

RELAZIONE PROFESSIONALE IN DIETOLOGIA: L'APPROCCIO ROGERSIANO E IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

A cura di Odette M.S. Hassan e Patrizia Zuliani°*

**Dietista U.O.D. Diabetologia Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma*

°Biologa, Specialista in Scienza dell'Alimentazione

Introduzione

L'organismo è un sistema aperto in cui e su cui intervengono molteplici determinanti della salute. Questa visione trasforma lo stesso concetto di salute: "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia e di infermità"¹. La salute non è lo stato delle cose, ma un processo che è suscettibile di cambiamenti e che ha sempre a che fare con la capacità delle persone di identificare e prediligere stili di vita benèfici. Ciò richiede: a) la partecipazione attiva dei *pazienti* che diventano *clienti* e cioè "partner dei professionisti", b) la considerazione dinamica dei dati medico-biologici e psico-sociali. Entrambe le competenze sono dipendenti dalle *skills of life* (O.M.S.) che attivano processi di *empowerment* funzionali alla promozione della salute sia a livello personale, sia a livello di organizzazioni e di comunità. Il gruppo di Studio ADI "Relazione Professionale in Dietologia" ha analizzato, attraverso la letteratura, la possibilità che questi processi siano co-costruiti attraverso la relazione d'aiuto tipica dell' "approccio centrato sulla persona", ovvero da persona a persona in una relazione di "counselling nutrizionale".

Ultimi dati in letteratura consolidati

La Carta di Ottawa afferma: "Grazie ad un buon livello di salute l'individuo e il gruppo devono essere in grado di identificare e sviluppare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, modificare l'ambiente e di adattarvisi"². In quest'ottica proattiva il "modello biomedico" di salute, basato sulla contrapposizione salute-malattia - dove la salute è di volta in volta un obiettivo da conseguire quando improvvisamente ci si scopre malati - cede il passo al "modello bio-psico-sociale": la salute è uno sviluppo personale e collettivo a cui concorrono, intrecciandosi, in modo dinamico fattori individuali biologici, comportamentali e psicologici, fattori familiari, socioeconomici, culturali, abitudini di consumo, fattori ambientali e strutturali della società. Scrive Zucconi: "La promozione della salute è la capacità delle persone di identificare e prediligere stili di vita benefici per la salute, di tollerare le tensioni della propria vita e dipende in larga misura dalla loro solidità psicologica e interpersonale"³. Tra i fattori che influenzano lo stato di salute nella vita quotidiana vengono in rilievo quelle competenze che l' O.M.S. definisce *skills for life* ovvero "tutte quelle competenze che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana". Queste competenze, indipendentemente dai contesti culturali d'applicazione (assunzione di decisioni, risoluzione di problemi, pensiero creativo, pensiero critico, comunicazione efficace, abilità di relazione

1 Cfr. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *Conferenza internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, 6 - 12 settembre del 1978, Alma-Ata, Repubblica del Kazakistan - Dichiarazione di Alma Ata, I.*

2 Cfr. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute, 17-21 novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada, Carta di Ottawa, "La promozione della salute"*.

3 Cfr. Zucconi A.- Howell P., *La promozione della salute*, Lecce, 2010, p. 95.

interpersonale, autoconsapevolezza, empatia, gestione delle emozioni e gestione dello stress) e della loro definizione (*coping*; autoefficacia; *hardiness*; resilienza; autostima; capacità comunicative e di *problem solving*) attivano processi di *empowerment* funzionali alla promozione della salute sia a livello personale, sia a livello di organizzazioni e di comunità. Questi processi possono essere co-costruiti attraverso la relazione d'aiuto tipica dell' "*approccio centrato sulla persona*", ovvero da persona a persona, utilissimi nella relazione tra il professionista della nutrizione sia esso dietista, biologo o medico ed il cliente. Nel modello centrato sulla persona il cliente è protagonista, chiede che il professionista della nutrizione si concentri di meno sul fornire informazioni e consigli e di più sul fornire le condizioni che stimolino la sua crescita, favorendo il processo di approfondimento e quindi il suo sviluppo in autonomia. In particolare nel paradigma sistemico di Carl Rogers l'individuo è dotato di molteplici risorse per comprendere se stesso e per modificare il proprio concetto di sé, i propri atteggiamenti dominanti ed i comportamenti autoindotti. A tali risorse diventa possibile accedere per il cliente se percepisce di trovarsi in un clima ricco di condizioni psicologiche facilitanti. Parafrasando Rogers possiamo dire che l'intervento nutrizionale può essere concentrato sul raggiungimento di obiettivi positivi e non soltanto su sforzi riparatori, divenendo così più efficace. In quest' approccio olistico-sistemico l'organismo umano è costruito come un complesso di sistemi nel cui D.N.A. è codificata la capacità di realizzare il proprio potenziale o *empowerment*. Carl Rogers si concentra sulla salute anziché sulla malattia, fornisce *empowerment* anziché cura, si propone di sviluppare la potenzialità dell' essere umano sano, dei gruppi e delle organizzazioni mediante un processo di responsabilizzazione che non generi dipendenza. Il ruolo del professionista è quello del facilitatore che, collaborando con il cliente (partner) — concorre alla costruzione di un ambiente favorevole allo sviluppo del potenziale personale ovvero *empowerment* che permetta al cliente di riconoscere ed analizzare i propri problemi e di trovare *autonomamente* i cambiamenti necessari e le specifiche soluzioni. Il cliente è in assoluto la persona che possiede più informazioni di chiunque altro sulla propria situazione personale. Il professionista così raggiunge l'obiettivo, certo più ambizioso, di mettere il cliente in condizione di sviluppare la capacità di risolvere problemi presenti e quelli che insorgeranno in futuro. ⁴

Highlights dietetico-clinico-nutrizionali e pratica clinica

Il gruppo di Studio ha individuato nella modalità di aiuto centrata sulla persona, e nel modello bio-psico-sociale una buona pratica di relazione con il cliente. Il numero dei lavori che si possono trovare in letteratura è in progressivo aumento ed investe molti campi della medicina, in particolar modo questi lavori riguardano le malattie croniche, che richiedono un cambiamento dello stile di vita, e l'inserimento dell'attività di counselling nei programmi universitari per facilitare la relazione medico/paziente⁵. L'approccio Rogersiano, centrato sul cliente, viene individuato come qualitativamente rilevante in salute pubblica⁶, utilizzato con successo in alcuni team diabetologici e non a caso, essendo la Terapia Medico Nutrizionale l'elemento cardine in questa patologia^{7 8 9 10}. Come gruppo di studio, impressionate dai dati in letteratura, che

4 Cfr. Zucconi A. – Howell P., *Op. cit.* 185.

5 Cfr. Smith K. *Learning from triads: training undergraduates in counselling skills* Counselling and Psychotherapy Research 2016

6 Cfr. Giusti A. *L'apporto di Carl Rogers e dell'approccio centrato sulla persona (ACP) nella ricerca qualitativa in sanità pubblica* Da persona a persona Rivista di Studi Rogersiani Giugno 2010

7 Cfr. Fatati G., Mirri E., Palazzi M. La terapia medica nutrizionale: aspetti socio culturali dell'alimentazione GIDM N.25 pagg 199-212 2005

8 Cfr. Agrusta M. *Diabetologia e psicologia l'integrazione necessaria di due culture* in .Lazzari D. (a cura di) *Psicologia sanitaria e malattia cronica. Interventi Evidence based and diseases management* Ed. Pacini 2011

9 Cfr. Fratini SP et al Gruppo di incontro e diabete mellito di tipo 1: risultati di un'esperienza Da persona a persona Rivista di Studi Rogersiani Giugno 2011

affermano che raramente si concedono tre minuti consecutivi di colloquio al cliente e che la prima interruzione avviene in media tra diciotto e ventitré secondi^{11 12 13}, abbiamo studiato il comportamento durante la prima visita, in fase di anamnesi alimentare. L'esperienza ha riguardato otto professionisti, supportati da un/una collega/tirocinante che misurava il tempo di ascolto. Su 47 prime visite il cliente, che in fase di anamnesi alimentare generalmente fa un *recall* di ciò che inserisce nella sua dieta in maniera spontanea anche se parziale, è stato interrotto 39 volte prima dei 23 secondi. Aspettando la fine del racconto senza interrompere la raccolta dati sarebbe sicuramente più completa. Infatti in una seconda verifica, su un campione di 29 pazienti, sempre con lo stesso gruppo di professionisti che questa volta ha ascoltato senza fare domande, il cliente, in 22 casi, entro il minuto e mezzo, ha spontaneamente fornito la risposta senza bisogno di sollecitazione.¹⁴

Considerazioni conclusive

Analizzando la relazione che si viene a creare nell'ambulatorio tra il professionista e il cliente, non trascurando il vissuto emotivo, data la necessità di apportare cambiamenti importanti che attengono alla sfera comportamentale profonda dell'individuo, ci è sembrato verosimilmente che il counselling centrato sulla persona sia la relazione più efficace in dietologia. Il nostro cliente è una persona che si presenta con una richiesta che include implicitamente la modifica del suo stile di vita ed il rispetto per la sua persona. Non c'è contraddizione in questa richiesta anche se viene presentata in maniera ambivalente. Il nostro cliente è spesso una persona abituata a non essere creduta, che si vergogna della propria malattia e che può trarre vantaggio nello spazio relazionale che utilizzi le tre condizioni descritte da Rogers, accettazione positiva ed incondizionata, congruenza ed empatia¹⁵.

10 Cfr. Nicora L. La vita condivisa con la patologia cronica: la promozione della salute in presenza di diabete mellito nell'ACP. Da persona a persona Rivista di studi Rogersiani Vol IX 2017

11 Marvel MK, JAMA. 1999;281:283-7 Dyche L.J Gen Internal Med 2005;20:260-70

12 Rhoades DR. familyMed J 2001;33:528-32

13 Barvel MK. J Am Med Association 1999;281:283-287

14 Cfr. Zuliani P. Hassan OMS L'ascolto empatico: elemento topico nella relazione con il paziente Atti convegno ADI 2015

15 Rogers, C R. (1957) *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. Journal of Consulting Psychology, Vol 21(2), trad.it. Le condizioni necessarie e sufficienti per una modificazione terapeutica della personalità in La terapia centrata sul cliente Giunti Roma 2013. (Cap.2: 4-64)