabilizzazione del cambiamento acquisito, ha fiducia in se stessa e previene possibili ricadute. In questa fase le azioni sono ridotte, la persona è impegnata a consolidare quanto ottenuto durante la fase di azione. Sono trascorsi da 6 mesi a 5 anni dopo la modifica comportamentale. Questa fase ha una durata estremamente variabile in relazione al comportamento e alle caratteristiche individuali.

Esempi:

“Ora che sono iscritta al gruppo di cammino organizzato dalla mia Asl, andare a camminare la domenica è diventata una passione e guai quando salto una gita.”

“È da un anno che seguo un'alimentazione equilibrata: agli inizi la notte sognavo il cibo, ma ora, dopo una serata tra amici in cui mi concedo di mangiare di più, desidero riprendere le mie buone abitudini.”

- ▶ **Conclusione o risoluzione:** la persona ha modificato il suo stile di vita, ha un'elevata fiducia in se stessa e ha interiorizzato i nuovi comportamenti che riconosce come positivi per il proprio benessere. Quindi, in modo autonomo e consapevole, sceglie di volerli mantenere nel tempo.

- ▶ **Ricaduta:** la persona ha ripreso il comportamento problematico anche una sola volta, ritornando in un precedente stadio del processo di cambiamento (precontemplazione, contemplazione, azione). Le ricadute sono parte integrante del processo di cambiamento. Solo poche persone impegnate nella modifica di un comportamento riescono al primo tentativo, tutte le altre si trovano a ripercorrere più volte le fasi del cambiamento. Per questo motivo, coloro che decidono di intraprendere un percorso di cambiamento dovrebbe essere preparati a questa evenienza.

Esempi:

“Ormai era da quasi un anno che non toccavo un goccio di alcool, ma poi quando lei mi ha lasciato...”

“Ero arrivata a perdere 8 chili; stavo così bene, la pancia era sparita e mi piacevo di più; ma poi, a poco a poco, mezzo chilo alla volta... d'inverno li ho ripresi quasi tutti.”

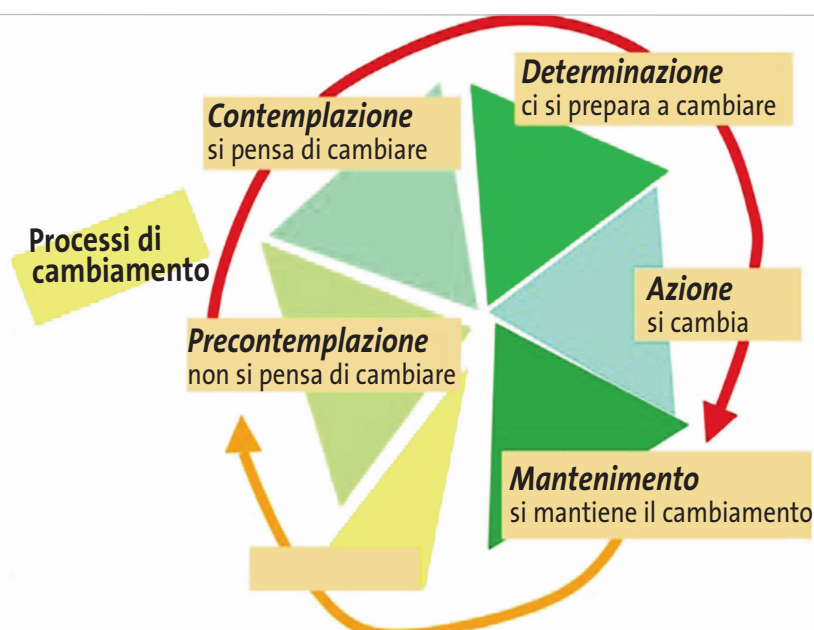


Fig.2 Gli stadi del cambiamento

Con il passaggio da uno stadio all'altro, gli elementi negativi legati al comportamento da modificare, diventano gradualmente più numerosi rispetto a quelli positivi. Il tempo di permanenza di ogni singola persona in uno stadio è variabile, mentre i compiti da eseguire per passare allo stadio seguente sono uguali per tutti e sono molto importanti in quanto forniscono la base per la motivazione al cambiamento.

Ad esempio, per passare dalla precontemplazione alla contemplazione occorre diventare consapevoli del problema, iniziare a considerarne gli aspetti negativi e affrontare gli aspetti difensivi e abitudinari che ne rendono difficile il controllo.

I compiti sono focalizzati su:

- l'aumento dell'interesse e della preoccupazione rispetto al comportamento da modificare
- l'aumento di informazione sulle conseguenze nocive e le possibili alternative a quel comportamento (attraverso la valutazione di pro e contro)
- la presa di coscienza sul comportamento in atto e sui motivi che lo sostengono (la riflessione su di sé)
- l'analisi di rischi e ricompense e la successiva presa di decisione
- la nascita/mantenimento dell'impegno e la successiva creazione del piano efficace/accettabile.

Questi compiti richiedono un'abilità di auto-regolazione (sinonimo di auto-controllo sul piano cognitivo e affettivo/emotivo), necessaria per cambiare modo di pensare/agire, inibire le pulsioni, seguire le regole e dilazionare i piaceri. L'auto-regolazione, infatti, ha bisogno di esercizio/allenamento costante ed è una forza necessaria per promuovere/spingere i processi di cambiamento.

I PROCESSI DI CAMBIAMENTO

Prochaska e Di Clemente hanno identificato dieci differenti processi di cambiamento indipendenti tra loro, cinque di ordine cognitivo esperienziale e cinque di ordine comportamentale, che rappresentano le strategie che l'operatore può costruire con la persona per attivare il cambiamento.

I primi due stadi richiedono processi di tipo cognitivo esperienziale (il modo in cui l'individuo pensa), gli stadi successivi richiedono, invece, processi di tipo comportamentale (il modo in cui l'individuo agisce). Solo l'attivazione dei processi cognitivo esperienziali (legati all'aumento di consapevolezza e alla spinta motivazionale) consente alla persona di intraprendere un percorso di cambiamento e, quindi, di progredire.

I cinque processi di ordine cognitivo esperienziale

- ▶ **Accrescere la consapevolezza** sul problema e sui benefici di un eventuale cambiamento. Per facilitare questo processo è importante che l'operatore fornisca informazioni personalizzate in grado di insinuare "dubbi" circa l'adeguatezza del comportamento a rischio. In questo modo, senza entrare in conflitto o in contrapposizione, può aiutare la persona ad aumentare la propria consapevolezza sui rischi e sui problemi connessi al mantenimento delle proprie abitudini.
- ▶ **Mobilizzare le emozioni** rispetto alle informazioni fornite e in generale sullo *status quo* o sull'eventuale cambiamento. Per facilitare questo processo, è importante che l'operatore favorisca la sperimentazione e l'espressione delle emozioni (attivazione emozionale) associate con lo *status quo* e con l'eventuale cambiamento. L'ansia che ne deriva può essere contenuta attraverso la rivalutazione del proprio comportamento e la pianificazione del cambiamento.
- ▶ **Ridefinire l'immagine di sé** per una riorganizzazione a livello cognitivo ed emotivo. Il processo di rivalutazione di sé aiuta la persona a considerare come e quanto lo *status quo* e il cambiamento siano in accordo o in contrasto con i valori personali e con la propria immagine ("mi sento capace e



soddisfatto quando mi alimento correttamente”; “mi sento disgustato da me stesso quando penso ai miei problemi col peso”). Per facilitare questo processo, è importante che l’operatore aiuti la persona a chiarire e a esplicitare i propri valori, ad analizzare il ruolo svolto da modelli significativi (per esempio, veder fumare una persona che si stima molto e a cui si vorrebbe somigliare può indurre a fumare) e a sviluppare l’immaginazione per favorire la valutazione personale (“prova ad immaginare come sarebbe la tua vita se tu ti liberassi dai tuoi problemi con il peso...”). L’auto-rivalutazione è attiva soprattutto nello stadio della contemplazione.

- ▶ **Considerare l’impatto sugli altri** per cogliere i significati e le implicazioni del proprio Comportamento all’interno del sistema personale, familiare e sociale. Si tratta di un processo che comprende anche l’acquisizione di consapevolezza circa il proprio ruolo di modello per gli altri. Per facilitare questo processo, è importante che l’operatore agevoli l’esplicitazione dei propri valori personali e quelli dell’ambiente di riferimento. Inoltre, occorrerà mettere in luce eventuali discrepanze e analizzare come il cambiamento potrebbe modificare i rapporti con il proprio ambiente (“cosa penserebbero di te i tuoi figli se cominciassi a fare dell’attività fisica? Cosa penserebbe tua moglie? E i tuoi amici?”).
- ▶ **Liberarsi dalle influenze sociali**, per evitare che, sia queste che le norme del gruppo sociale di appartenenza, condizionino la percezione che la persona ha dell’attuare e mantenere un cambiamento nel proprio comportamento. Per facilitare il processo, è importante che l’operatore analizzi con la persona interessata le occasioni e le norme sociali che possono supportare il cambiamento. Per esempio, favorire l’adozione di scelte sociali, piuttosto che singole, per accrescere lo spirito di gruppo, come partecipare a situazioni sociali che favoriscano il cambiamento (nel caso del fumo può essere utile partecipare a situazioni dove vige il divieto di fumare, oppure per chi inizia a fare attività fisica partecipare agli avvenimenti sociali legati allo sport quali gare amatoriali, maratone, ecc.).

I cinque processi di ordine comportamentale

- ▶ **Rinforzare gli effetti positivi del cambiamento** per contrastare le convinzioni negative circa la possibilità di cambiamento, e per immaginare gli effetti positivi che la persona realizzerà nella sua vita quando si sarà liberata del vecchio comportamento (“processo di autoliberazione”). Questo processo aumenta la probabilità che le intenzioni si traducano in un reale e dichiarato impegno. Per facilitarlo, è importante che l’operatore approfondisca con la persona la sua disponibilità ad accettare la responsabilità e a impegnarsi in un cambiamento comportamentale, anche attraverso una comunicazione pubblica (che arriva in un secondo momento, dopo aver detto a se stessi: “Ce la posso fare!”).
- ▶ **Ridurre le pressioni ambientali**, per strutturare azioni in grado di prevenire o contenere gli effetti contrari che queste pressioni esercitano sul cambiamento (“controllo degli stimoli”). Per facilitare il processo, è importante che l’operatore favorisca il controllo dello stimolo e che proponga alla persona di evitare luoghi e situazioni critiche, che potrebbero innescare il comportamento da modificare. Bere meno caffè, per esempio, potrebbe essere un espediente per evitare l’associazione caffè-sigaretta. Se l’obiettivo, invece, è la riduzione del sovrappeso, si può evitare di aprire il frigorifero quando non è strettamente necessario; o ancora, si può modificare l’ambiente domestico, eliminando tutto ciò che ricorda le sigarette, oppure evitare di tenere in casa i cibi sconsigliati. In ultimo, si può partecipare a gruppi di aiuto, per individuare strategie comportamentali già utili ad altri soggetti con lo stesso problema.
- ▶ **Attuare un decondizionamento** per sostituire il “vecchio” comportamento con altri comportamenti altrettanto appaganti, ma non dannosi. Questo processo mira a individuare una risposta diversa allo “stimolo scatenante”, ovvero a sostituire i comportamenti da modificare con “nuovi” comportamen-



ti e attività, che entrano in competizione con i “vecchi” (“Dopo cena per gratificarmi al posto di un dolce scelgo uno yogurt che comunque mi piace. In seguito, sceglierò una tisana”; “dopo il caffè, al posto della sigaretta, vado a fare una passeggiata”). Per facilitare questo processo, l’operatore può proporre alla persona, per esempio, un training assertivo per gestire meglio l’ansia legata alle situazioni che possono innescare le tentazioni, oppure consigliare l’uso di cibi a ridotto contenuto calorico, se il problema da affrontare riguarda il controllo del peso.

- ▶ **Individuare rinforzi positivi** per gratificarsi con un rinforzo positivo dopo aver attuato i nuovi comportamenti salutari, quindi cercare “nuovi” rinforzi che sostituiscano i “vecchi”, per evitare di ricadere. Per facilitare questo processo, è importante che l’operatore incoraggi la persona a individuare e programmare dei “rinforzi”, come pianificare una serie di attività piacevoli da svolgere al termine di ogni giornata in cui ha mangiato in maniera sana o al termine di ogni settimana. La programmazione dei rinforzi è individuale e deve essere accuratamente pianificata con la persona, poiché la scelta di un rinforzo non significativo rischia di vanificare il risultato dell’azione di cambiamento.
- ▶ **Ricercare il supporto di altre figure significative** (partner, familiari, amici) per attuare e mantenere il cambiamento. Al fine di agevolare questo processo, l’operatore può valutare con la persona la possibilità di richiedere e saper accettare l’aiuto offerto da altri, per attuare e mantenere il cambiamento. Per esempio, si può chiedere ai familiari di modificare le proprie abitudini alimentari per agevolare la perdita di peso, oppure cercare un amico per svolgere insieme dell’attività fisica.

I FATTORI GENERALI O PSICOLOGICI

▶ **Autoefficacia (Self-efficacy)**

L’autoefficacia rappresenta il grado di fiducia che la persona ha nelle proprie capacità di cambiare, di mettere in pratica le azioni necessarie a modificare il proprio comportamento e di esercitare il controllo sulle difficoltà del cambiamento (capacità di influenzare gli eventi per ottenere il risultato). Si riferisce, quindi, alla valutazione personale rispetto alla propria possibilità di raggiungere un obiettivo specifico, in un tempo determinato. L’autoefficacia rende la persona capace di considerare la possibilità di modificare il proprio comportamento e di tenere alta la motivazione, sia per il cambiamento che per il mantenimento. L’autoefficacia cresce in modo significativo attraverso gli stadi: aumenta dalla precontemplazione alla contemplazione e dall’azione al mantenimento. Si stabilizza, poi, dopo un tempo relativamente lungo di modifica del comportamento.

Il concetto di autoefficacia non deve essere confuso con quello di autostima. L’autoefficacia è relativa alla capacità di influenzare gli eventi per raggiungere un dato risultato ed è sempre in relazione a un obiettivo. L’autostima, invece, è una valutazione più generale di sé e delle proprie caratteristiche, senza riferimento a un risultato specifico. Il senso di autoefficacia riguarda, quindi, la valutazione della capacità personale, mentre l’autostima si riferisce a una valutazione del valore personale. Per misurare la self-efficacy, Prochaska e Di Clemente hanno fatto riferimento a strumenti specifici riguardanti ogni singolo comportamento. Per esempio, al fine di valutare il desiderio di fumare di un soggetto in venti differenti situazioni, è stato costruito il Self-efficacy Questionnaire.

- ▶ **Bilancia decisionale** La bilancia decisionale è uno strumento per valutare gli aspetti positivi e negativi di un particolare comportamento e i vantaggi e gli svantaggi connessi, al fine di ponderare costi e benefici (benefici dello *status quo*, costi del cambiamento, costi dello *status quo*, benefici del cambiamento) e favorire il superamento dell’ambivalenza. (**figura 3**)

Questa tecnica deriva dal modello originale per il processo di “presa di decisioni” di Janis e Mann (1977), che include quattro categorie di pro (vantaggi pratici per sé, vantaggi pratici per gli altri, approvazione personale, approvazione degli altri) e quattro categorie per i contro (costi, svantaggi pratici per sé, svantaggi pratici per gli altri, disapprovazione personale e disapprovazione degli altri).

I teorici del modello transteorico hanno esaminato il cambiamento in 12 differenti comportamenti e hanno evidenziato una relazione tra gli stadi e i pro e contro del cambiamento. Per ogni comportamento studiato, per passare dallo stadio della precontemplazione allo stadio dell'azione, i pro del cambiamento dovevano superare i contro in un rapporto 2:1.

Anche per valutare l'importanza che la persona attribuisce agli aspetti positivi e a quelli negativi di un comportamento, Prochaska e Di Clemente hanno fatto riferimento a uno strumento specifico che permette di valutare l'importanza soggettiva di 10 aspetti positivi e 10 aspetti negativi di un comportamento bersaglio.

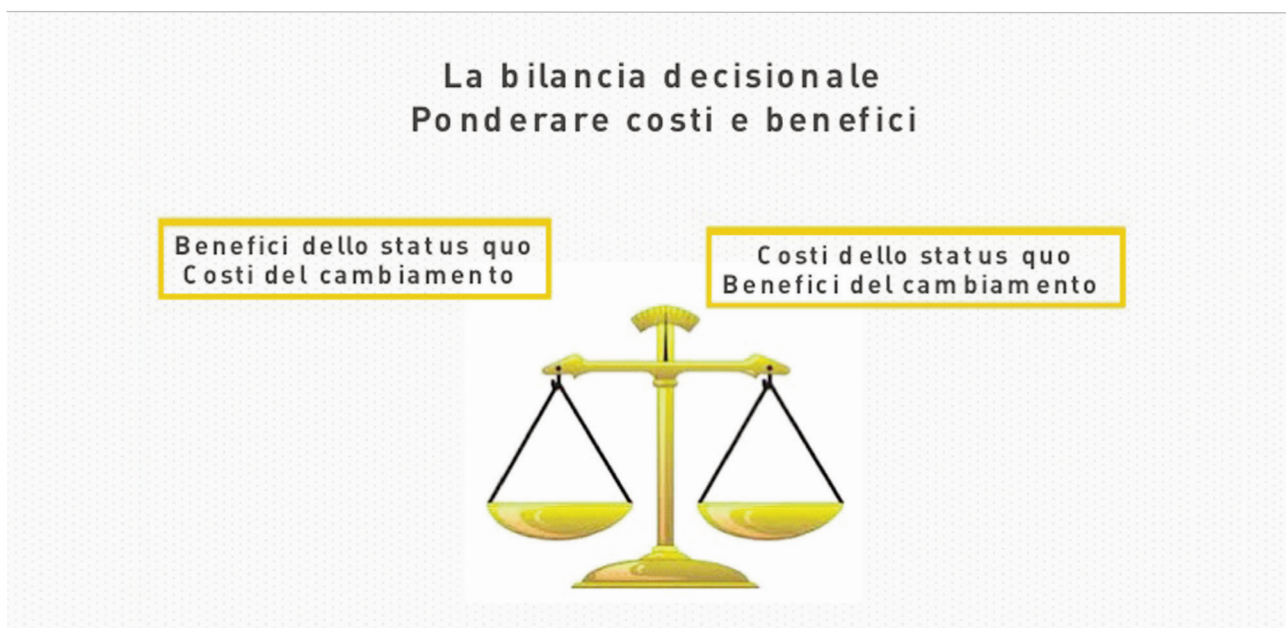


Figura 3 Presenza delle tentazioni

La tentazione rappresenta l'attrazione verso il comportamento che si cerca di cambiare, il desiderio di fare qualcosa che potrebbe portare la persona a un precedente stadio del processo di cambiamento, rispetto a quello in cui si trova al momento. La gestione delle tentazioni può essere correlata al concetto di *locus of control* o "luogo di controllo". Si tratta di una variabile psicologica definita da Julian Rotter (1966) per indicare la percezione che ciascuno ha circa la possibilità di controllare ciò che accade nella propria vita e, quindi, di fare scelte che abbiano un peso nel direzionare gli eventi che accadono.

È possibile individuare due tipologie di *locus of control*: il *locus of control* interno, che caratterizza la tendenza dell'individuo a percepire le situazioni come contingenti ai propri comportamenti (attribuzione interna del controllo: io controllo la mia vita). Il *locus of control* esterno, è invece la condizione in cui l'individuo tende a considerare le situazioni della sua vita determinate in larga parte da forze esterne, quali il destino o l'azione di altre persone (attribuzione esterna del controllo: il destino controlla la mia vita). Questa variabile è molto importante, poiché determina l'atteggiamento, la motivazione e la spinta ad agire della persona.

Chi ha un *locus* esterno si sente spesso in balia dell'imprevedibilità: non ricerca delle soluzioni autonome ma si affida agli altri. La motivazione è molto debole e c'è una visione negativa dell'andamento della vita. Chi ha un *locus* interno, invece, si impegna nella ricerca attiva di strumenti e soluzioni, perché ritiene che le risposte ai problemi siano alla sua portata. Possiede alti livelli motivazionali ed è caratterizzato da un approccio strategico alla vita. Nella realtà, le persone non sono sempre così ben definite, o "interne" o "esterne", ma possono avere una tendenza predominante in uno dei due sensi. Occorre tener conto dell'intervento di fonti di variazioni che influenzano l'atteggiamento, quali, per esempio, il ruolo, il tipo di circostanza e le aspettative individuali.

Nel campo della salute, una persona con *locus of control* interno ritiene che il benessere personale dipenda dai propri comportamenti preventivi e salutari e quindi, si sente responsabile in modo diretto. Il soggetto con *locus of control* esterno, di contro, ritiene che la salute dipenda dal destino (“se una cosa deve succedere, succederà, indipendentemente da ciò che io faccio”) o da figure significative (“se mi affido a un bravo medico, mi salverà di certo”) ed è meno incline a prendersi cura del proprio stato di salute. In generale, è stato osservato che chi percepisce maggiore abilità nel controllo degli eventi è in grado di padroneggiare meglio le situazioni stressanti, nonché di mettere in atto strategie preventive e un maggior numero di comportamenti protettivi.

In sintesi, è importante ricordare che:

- il cambiamento è un processo graduale, continuo e dinamico
- la valutazione dello stadio di cambiamento deve sempre precedere qualsiasi tipo di intervento
- la valutazione deve essere condotta in modo non giudicante
- il cambiamento è conseguito più facilmente quando l'operatore e la persona sono focalizzati sullo stesso stadio e privilegiano gli stessi processi. Se l'operatore applica strategie relative a uno stadio diverso da quello in cui si trova la persona, è probabile che si verifichino resistenze; inoltre, si può correre il rischio di riportare la persona agli stadi precedenti. Non è efficace proporre alla persona attività finalizzate a ridurre comportamenti disfunzionali se l'interessato non ha deciso di voler modificare il proprio comportamento
- per adottare un nuovo comportamento occorrono in media dai 3 ai 6 mesi, mentre perché il cambiamento attuato diventi parte della vita del soggetto occorre un periodo da 1 a 2 anni
- non ci sono regole assolute e il percorso varia in modo significativo da persona a persona
- occorre sempre tener conto degli ostacoli al cambiamento, delle situazioni facilitanti, del supporto sociale e dei precedenti tentativi
- esistono diversi strumenti, nati in ambito clinico-terapeutico, per la valutazione dello stadio del cambiamento rispetto a un comportamento: scale, questionari e algoritmi, ai quali si associano altri strumenti che valutano fattori correlati. Esempi in lingua inglese sono disponibili sul web del laboratorio [Habits](#). Di recente, si sono aggiunti strumenti di auto-valutazione come griglie o tabelle, che riportano gli elementi caratterizzanti i diversi stadi, validi soprattutto per le situazioni in cui si voglia lavorare nell'ambito della prevenzione e della promozione di comportamenti a rischio. Questi strumenti richiedono che la persona o il gruppo di persone interessate si collochino all'interno della griglia nella posizione che li rispecchia, rispetto a un [determinato comportamento](#)).
- la bilancia decisionale è uno strumento utile per ponderare costi e benefici nello stadio della contemplazione.

Osservazioni critiche sulla struttura del modello transteorico

Il modello transteorico ha avuto una grande diffusione e ha ricevuto nel corso del tempo conferme e approvazioni, grazie alla sua immediatezza e alla facile applicazione all'analisi dei comportamenti. Tuttavia, non sono mancate osservazioni critiche su alcune caratteristiche specifiche e sul suo utilizzo. Per esempio, la linearità degli stadi, che rappresenta il comportamento umano in categorie, è stata identificata come un limite del modello, in quanto non considera il *continuum* che caratterizza i processi di cambiamento. Inoltre, è stata evidenziata la difficoltà di collocare una significativa quota di soggetti in uno stadio specifico e la scarsa rappresentatività del gruppo di persone alle quali è stato applicato il modello. Gli studi, infatti, sono per lo più basati su campioni di soggetti volontari, quindi, già motivati al cambiamento. Inoltre, è stata messa in discussione la sua capacità di predire il comportamento futuro del soggetto in un determinato stadio, mentre è stato riconosciuto il valore descrittivo del modello; è stata anche criticata la natura individuale del modello che non considera aspetti



sociali e ambientali. È stato osservato, poi che, nella considerazione e nell'utilizzo dei processi per il cambiamento, il modello non tiene conto delle differenze culturali (come i processi di liberazione sociale e di auto-liberazione, consoni alla cultura statunitense e meno proponibili per la cultura europea e italiana).

Il modello è stato ritenuto utile se usato in maniera ragionata, critica, flessibile, in associazione con altre risorse teoriche e se collegato a interventi socio-ambientali. Per esempio, la tecnica del colloquio motivazionale (che ha riconosciuto il ruolo fondamentale del modello transteorico per la rappresentazione dei processi di cambiamento) ha proposto l'integrazione di alcuni elementi, che possono offrire ulteriori opportunità agli operatori impegnati nei processi di cambiamento dei comportamenti.

2. LA MOTIVAZIONE AL CAMBIAMENTO: QUANTO CONTRIBUISCE LA RELAZIONE PROFESSIONALE TRA OPERATORE E PERSONA?

PUNTI CHIAVE

- ▶ **Il contributo del colloquio motivazionale al processo di cambiamento dei comportamenti**
 - Motivazione estrinseca e motivazione intrinseca
 - Gli strumenti per valutare la motivazione al cambiamento
 - Principi, strategie e tecniche del colloquio motivazionale
- ▶ **L'intervento dell'operatore nel processo di cambiamento**
- ▶ **La struttura di un colloquio di counselling per l'attivazione di processi di cambiamento**
 - I passaggi fondamentali

IN SINTESI

La tecnica del colloquio motivazionale è stata sviluppata per facilitare il processo di cambiamento dei comportamenti. Rispetto al modello transteorico, che prende in considerazione lo stadio del cambiamento, questa tecnica mette l'accento sulla motivazione, ovvero ciò che spinge la persona al cambiamento. La motivazione è collegata alla frattura interiore, cioè al disagio per la condizione attuale e all'autoefficacia, cioè alla fiducia nella propria capacità di cambiare. L'operatore, per attivare il processo di cambiamento, lavorerà insieme all'individuo sul rafforzamento della motivazione (anche ampliando la frattura interiore, ma senza esprimere giudizi negativi, cosa che sarebbe controproducente) e della fiducia nelle proprie risorse. Per gestire con competenza un colloquio motivazionale e dare un sostegno efficace alla persona, l'operatore dovrà utilizzare tecniche specifiche; per garantire la bontà della relazione è utile aver acquisito le competenze di base del counselling.

Il contributo del colloquio motivazionale al processo di cambiamento dei comportamenti

La tecnica del colloquio motivazionale si sviluppa all'inizio degli anni '80 nel Regno Unito e negli Stati Uniti nell'ambito del trattamento delle dipendenze. Si afferma nei primi anni '90 anche in Europa, con il libro *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counselling per problemi di alcool e altre dipendenze*, pubblicato nel 1991 da William R. Miller e Stephen Rollnick e tradotto in italiano nel 1994.

Questa tecnica, ponendosi in modo critico nei confronti dello stile direttivo e giudicante, all'epoca molto diffuso per il trattamento delle dipendenze (stile confrontazionale), sottolineava l'importanza di interventi centrati sulla persona. Il focalizzarsi sull'individuo, infatti, favoriva l'aumento della motivazione al cambiamento e il diminuire delle resistenze, anche nei soggetti con scarsi livelli di motivazione. Si evitava, in tal modo, il generarsi di blocchi nella comunicazione tra operatore e persona.

Secondo il colloquio motivazionale, la motivazione è un fattore altamente variabile nel tempo, determinato non solo dalle specifiche caratteristiche della persona, ma anche dal rapporto che l'individuo instaura con il contesto nel quale vive. È condizionato, inoltre, dalla qualità della relazione che l'operatore costruisce con la persona che a lui si rivolge.

Pur riconoscendo il fondamentale contributo dato dal modello transteorico alla conoscenza e alla descrizione dei processi di cambiamento, i teorici del colloquio motivazionale ritenevano che non bastasse valutare lo stadio del cambiamento. A loro avviso, infatti, era opportuno analizzare anche cosa

spinge la persona al cambiamento e cosa permette che il cambiamento accada. Quindi, occorre approfondire la “prontezza” o la “disponibilità” al cambiamento. Inoltre, i teorici evidenziavano la rilevanza di altri due fattori: la frattura interiore, cioè l'importanza che il cambiamento assume per quella persona e il livello di autoefficacia. L'autoefficacia era già stata segnalata dal modello transteorico tra i fattori psicologici o generali da dover prendere in considerazione nel processo di cambiamento.

L'interazione tra i tre fattori (disponibilità, frattura interiore e livello di autoefficacia), secondo il colloquio motivazionale, fornisce un quadro della motivazione al cambiamento.

La disponibilità, corrispondente alla collocazione della persona nel modello degli stadi del cambiamento, descrive la posizione in cui il soggetto si trova, il grado di riconoscimento del problema, se e quanto è disponibile a modificare il comportamento o a prendere una decisione.

La frattura interiore, corrispondente al disagio per lo stato attuale, esprime l'importanza che la persona attribuisce al cambiamento, il valore personale e le aspettative legate al cambiamento, ma anche le preoccupazioni, le insoddisfazioni e le paure che derivano dall'esistenza del comportamento problematico. Il concetto di frattura interiore trae origine dalla teoria della dissonanza cognitiva (vedi box) e può essere definito come la percezione delle contraddizioni esistenti tra la propria attuale condizione e importanti aspirazioni, valori e mete ideali. Ovvero, come la consapevolezza del conflitto che si genera quando la situazione presente (comportamenti, atteggiamenti, ecc.) è incompatibile con l'immagine di sé. Poiché la frattura interiore determina un conflitto interno, può essere molto dolorosa per la persona. Per attivare il processo di cambiamento, è importante che l'operatore lavori insieme all'individuo, con lo scopo di ampliare la “frattura interiore” tra la condizione attuale del soggetto e le mete desiderabili. È allo stesso tempo fondamentale che l'operatore ponga molta attenzione a non trasformare il conflitto da interno al soggetto a interno alla relazione, dove ognuno dei due attori rappresenta uno solo degli aspetti dell'alternativa/ambivalenza. L'operatore dovrà, pertanto, evitare di essere critico nei confronti della persona e dei meccanismi di negazione che mette in atto, o di spingere o convincere la persona nella direzione del cambiamento che ritiene migliore per l'altro. Uno schieramento dell'operatore nel conflitto, fonte di ambivalenza per la persona, rischia di attivare resistenze, di rafforzare il comportamento disfunzionale e di provocare la rottura della relazione.

L'autoefficacia esprime l'ottimismo rispetto al cambiamento stesso, ovvero la fiducia nella propria capacità di intraprendere un cambiamento e di portarlo a compimento.

COSA SI INTENDE PER DISSONANZA COGNITIVA

Si verifica uno stato di dissonanza cognitiva quando in un individuo sono presenti due idee o due comportamenti tra loro non coerenti, contrapposti o divergenti. Questa situazione comporta un forte disagio psicologico, che favorisce l'attivazione di processi elaborativi mirati a compensare la dissonanza. Nello specifico, l'individuo mette in atto un comportamento che entra in conflitto con la sua convinzione personale. Il comportamento, risultando incompatibile con il suo modo di pensare, produce uno stato di tensione spiacevole (dissonanza) che motiva un cambiamento cognitivo mirato a ridurre questa incompatibilità.

Di solito, la dissonanza cognitiva può essere ridotta in tre modi: producendo un cambiamento nell'ambiente, modificando il proprio comportamento, modificando il proprio mondo cognitivo, cioè il sistema delle proprie rappresentazioni cognitive.



MOTIVAZIONE ESTRINSECA E MOTIVAZIONE INTRINSECA

Gli studi sul cambiamento comportamentale operano una distinzione tra motivazione estrinseca e motivazione intrinseca. La prima è indotta da elementi esterni alla persona (come le indicazioni del medico, di un genitore o un disagio fisico) e, in genere, diminuisce o si indebolisce nella misura in cui si attenua il controllo esterno. Tuttavia, è proprio la motivazione estrinseca che molto spesso attiva i primi passi verso il cambiamento. Affinché il cambiamento si mantenga nel tempo, è necessario che subentrino altri elementi propri della motivazione intrinseca, strettamente collegata ai valori, alle convinzioni, agli obiettivi della persona e all'immagine di sé. Quando la persona percepisce un contrasto tra un suo determinato comportamento e gli elementi della motivazione intrinseca, l'importanza attribuita al cambiamento aumenta, cresce la motivazione e il cambiamento ha più probabilità di mantenersi nel tempo.

GLI STRUMENTI PER VALUTARE LA MOTIVAZIONE AL CAMBIAMENTO

Per fornire una valutazione della motivazione al cambiamento, che permetta sia di identificare la collocazione della persona nella sequenza degli stadi del cambiamento, sia di stimare il livello dell'autoefficacia e la frattura interiore, in Italia è stato messo a punto e validato il questionario MaC/E (Motivazione al Cambiamento/Eroina). Concepito in una prima fase per la dipendenza da eroina, questo strumento rappresenta l'evoluzione della versione italiana del Readiness To Change Questionnaire di Rollnick e colleghi http://www.unicri.it/min.san.bollettino/bulletin_it/1998-2/art1.htm.

Un sistema semplice, indicato dal colloquio motivazionale per conoscere la percezione della persona rispetto ai tre fattori della motivazione, è il regolo motivazionale con gradazioni da 0 a 10 per ognuno dei fattori.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Per niente importante										Estremamente importante

Le domande del regolo

- Quanto valuta che per lei sia *importante praticare attività fisica con regolarità*? In una scala da zero a dieci, dove lo zero vuol dire “per niente importante” e dieci significa “estremamente importante”, dove si collocherebbe?
- Se decidesse di iniziare a fare attività fisica 2 o 3 volte a settimana, quanto si sentirebbe *fiducioso* di essere in grado di farlo? Sulla stessa scala da zero a dieci, dove lo zero vuol dire “per nulla fiducioso” e il dieci significa “estremamente fiducioso”, dove si collocherebbe?
- Quanto si sente *pronto* a fare attività fisica con regolarità? Nella medesima scala da zero a dieci, dove lo zero significa “per nulla pronto” e il dieci “estremamente pronto”, dove si collocherebbe?

PRINCIPI, STRATEGIE E TECNICHE DEL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

Miller e Rollnick sottolineano anche l'importanza di alcuni aspetti, che definiscono “principi” del colloquio motivazionale, essenziali per la qualità della relazione: manifestare empatia, aggirare e utilizzare le resistenze, lavorare sulla frattura interiore e sostenere l'autoefficacia. Per applicare questi principi e per raggiungere gli obiettivi, è necessario utilizzare alcune tecniche definite abilità di base: formulare domande aperte, praticare l'ascolto riflessivo, sostenere e confermare, formulare riassunti ed evocare affermazioni orientate al cambiamento (automotivanti). Inoltre, sono indicate altre strategie da



utilizzare nella relazione: guardare indietro, guardare avanti, esplorare i valori, ipotizzare il peggio, la bilancia decisionale e schierarsi per il non-cambiamento.

Le domande aperte, l'ascolto riflessivo, il sostegno e la conferma, così come i riassunti, sono abilità la cui applicazione è finalizzata a facilitare l'affermazione di frasi automotivanti che esprimano bisogno, volontà, preoccupazione e ottimismo rispetto al cambiamento. Pertanto costituiscono l'intenzione di cambiare, che rappresenta, di per sé, l'antefatto del cambiamento stesso.

Anche la resistenza della persona al cambiamento è considerata da Miller e Rollnick come un segnale della qualità della relazione tra persona e operatore. Entrambi ritengono, infatti, che la resistenza non sia una caratteristica della persona ma uno stato dipendente dalla relazione stessa. È un segnale di disturbo della comunicazione al quale è opportuno che l'operatore risponda con una non-resistenza, ovvero attraverso l'accoglienza e l'ascolto.

Tuttavia, la resistenza è considerata anche una risorsa: rappresenta un segnale della necessità di cercare nuove soluzioni insieme alla persona, per affrontare il processo di cambiamento.

Il colloquio motivazionale è risultato particolarmente efficace per persone con una bassa motivazione al cambiamento, ancora molto ambivalenti o in opposizione al cambiamento (stadi di precontemplazione e contemplazione), ma si estende anche alle altre fasi del cambiamento.

È interessante osservare come il colloquio motivazionale sia un modello di intervento con i suoi principi, le sue strategie e delle tecniche che non prevedono, in ambito formativo, un lavoro sulla personale disposizione dell'operatore alla relazione d'aiuto. Tantomeno è previsto un lavoro sul proprio modo di stare nella relazione e sui processi che la possono condizionare, quindi, una formazione sull'abilità dell'autoconsapevolezza. Di contro, tutto ciò è presente nei percorsi formativi finalizzati all'apprendimento/perfezionamento delle competenze di counselling. (vedi dossier [Le competenze di counselling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell'operatore nella relazione professionale – Guadagnare Salute, giugno 2012](#)) Questa considerazione intende sottolineare quanto sia importante, per un operatore impegnato nella promozione di stili di vita salutari, conoscere modelli, tecniche e strategie per condurre il processo relazionale in modo competente e non improvvisato. Tuttavia, per l'operatore è altrettanto importante riflettere costantemente sulle proprie modalità relazionali e sul proprio stile comunicativo, così come potenziare l'autoconsapevolezza, l'ascolto e l'empatia). Queste capacità sono, infatti, necessarie per gestire la propria emotività, per contattare, riconoscere e saper "silenziare" il proprio "mondo interno", i personali schemi cognitivi, i propri valori e pregiudizi. Tale consapevolezza è essenziale per condurre interventi centrati sulle esigenze della persona, sulla sua disponibilità al cambiamento, sui suoi valori; interventi orientati all'attivazione di processi di consapevolezza e di empowerment, attenti agli aspetti che possano rafforzare la motivazione al cambiamento e facilitare i processi decisionali.

L'intervento dell'operatore nel processo di cambiamento

Le competenze di base del counselling ([vedi dossier sulle Competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale – Guadagnare Salute, dicembre 2011](#)) sono una componente fondamentale della professionalità dell'operatore, per sostenere la persona nel complesso percorso del cambiamento. In particolare, quando il cambiamento riguarda gli stili di vita salutari, come la corretta alimentazione e l'aumento dell'attività fisica, queste competenze sono strumenti preziosi di cui l'operatore può disporre. Risultano, difatti, molto utili per condurre la relazione professionale in modo intenzionale e centrato sulle specifiche esigenze individuali. Inoltre, servono per modulare l'esplorazione in base alla disponibilità della persona e in modo coerente al ruolo professionale svolto, al contesto e al tempo a disposizione.

Le competenze di counselling si configurano, pertanto, come un valore aggiunto alla professionalità dell'operatore. Sono una risorsa indispensabile per attivare e mantenere un processo relazionale di qualità, per capire e farsi capire, per porre attenzione a ciò che la persona dice, pensa e prova (ascolto attivo). Inoltre, sono utili per facilitare il percorso e individuare le esigenze informative dell'individuo,

le aspettative, le difficoltà, l'importanza che attribuisce al cambiamento e la disponibilità che manifesta a mettersi in gioco.

L'intervento, infatti, per essere efficace deve essere orientato da ciò che la persona è in grado di fare in quella fase della sua vita, da ciò che si può permettere in quel momento e non da soluzioni o obiettivi predefiniti dall'operatore.

Affinché ciò si verifichi, è opportuno prima di tutto costruire la relazione e poi utilizzare le strategie, le abilità comunicative e gli strumenti ispirati ai diversi approcci teorici, appresi e perfezionati in specifici percorsi formativi e tradotti in competenza.

Inoltre, è importante considerare che ogni operatore in base al ruolo, al contesto in cui opera, al momento in cui entra in relazione con la persona e al tempo che ha a disposizione, può contribuire per una parte al processo di cambiamento della persona. Questo processo varia in modo considerevole da persona a persona, in base alle sue conoscenze, al suo livello di elaborazione, alla sua consapevolezza e motivazione.

In questo senso, è opportuno sottolineare quanto sia fondamentale operare all'interno di una strategia comunicativa pianificata e di una rete sul territorio. Infatti, gli interventi coordinati e integrati dei diversi operatori sono molto più efficaci. In base al servizio in cui lavorano, al ruolo che svolgono e alle caratteristiche della persona che incontrano, gli operatori possono approfondire la relazione a livelli diversi, raggiungendo obiettivi comunicativi differenziati (di conoscenza, di atteggiamento e di comportamento).

Per esempio, l'intervento che può svolgere un farmacista con una persona in sovrappeso o che espone un problema riferito alla corretta alimentazione, ha caratteristiche diverse da quello che può essere svolto dal medico di medicina generale o dall'operatore di un servizio nutrizionale. Il contesto dell'incontro cambia, ma varia anche il tempo a disposizione e la strutturazione del setting. Pertanto, il livello di profondità del colloquio non potrà essere lo stesso. Tuttavia, anche se in modo differenziato, ognuno dei tre operatori, può utilizzare abilità, tecniche e strategie adeguate al suo specifico intervento, senza mai perdere di vista l'importanza dell'ascolto e della focalizzazione su ciò che la persona in quel momento è in grado di fare.

La struttura di un colloquio di counselling per l'attivazione di processi di cambiamento

Ogni volta che un operatore incontra una persona e vi interagisce, attiva un processo relazionale in cui entrano in gioco elementi di contenuto, scambiati verbalmente, ma anche aspetti che riguardano le modalità del processo relazionale. Spetta all'operatore curare e tenere sotto controllo questi aspetti, per garantire la qualità della relazione stessa. A tal proposito le competenze di base del counselling rappresentano uno strumento che l'operatore può avere a disposizione per condurre il processo relazionale in modo strutturato (seguendo dei passaggi di riferimento, senza mai perdere di vista la persona, le sue caratteristiche e i suoi vissuti, che definiscono l'unicità di ogni relazione).

Qui di seguito sono descritti i passaggi che un operatore impegnato nella promozione di stili di vita salutari può percorrere, nell'ambito di un colloquio finalizzato all'attivazione di processi di cambiamento. (vedi anche dossier [Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale pag. 14 - 16 – Guadagnare Salute, dicembre 2011](#)).



I PASSAGGI FONDAMENTALI

- ▶ Accogliere la persona
- ▶ Ascoltare attivamente
- ▶ Focalizzare il problema
- ▶ Determinare lo stato di cambiamento/valutare la motivazione al cambiamento
- ▶ Scegliere le strategie secondo lo stadio
- ▶ Personalizzare l'informazione
- ▶ Concordare un obiettivo concreto e raggiungibile per la persona, in quel dato momento
- ▶ Prospettare soluzioni e concordarne una o più praticabili
- ▶ Concordare un piano per implementare le soluzioni concordate
- ▶ Riassumere e verificare che quanto è stato detto sia chiaro e sia stato compreso dalla persona
- ▶ Pianificare i follow-up
- ▶ Mostrare disponibilità per ulteriori contatti

▶ Accogliere la persona

Una buona accoglienza facilita l'instaurarsi di una relazione di fiducia e di collaborazione e permette di far sentire la persona a proprio agio, favorendo la creazione di un clima empatico che potrà supportare l'esplorazione e la focalizzazione del problema. A tal proposito, è fondamentale la preparazione del setting esterno (il contesto spazio-temporale all'interno del quale si svolge la relazione) e del setting interno (lo spazio interiore che l'operatore mette a disposizione per l'incontro con l'altro). L'accoglienza si alimenta non solo con gli elementi del verbale (un saluto di apertura e di disponibilità all'inizio della relazione), ma anche con quelli del non verbale (l'andare incontro, il porgere la mano, la mimica facciale e lo sguardo accogliente, attento alla persona) e del paraverbale (il tono della voce calmo, pacato, ma allo stesso tempo deciso, assertivo; il timbro e la velocità nel pronunciare le parole). Anche una postura aperta e comoda dell'operatore può contribuire a creare un clima di agio per la persona.

La collaborazione, favorita da una buona accoglienza, stimola la motivazione e facilita l'attivazione delle risorse in vista di un fine comune, l'obiettivo concordato, realistico e raggiungibile per la persona in quel momento.

▶ Ascoltare attivamente

L'ascolto attivo è un'abilità essenziale per raccogliere la storia della persona, per esplorare e comprendere i suoi bisogni, il suo punto di vista e il suo vissuto; per capire il motivo della richiesta o la percezione soggettiva rispetto al tema posto. Solo attraverso l'ascolto si può arrivare a focalizzare il problema e a valutare la disponibilità al cambiamento e il desiderio di prendersi cura in modo attivo della propria salute. È possibile comprendere l'altro anche osservando la sua comunicazione non verbale e ponendo attenzione a quella paraverbale. Per facilitare l'espressione della persona, è indispensabile che l'operatore assuma un atteggiamento accogliente: dovrà utilizzare un linguaggio chiaro e comprensibile, che ponga attenzione ai temi che la persona ritiene rilevanti in quel momento. Dovrà evitare, inoltre, interpretazioni e conclusioni personali. Un clima disteso può facilitare l'esplicitazione di dubbi, preoccupazioni e paure.

Le quattro tecniche che caratterizzano il metodo del "rispecchiamento empatico" (*riformulazione, delucidazione, capacità di indagine e messaggi in prima persona*), possono aiutare l'operatore a concentrare l'attenzione su ciò che dice e fa la persona, e a tenere sotto controllo anticipazioni e interpretazioni personali che rischiano di distorcere il pensiero dell'altro. (vedi dossier [Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale pag. 13-14](#) – Guadagnare Salute, dicembre 2011).

Esempio

Operatore: *“Al telefono mi ha detto di avere dei problemi con il peso. Mi può spiegare meglio?”*

In linea generale, in questa prima parte del colloquio è opportuno utilizzare domande aperte, che offrano alla persona la possibilità di parlare di sé, delle proprie difficoltà e preoccupazioni. Ciò è finalizzato a una maggiore comprensione del problema, per proseguire l'esplorazione attraverso l'uso della tecnica della riformulazione, integrata da delucidazioni espresse con messaggi in prima persona.

Operatore: *“Da ciò che mi diceva mi sembra di aver capito che in questi ultimi tempi il suo peso è diventato per lei un pensiero costante che le causa preoccupazione in quanto pensa che possa incidere sulla sua salute...”* (riformulazione)

Signora: *“Sì, sono molto preoccupata, ho letto che il sovrappeso causa molte malattie e io ho paura di stare male, poi figuriamoci con quello che abbiamo già passato in famiglia ...”*

Operatore: *“Signora, mentre pronunciava queste ultime parole ho colto da un'espressione del suo viso una certa tristezza,”* (delucidazione).

► **Focalizzare il problema**

Procedendo con l'ascolto attivo, alternando domande aperte, riformulazioni e delucidazioni, è possibile facilitare l'esplorazione personale e arrivare alla focalizzazione del problema.

La focalizzazione del problema favorisce la valutazione del desiderio di cambiare, della motivazione al cambiamento e, quindi, la collocazione della persona nel ciclo degli stadi del cambiamento.

È importante mettere in atto una buona capacità di indagine per capire bene il problema emergente nel “qui ed ora” del colloquio e, se opportuno, ridefinirlo. L'abilità dell'operatore consiste nell'aiutare il singolo individuo a descrivere il problema rendendolo esplicito, anche attraverso l'identificazione dei molteplici sotto-problemi che lo caratterizzano. Per esempio, nell'ambito del problema generale riguardante il comportamento alimentare, un problema specifico (emergente) da affrontare in un colloquio (solo se la persona lo mette in evidenza) potrebbe essere la difficoltà ad evitare le abbuffate la sera durante la cena: *“Da ciò che mi sta dicendo, mi sembra di capire che in alcuni momenti della giornata, è per lei più difficile mangiare in modo equilibrato. Pensa che sia importante approfondire questo aspetto?”*. Oppure, un altro aspetto potrebbe riguardare la difficoltà di mangiare frutta e verdura, nonostante la consapevolezza della loro utilità per la salute. La percezione del problema passa attraverso una sensazione di disagio, un malessere interiore. È opportuno che l'operatore affronti un argomento per volta, in modo da evitare confusione e gestire meglio il tempo. Inoltre, dovrà fare attenzione agli argomenti considerati prioritari dalla persona, senza perdere di vista la componente emotiva. In questo modo, l'operatore può arrivare ad identificare insieme alla persona un obiettivo a medio e breve termine. Dovrà essere concreto e accettabile, un obiettivo sul quale lavorare e attivare la motivazione in base alla disponibilità, all'importanza e alla fiducia che la persona attribuisce al cambiamento. Molte decisioni relative al cambiamento non vengono prese durante il colloquio con l'operatore. Tuttavia, è fondamentale che l'operatore aiuti la persona a riflettere sul cambiamento, a identificare il problema, a esserne consapevole e a valutare la possibilità di mettere in atto delle azioni concrete per affrontarlo. Questo può essere un buon risultato, soprattutto con una persona non ancora decisa ad attuare il cambiamento, in quanto non genera resistenze e blocchi alla comunicazione.

► **Determinare lo stadio di cambiamento/ valutare la motivazione al cambiamento**

È molto importante che l'operatore accetti la persona così com'è, un individuo diverso da sé, con le sue difficoltà ad adottare comportamenti salutari; senza giudizi e pressioni nella direzione di un cambiamento che ritiene il più giusto e appropriato per l'altro, senza considerare che il punto di vista della persona potrebbe essere diverso. Questo atteggiamento non giudicante, empatico, basato sull'accettazione incondizionata e sul riconoscimento dell'autonomia della persona, rappresenta una condizione essenziale. Serve a comprendere il livello di disponibilità al cambiamento, a identificarne lo stadio e, di

conseguenza, a scegliere le strategie più adeguate. Se una persona non è disponibile a cambiare, non è pronta o è incerta, proporre un piano d'azione o insistere sugli aspetti positivi del cambiamento può essere controproducente e creare resistenze.

La disponibilità al cambiamento dipende dall'importanza che la persona gli riconosce e dalla fiducia nelle proprie possibilità di raggiungere l'obiettivo (autoefficacia). Più forte è l'ambivalenza, il conflitto interno percepito dalla persona, maggiore è l'importanza attribuita al cambiamento.

Spesso, quando gli operatori sottolineano l'importanza di modificare comportamenti che possono essere dannosi per la salute, non si preoccupano di capire cosa pensi e provi la persona protagonista del cambiamento. Non si chiedono se in quel momento sia disponibile a cambiare, se percepisca il suo comportamento come un problema per la sua salute, se si senta a disagio nel mantenere le sue abitudini non salutari; se consideri importante il cambiamento per la qualità della sua vita e se si senta in grado di compiere azioni orientate alla modifica del comportamento (livello di autoefficacia). Insistere sull'importanza, ampliando eccessivamente la [frattura interiore](#), quando la persona ha una bassa fiducia nelle proprie capacità, può rivelarsi un errore che genera frustrazione.

Importanza e fiducia si possono combinare generando quattro profili motivazionali diversi:

- Profilo A: bassa importanza, bassa fiducia
- Profilo B: bassa importanza, alta fiducia
- Profilo C: alta importanza, bassa fiducia
- Profilo D: alta importanza, alta fiducia

La valutazione dell'importanza e della fiducia può essere effettuata attraverso il regolo motivazionale descritto in precedenza. *“Rispetto alle abbuffate serali, di cui mi ha parlato, pensa che per lei sia importante cambiare questa abitudine? Se zero corrispondesse a “per niente importante” e dieci a “molto importante” che punteggio si darebbe?”*

“Se decidesse di cambiare, quanta fiducia avrebbe nella possibilità di riuscire a farlo? Se zero corrispondesse a “nessuna fiducia” e dieci a “molta fiducia”, che punteggio si darebbe?”

La schematizzazione presentata semplifica la realtà: le cose sono più sfumate e può accadere che, nel corso di un colloquio, una persona passi da un profilo all'altro.

► Scegliere le strategie secondo lo stadio e la motivazione al cambiamento

La persona è in fase di precontemplazione

In questa fase, in cui la persona non vuole cambiare o non si sente in grado di farlo, è fondamentale rafforzare la relazione empatica. Occorre ascoltare, per esplorare le conoscenze e le opinioni dell'individuo (che al momento ha bisogno di aumentare la propria consapevolezza circa i rischi e i problemi connessi al mantenimento delle proprie abitudini) ed esplicitare i pro e i contro che l'avvicinano o allontanano dal cambiamento. È utile un approccio informativo che possa evocare dubbi circa l'adeguatezza del proprio comportamento e stimolare la riflessione personale. Tuttavia, l'informazione deve essere personalizzata in base al problema e, soprattutto, in base a quanto la persona, in quel momento, sia in grado di ascoltare o voglia davvero sapere (informazioni “a piccole dosi” e solo se si ha il consenso dell'altro).

È importante, inoltre, che la persona sperimenti ed espliciti le reazioni emotive sulle informazioni ricevute. In generale, dovrà confrontarsi anche con il mantenimento dello *status quo* del cambiamento (attivazione emotiva), oltre che con il riconoscere come e quanto lo *status quo* e il cambiamento stesso siano in accordo o in contrasto con i valori personali e con l'immagine di sé (ridefinire l'immagine di sé), senza tralasciare gli effetti che potrebbero avere sull'ambiente (impatto sugli altri). In questa fase è importante che l'operatore mantenga il contatto, poiché la persona potrebbe tentare di modificare il suo comportamento in un periodo successivo e, quindi, decidere di ritornare.



La persona è in fase di contemplazione

In questa fase, in cui la persona è incerta rispetto al cambiamento (oscilla tra le ragioni che motivano il cambiamento e quelle che giustificano lo *status quo*), è importante che l'operatore comprenda l'ambivalenza. L'intervento non è solo informativo, ma è finalizzato a valorizzare gli aspetti positivi del cambiamento, più che gli aspetti negativi del comportamento problematico. La tecnica della bilancia decisionale è molto utile: consente di effettuare insieme alla persona un'analisi qualitativa dei pro e dei contro, di lavorare contemporaneamente sui suoi valori e sulle sue preoccupazioni e di fare ipotesi sul presente e sul futuro. Per esempio, nel caso di una persona sovrappeso, tra i costi collegati a "continuare a mangiare", la persona potrebbe identificare il rischio di malattie cardiovascolari e il disagio che prova nell'acquisto di un vestito nuovo. Tuttavia, tra i benefici, potrebbe vedere quello di poter mangiare ciò che più le piace e di poter cucinare un unico menù per sé stessa e il resto della famiglia. Invece, tra i costi di un'alimentazione equilibrata, potrebbe considerare il fatto di rinunciare alla consolazione che le procura il mangiare cioccolato e merendine, e, tra i benefici, il fatto di sentirsi più in forma e più attraente.

La bilancia decisionale favorisce l'aumento della consapevolezza sul problema e sui benefici del cambiamento. Inoltre, il lavoro che l'operatore e la persona svolgono attraverso la bilancia, può facilitare la riflessione sulla valutazione degli effetti che lo *status quo* o il cambiamento hanno, sia sul sistema di valori personali che sull'ambiente di riferimento (auto-rivalutazione e rivalutazione ambientale). L'ambivalenza alimenta il conflitto interno (frattura interiore), essenziale per attivare il processo di cambiamento. È importante che l'operatore lavori insieme alla persona per ampliare la "frattura interiore" tra la condizione attuale e le mete desiderabili, facendo attenzione a non riproporre l'ambivalenza nella relazione.

Per aiutare la persona a individuare i benefici e i costi di una eventuale scelta, l'operatore può utilizzare anche una tabella che permette di avere un quadro sintetico di ciò che emerge dall'analisi dei pro e dei contro (figura 4). Questi aspetti possono essere verbalizzati o approfonditi dall'operatore, nell'ambito del colloquio o dei colloqui successivi.

La bilancia decisionale: ponderare costi e benefici

Continuare a svolgere una vita sedentaria		Iniziare a fare attività fisica	
Benefici	Costi	Benefici	Costi

Figura 4

La persona è in fase di preparazione/determinazione

In questa fase, la persona si sente pronta rispetto al cambiamento. Pertanto, è essenziale che sia supportata dall'operatore nel processo decisionale, anche attraverso la proposta di opportunità praticabili di cambiamento. Per esempio, può essere aiutata a immaginare il cambiamento e le sue ripercussioni sulle abitudini individuali e sociali, nonché l'effetto che potrà avere sugli "altri" significativi. È importante passare a un intervento di tipo cognitivo ("Cosa penserò di me stesso?"), comportamentale



(“Cosa farò in varie situazioni?”) e relazionale (“Come cambierà la mia relazione con gli altri?”). Questo comporta il confronto con le idee, le prospettive, le aspettative, le paure, le propensioni della persona che non è più concentrata sui pro e contro del cambiamento ma, piuttosto, tende a fare domande su come mantenere il nuovo comportamento (“Cosa posso mangiare come spuntino?”, “Cosa potrei ordinare quando sono al ristorante con amici?”).

È importante, quindi, concordare e condividere con la persona un piano di cambiamento che preveda:

- obiettivi a breve e a medio termine: raggiungibili, accettabili per il soggetto, commisurati alle sue effettive abilità, con la dovuta considerazione per le difficoltà individuali o contestuali
- l’individuazione di persone di riferimento in grado di fornire effettivo sostegno, e di opportunità e risorse disponibili (per esempio, programmi e servizi attivi sul territorio)
- la valutazione delle aspettative realistiche o irrealistiche
- la scansione temporale, cioè quando la persona pensa di iniziare concretamente a modificare il comportamento
- la programmazione di una serie di alternative comportamentali per le differenti situazioni della quotidianità.

In questa fase è opportuno, inoltre, far presente che si potranno verificare situazioni critiche e ricadute, ma che possono rappresentare delle opportunità di apprendimento. Per arrivare a un piano che abbia garanzie di validità, è necessario aumentare il livello di autoefficacia. Si potrà, quindi, chiedere all’interessato di individuare e raccontare situazioni del passato in cui sia riuscito a mettere in atto un cambiamento personale, trasferendo quella modalità efficace al nuovo cambiamento che si intende perseguire. Lavorando così sull’impegno personale, è possibile favorire il passaggio dal pensiero all’azione concreta.

La persona è in fase di azione

In questa fase la persona sta attuando il piano di cambiamento, ovvero sta mettendo in atto una serie di strategie e, anche se non in maniera completa, sta modificando il proprio comportamento da meno di 6 mesi. Pertanto, è importante sostenere i cambiamenti effettuati, stabilire obiettivi a breve e medio termine e favorire il supporto dell’ambiente familiare. Occorrerà evitare luoghi e situazioni critiche, che potrebbero innescare il comportamento da modificare, proporre alla persona di sostituire il “vecchio” comportamento con altri comportamenti altrettanto appaganti ma non dannosi e avere particolare cura nel rinforzare i successi, anche se parziali. In questa fase possono verificarsi delle ricadute che riportano ai precedenti stadi del ciclo di cambiamento. Qualcuno ritorna alla precontemplazione, altri alla determinazione e poi riprovano in un secondo momento. In questi casi, è necessario affrontare la situazione con la persona, per capire cosa è accaduto. In seguito, si potrà ritentare, poiché le ricadute sono parte integrante del processo di cambiamento.

La persona è in fase di mantenimento

Nella fase di mantenimento la persona ha bisogno di essere supportata, per mantenere alta l’attenzione sulle situazioni critiche e sui momenti in cui le tentazioni verso il comportamento problematico sono particolarmente forti. In questo stadio è essenziale sostenere l’autoefficacia, individuare e programmare insieme alla persona rinforzi considerati positivi (come pianificare una serie di attività piacevoli da svolgere al termine di ogni giornata in cui ha mangiato in maniera sana o al termine di ogni settimana). È opportuno valutare anche il rischio di ricaduta con serenità, come un evento probabile.

La persona è in fase di risoluzione

Nella fase di risoluzione la persona ha modificato il suo stile di vita, ha un’elevata fiducia in sé stessa e ha interiorizzato i nuovi comportamenti. In questa fase, è importante lavorare per evitare che le norme del gruppo sociale di appartenenza possano condizionare la persona. In particolare, nella percezione che l’individuo ha di attuare e mantenere un cambiamento nel proprio comportamento

Personalizzare l'informazione

Ogni informazione fornita si inserisce in un preciso sistema cognitivo ed emozionale della persona e deve, quindi, essere “personalizzata”, per facilitare la messa in atto di modifiche comportamentali e decisionali. È importante non dare per scontato che la persona voglia ricevere informazioni, anche se aggiornate e scientificamente fondate, in quanto questo approccio potrebbe creare resistenze e generare conflitti nella relazione. Affinché l'intervento informativo sia funzionale all'aumento della motivazione, è opportuno che l'operatore consideri il reale bisogno individuale di informazioni, ovvero cosa la persona già sa e desidera sapere: “Che cosa sa a proposito di ...?”. Dopo la risposta: “Le piacerebbe saperne di più?”.

In genere, il momento migliore per fornire informazioni è quando sono richieste. Ciò permette di informare in base alle esigenze prioritarie della persona e di catturare la sua attenzione, facilitando l'esplicitazione di dubbi, domande e commenti, offrendo ulteriori notizie che vanno a integrare quelle richieste in partenza. È importante: utilizzare un linguaggio chiaro e comprensibile; rispondere a una domanda per volta; adeguare la velocità con cui si parla alla capacità di comprensione di chi ascolta; considerare i bisogni, la cultura, lo stato emozionale e le difese della persona; verificare in modo costante quanto e cosa la persona ha compreso; valutare l'opportunità di aggiungere ulteriori informazioni, ponendo sempre attenzione alle implicazioni relative a quanto detto.

▶ **Concordare un obiettivo concreto, raggiungibile per la persona in quel momento**

L'obiettivo raggiungibile per la persona in uno specifico momento può essere definito tale in base a una serie di elementi: la sua coerenza con lo stadio del cambiamento in cui si trova la persona; con la motivazione; con il contesto nel quale l'operatore incontra la persona (la farmacia, l'ambulatorio del medico di medicina generale, il servizio nutrizionale della Asl, il centro sportivo, la scuola); con il tempo che può dedicare e con la frequenza degli incontri. Inoltre, è opportuno distinguere tra obiettivo a breve, medio e lungo termine in quanto, nell'ambito di un singolo colloquio, l'operatore e la persona possono condividere un obiettivo molto specifico, in prevalenza di tipo informativo e da raggiungere a breve termine. Invece, se gli incontri si ripetono e hanno una cadenza regolare, l'operatore e la persona possono concordare obiettivi raggiungibili in un arco di tempo più lungo. È, tuttavia, essenziale che l'obiettivo sia condiviso, perché, in caso contrario, risulta molto difficile creare e mantenere la relazione tra operatore e persona.

▶ **Prospettare soluzioni e concordare quella o quelle praticabili**

Per il raggiungimento dell'obiettivo concordato, l'operatore ha la possibilità di prospettare alla persona un ventaglio di soluzioni. Tuttavia, spetta all'individuo scegliere l'opzione che, nello specifico momento, considera più adeguata per affrontare in modo attivo il problema che sta vivendo. Spesso la soluzione scelta dalla persona non corrisponde con la soluzione che l'operatore ritiene più opportuna. Nell'ambito di una relazione basata sull'ascolto, sulla centralità delle esigenze e delle possibilità di cambiamento della persona, però, è fondamentale che lo scopo non sia l'affermazione di un punto di vista su un altro, né il convincimento. Ciò che conta è la facilitazione di processi decisionali consapevoli e autonomi della persona.

▶ **Concordare un piano per implementare le soluzioni concordate**

La soluzione scelta per il raggiungimento dell'obiettivo richiede la pianificazione, nell'ambito del colloquio, di una serie di azioni e di iniziative concrete. Operatore e persona possono concordarle in vista di un incontro successivo, anche per dare continuità a quanto affrontato e stabilito nel colloquio precedente. È importante che la tempistica del piano d'azione sia realistica e su misura della persona.

▶ **Riassumere e verificare che quanto è stato detto sia chiaro e sia stato compreso dalla persona**

È importante riassumere quanto è emerso durante il colloquio e quanto si è concordato, nonché verificare che la persona abbia davvero compreso ciò che è stato detto, indagare su ulteriori dubbi e chiudere la relazione.



► Pianificare i follow-up

Può essere molto importante, soprattutto nello stadio del mantenimento, anche il concordare incontri periodici per mantenere il contatto, e affrontare eventuali situazioni problematiche o ricadute.

► Mostrare disponibilità per ulteriori contatti

Una conclusione della relazione non affrettata, che manifesti la disponibilità per ulteriori incontri o contatti, è fondamentale per valorizzare quanto emerso durante l'intervento, per dare continuità alla relazione stessa e per salutare in modo adeguato.

In sintesi, è importante ricordare che:

- il colloquio motivazionale è indispensabile per comprendere cosa spinge la persona al cambiamento e cosa permette che il cambiamento accada
- l'interazione fra disponibilità, frattura interiore e livello di autoefficacia fornisce un quadro della motivazione al cambiamento
- per attivare il processo di cambiamento, l'operatore lavorerà insieme all'individuo, con lo scopo di ampliare la "frattura interiore" e rafforzare la fiducia
- la motivazione estrinseca attiva nella persona i primi passi verso il cambiamento, ma è necessario che subentrino elementi propri della motivazione intrinseca perché si mantenga nel tempo
- esistono strumenti per valutare la motivazione al cambiamento (questionario MaC/E; regolo motivazionale)
- la resistenza della persona al cambiamento è un segnale di disturbo della comunicazione che può diventare una risorsa, perché segnala all'operatore la necessità di cercare, insieme alla persona, nuove soluzioni per affrontare il processo di cambiamento
- manifestare empatia, aggirare e utilizzare le resistenze, lavorare sulla frattura interiore e sostenere l'autoefficacia sono i principi cardine del colloquio motivazionale
- l'autoconsapevolezza del proprio stile relazionale e di comunicazione, non è richiesta per l'applicazione delle tecniche del colloquio motivazionale (a differenza delle competenze di counselling, che la prevedono) ma aiuta a condurre il colloquio senza mai perdere di vista l'individuo, le sue esigenze e i suoi obiettivi.

Bibliografia

- Ajzen I. Attitudes, personality and behaviour. Dorsey Press, Chicago, 1988.
- Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50:179-211.
- Amerio P. Psicologia di comunità. Il Mulino, Bologna, 2000.
- Arkowitz H, Westra HA, Miller WR, Rollnick S. Il colloquio motivazionale per il trattamento dei problemi psicologici. Sovera, Roma, 2010.
- Bandura A. Psychological modeling: connecting theories. Aldine/Atherton, Chicago, 1972.
- Bandura A. Social learning theory. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1977.
- Bandura A. Social foundation of thought and action: a cognitive social theory. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1986.
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977;84:191-215.
- Bandura A. Reflections on self-efficacy. *Advances in Behavioural Research and Therapy*, 1978;1:237-69.
- Bandura A, Schunk DH. Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology* 1981;41:586-98.
- Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 1982;37:122-47.
- Bandura A. Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research* 1984;8:231-55.
- Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist* 1989; 44:1175-84.
- Bandura A (a cura di). Il senso di autoefficacia. Aspettative su di se e azione. Erickson, Trento, 1996.
- Bandura A. Autoefficacia: teoria e applicazioni. Erickson, Trento, 2000.
- Bandura A. Guida alla costruzione delle scale di autoefficacia. In: Caprara GV (a cura di). La valutazione dell'autoefficacia. Erickson, Trento, 2001.
- Bertini M. La qualità del sistema sanitario. *Psicologia della Salute* 1998; 1:15-34.
- Braibanti P, Zunino A. Lo sguardo di Igea. Soggetti, contesti e azioni di psicologia della salute. Franco Angeli, Milano, 2005.
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Institute for Future Studies, 1991.
- Di Clemente CC, Prochaska JO. Self change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviour* 1981;7:133-42.
- Di Clemente CC. Self-efficacy and the addictive behaviors. Special Issue: Self-efficacy theory in contemporary psychology. *Journal Social and Clinical Psychology* 1986;4:302-15.
- Di Clemente CC. Motivational interviewing and the stages of change. In Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviors*. The Guilford Press, New York-London, 1991: 191-202.
- Di Clemente CC. Gli stadi del cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza. In: Guelfi GP, Spiller V (ed). *Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze*. Il Vaso di Pandora 1994;II(4):37-51.
- Di Clemente CC, Hughes SO. Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse* 1990;2:217-35.
- Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Row & Peterson, Evanston, 1957.
- Edizione italiana: La teoria della dissonanza cognitiva. Franco Angeli, Milano, 1973.
- Food for life project. Programma WIC della Comunità Economica Europea, reperibile sul sito del laboratorio HABITS.
<http://www.umcb.edu/psyc/habits/TTM-O.html>
- Glanz K, Rimer BK. Theory at a glance - a guide for health promotion practice. US Department of Health and Human Service, National Institute of Health. Washington DC, II edizione, 2005.

- [Guadagnare Salute. Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale](#), dicembre 2011.
- [Guadagnare Salute. Il marketing sociale](#), dicembre 2011.
- [Guadagnare Salute. Le competenze di counselling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell'operatore](#), giugno 2012.
- Janis IL, Mann L. Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment. T Free Press, New York, 1977.
- Lugoboni F. Migliorare la compliance. L'utilità del colloquio motivazionale. SEEd, Torino, 2010.
- McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Education Quarterly 1988;15:351-77.
- Miller W, Rollnick S. Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcool e altre dipendenze, Erickson, Trento, 1994.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. Guilford Press, New York, 1991.
Edizione italiana: Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento Erickson, Trento, II edizione, 2004.
- Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein M, Marcus B, Racowski W, Fiore C, Harlow LL, Redding CA, Rosenbloom D, Rossi SR. Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors. Health Psychology 1994;13:39-46.
- Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy, theory, research and practice 1982; 19:276-88.
- Ragazzoni P, Di Pilato M, Longo R, Scarponi S, Tortone C (a cura di). Modelli socio cognitivi per il cambiamento dei comportamenti: rassegna e analisi critica. Dors, Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, Regione Piemonte Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità. Collana Promozione della Salute, settembre 2009.
- Ragazzoni P, Di Pilato M, Longo R, Scarponi S, Tortone C (a cura di). Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni. Modello transteorico di Di Clemente e Prochaska (a cura di). Dors, Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, Regione Piemonte Assessorato alla tutela della salute e sanità. Collana Promozione della Salute, giugno 2007.
- Rogers C R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology 1957;21:95-103.
- Rogers CR. A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: Koch S (ed). Psychology: a study of a science, vol. III. Formulations of the person in the social context. McGraw Hill, New York, 1959.
- Rogers CR. La terapia centrata sul cliente, Martinelli, Firenze, 1989.
- Rollinick S, Butler C, Mason P. Cambiare stili di vita non salutari. Strategie di counseling motivazionale breve. Erickson, Trento, 2003.
- Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, General and Applied 1966;80:1-28.
- Rosenstock I. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs 1974;2:328-35.
- Rosengren D. Guida pratica al counseling motivazionale. Erickson, Trento, 2011.
- Spiller V, Scaglia M, Ceva S. Il modello transteorico. Una modalità eclettica di terapia. Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo 1988;XII(2):17-22.
- Velicer WF, Di Clemente CC, Prochaska JO, Brandenburg N. A decisional balance measure for predicting smoking cessation. Journal of personality and Social Psychology 1985;48:1279-89.
- Velicer WF, Di Clemente CC, Rossi JS, Prochaska JO. Relapse situation and self-efficacy: an integrative model. Addictive Behavior 1990; 15:271-83.



- Wayne F, Velicer C, Di Clemente CC, Rossi JS, Prochaska JO. Relapse situations and self-efficacy: an integrative model. *Addictive Behaviors* 1990;15:271-83.
WHO Regional Office for Europe. Social determinants of health: the solid facts. Wilkinson R, Marmot M (eds). II edizione, agosto 2003.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- WHO Health Equity Team. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, maggio 2005.
<http://www.naccho.org/topics/justice/resources/upload/WHOCommissionTowardsConceptualFrame.pdf>
- Zani B, Cicognani E. *Psicologia della salute*. Il Mulino, Bologna, 2000.