

FRANCESCO LAMIONI

PSICOLOGIA E SALUTE

Estratto

*Il concetto di salute, riletto alla luce del rivoluzionario paradigma epistemologico introdotto da Engel alla fine degli anni settanta, viene a coincidere per l'Organizzazione Mondiale della Sanità con uno stato di benessere fisico, psicologico e sociale. Ciò introduce una nuova prospettiva d'intervento sanitario, che non si esaurisce in un'azione di prevenzione primaria, ma si cimenta in un tentativo di promozione di un miglior stato di salute della persona. Questa sembra dover essere una delle principali sfide del futuro nella sanità mondiale. In ambito psicologico, chi più di altre mostra interesse a raccogliere tale sfida è la neonata branca **Psicologia della Salute**, la quale, attingendo alle conoscenze della psicologia sperimentale (e neuroscienze), psicofisiologia clinica, psicosomatica, psicologia sociale e delle organizzazioni, realizza interventi psicoeducativi volti alla promozione della salute del singolo come della comunità.*

Avrei piacere di avviare questa personale dissertazione su **Psicologia e Salute** proprio a partire dall'analisi etimologica dei termini in questione.

Se, rispetto al termine "psicologia", possiamo essere fiduciosi di riscontrare un ampio accordo in merito al significato che la "gente comune" gli attribuisce, la stessa cosa non dobbiamo aspettarcela nei confronti del termine "salute". In questo caso, infatti, è necessario riconoscere la natura profondamente inflazionata del termine, quale conseguenza degli infiniti contesti in cui viene incessantemente speso.

È di grande interesse poter osservare come, anche nello specifico contesto scientifico-sanitario, il termine "salute" abbia assistito negli anni ad un continuo rinnovamento di significato.

Nell'enciclopedia Rizzoli Larousse, alla voce "salute" troviamo: "stato di benessere di un organismo che sia esente da malattia, difetti o disturbi. – *Med.*: stato di equilibrio organico che traduce la normalità strutturale e funzionale dell'intero organismo" (Gillon, Hollier-Larousse, Ibos-Augé, et al., 1970).

Più recentemente, nel dizionario della lingua italiana Le Monnier, alla stessa voce, riscontriamo una posizione leggermente modificata: "condizione di

benessere fisico e psichico dovuta a uno stato di perfetta funzionalità dell'organismo" (Devoto, Oli, 1990-2003).

Sebbene in entrambi i contesti, si faccia riferimento alla salute come ad una condizione scaturente dalla perfetta funzionalità dell'intero organismo, nella fonte più recente si guarda alla dimensione psichica come parte integrante della stessa condizione di salute.

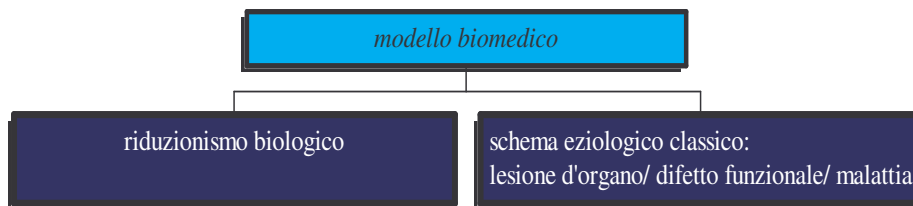
Ciò che invece non sembra modificare, è il fatto di ricondurre la salute ad un'unica dimensione biologico-organismica. Anche lo stesso livello psichico, infatti, rimanda ad una natura *ultima* qual è quella indicata dall'univocità interpretativa del riduzionismo biologico.

Dalla nascita della medicina scientifica nel Rinascimento (la prima grande opera anatomica costruita su basi sperimentali da Andrea Vesalio, il *De humani corporis fabrica*) fino al termine degli anni settanta, il modello di riferimento epistemologico utilizzato per la comprensione dello stato di salute dell'uomo è quello *biomedico* (fig.1).

Esso trova fondamento su due principi tra loro strettamente collegati:

- riduzionismo biologico, per cui qualsiasi altro livello di analisi identificabile nello studio dell'uomo, secondo una prospettiva scientifico-sanitaria, deve essere ricondotto a quello, sottostante ed ultimo, biologico;
- schema eziologico classico, secondo il quale il processo patogenetico avrebbe inizio sempre e comunque da una lesione d'organo, da cui seguirebbe un difetto funzionale esitante nella malattia.

Fig.1:



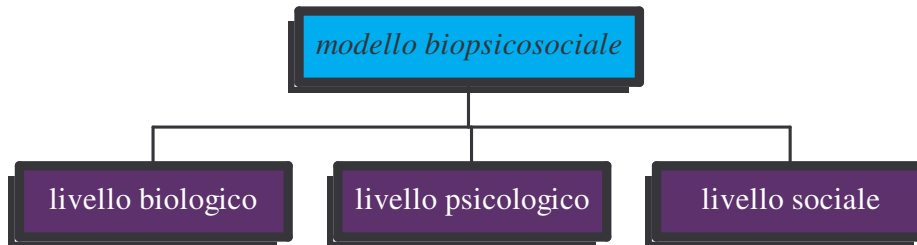
Gli ultimi anni settanta, però, sono oramai maturi ad accogliere un cambiamento epistemologico di portata rivoluzionaria¹.

Al modello biomedico si sostituisce quello *biopsicosociale* (fig.2).

A differenza del primo modello, quest'ultimo riconosce tre livelli distinti tra loro integrati, ciascuno dotato di pari dignità rispetto agli altri. In altri termini nessuno è riconducibile a nessun altro livello, poiché ciascuno è espressione di una dimensione di per sé ultima.

¹ Engel G. (1977), "The need for a new medical model: a challenge for a biomedicine", *Science*, 196, 129-136.

Fig.2:



A partire da questa rivoluzione epistemologica, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) giunge a definire la salute come uno "stato di benessere fisico, psicologico e sociale".

A ben guardare, questa definizione di salute, confrontata a quelle precedenti, denuncia due aspetti autenticamente originali. L'affrancamento definitivo dalla dimensione biologico-organismica; la rinuncia a riconoscere lo stato di salute quale conseguenza diretta dell'assenza della malattia

Per la prima volta, quindi, la salute non è più definita in negativo, come assenza di qualcos'altro, ma uno stato positivo in cui si integrano unitariamente funzioni diverse, orientate al benessere dell'organismo stesso.

Anche la salute, come la malattia, viene allora considerata un *continuum* che si sviluppa per differenti livelli qualitativi. In realtà salute e malattia sono dimensioni compresenti ed inversamente proporzionali di una gradualità che si articola lungo lo spazio delimitato da due estremi: *morte e alta qualità della vita* (fig.3a). A. Antonowsky a tale proposito afferma: "siamo tutti casi terminali, così come, fino a che c'è un soffio di vita, siamo tutti in una certa misura sani" (Antonowsky, 1987).

Ma c'è di più, di regola si è portati a considerare il continuum salute-malattia solo nella prospettiva unidimensionale somatica, quindi organica ed oggettiva, dimenticando completamente quella soggettiva o psicologica, vale a dire il continuum benessere-malessere, relativamente indipendente seppure profondamente intrecciato col primo (fig.3b).

Fig.3a:

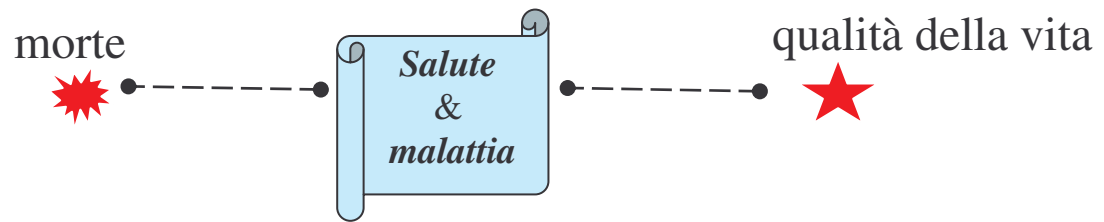
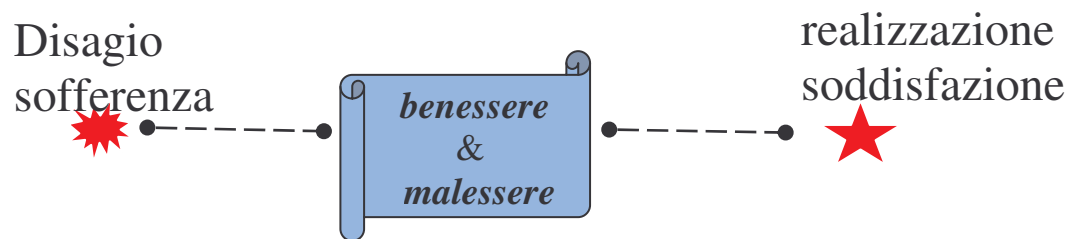


Fig.3b:



Questa nuova idea di salute, allora, non più intesa semplicemente come uno stato da conservare attraverso una strenua difesa dall'incessante rischio di malattia, ma riconosciuta nella sua intrinseca natura evolutiva, abilita a considerare l'ipotesi di realizzare interventi mirati di *promozione della salute*. Attraverso il cambiamento di paradigma, quindi, si è passati dalla staticità di sapore meccanicista della prevenzione, alla dimensione dinamico-evolutiva della promozione della salute.

Se la prevenzione primaria (distinzione della prevenzione in tre livelli di intervento secondo la medicina sociale, Korchin 1977), garantisce di prevenire la pato-genesi preservando il soggetto dal rischio di assumere comportamenti pato-geni, la promozione della salute, a sua volta, implica lo studio della saluto-genesi e si esprime promuovendo nelle persone l'acquisizione di comportamenti saluto-geni.

Si tratta, in sintesi, di aiutare la persona a sviluppare, mantenere e usare le capacità fisiche, mentali ed emotive nella complessa rete delle sue relazioni sociali.

È bene precisare da subito, come la distinzione tra promozione e prevenzione viene giocata su motivazioni profondamente diverse, che inevitabilmente determinano differenze sia sul piano soggettivo che oggettivo. Provando a radicalizzare la differenza, è possibile rintracciare un'analogia con l'atteggiamento di chi vive nell'amore della vita, rispetto a quello di chi vive nella paura della morte.

A partire da questo rinnovato panorama scientifico, chi più di altri accoglie, in ambito psicologico, le emergenti evenienze teorico-pratiche è la **Psicologia della Salute**, neo-nata branca della psicologia che si costituisce per la prima volta negli Stati Uniti d'America tra la fine degli anni settanta ed i primissimi degli anni ottanta, come risultato della formazione della Divisione 38 (appunto di Psicologia della Salute) dell'*American Psychological Association*.

Matarazzo nel 1980, definisce la Psicologia della Salute come:

..l'insieme dei contributi specifici della disciplina psicologica, alla promozione e al mantenimento della salute; alla prevenzione e al trattamento della malattia; all'identificazione dei correlati eziologici, diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni associate; all'analisi e al miglioramento del sistema di cura della salute e di elaborazione delle politiche della salute.

Oggidì, le principali ragioni di morte sono rappresentate, anziché dalle malattie infettive, perlopiù acute, da quelle ad andamento cronico quali cancro, diabete, malattie cardiovascolari ed infortunistica, specialmente se stradale.

Rispetto a queste malattie, l'importanza dei fattori psicologico-comportamentali diviene decisiva a tutti i livelli, ovvero, nell'insorgenza, nell'evoluzione e nella gestione delle stesse.

Ai fini di una schematizzazione esemplificativa, è possibile distinguere tre ampie categorie in cui riscontrare i suddetti fattori:

- 1) stili di vita;
- 2) reazioni alla malattia e al ruolo di malato;
- 3) effetti psicofisiologici diretti (fattori psicologici non mediati da quelli comportamentali).

Nei primi due punti si fa riferimento a tutte quelle situazioni in cui specifici comportamenti, a loro volta sostenuti da processi psichici non sempre consapevoli, mettono a rischio la salute o la stessa incolumità della persona. Basti pensare, ad esempio alla dipendenza da fumo o alcol, al mancato uso delle cinture di sicurezza, al perseguimento di diete inadeguate o, per finire, alla mancanza di esercizio fisico.

Intervenire alla modificazione dei comportamenti significa necessariamente riconoscere e confrontarsi con una dimensione emotiva sottostante, con bisogni alla ricerca persistente di soddisfazione e processi mentali di razionalizzazione, come meccanismo di difesa consapevole.

Il tema indicato al punto due, poi, evidenzia quanto possa essere importante l'assunzione di un corretto comportamento nel ruolo di malato, rispetto alla malattia da cui s'è afflitti, così come verso la figura del medico curante.

Una persona capace di ascoltare il proprio corpo e riconoscerne i segnali di disagio/sofferenza, sollecita a portarli all'attenzione degli esperti e disponibile a seguirne le indicazioni terapeutiche (il termine usato in questi casi è di *compliance*), aiuta innanzitutto sé stessa e, in seconda battuta, il sistema sanitario ad evitare inutili sprechi economici, oltre che inevitabili problemi organizzativi per un inadeguato utilizzo.

Nella terza ed ultima categoria vengono annoverati tutti quei casi, sempre più numerosi, in cui è riconosciuta una chiara relazione causale tra *stress*, quindi atteggiamento psicologico rispetto ai comuni *stressors* (Selye, 1971), e malattie somatiche.

Malattie che un tempo erano considerate di natura strettamente organica, oggi sono state ri-conosciute come psicosomatiche : ictus, tubercolosi, diabete, leucemia, cancro, malattie cardiache (comportamento di tipo A: urgenza di tempo, competitivo, ostile), malattie infettive, influenza ecc.

Tutto ciò diventa sempre più comprensibile alla luce delle maggiori conoscenze sul cervello come coordinatore delle funzioni mentali, del comportamento e dei processi che regolano le funzioni corporee (come ad esempio i meccanismi omeostatici e quelli immunologici); questi processi, a loro volta, influenzano la reattività dei tessuti o la resistenza ai vettori patogeni di ogni tipo.

In questo modo il cervello fornisce una comune rete di vie e circuiti, che possono servire a collegare gli aspetti fisico-chimici e quelli simbolici dell'ambiente con i corrispondenti aspetti fisico-chimici e simbolici della persona (Reiser, 1980).

Ricerche di neuropsicoimmunologia dimostrano che il cervello è in grado di comunicare con gli apparati e le cellule del sistema immunitario e viceversa (Solano e Coda, 1994).

Riguardo a quale possa essere il contributo della Psicologia della Salute in merito a queste problematiche, che tanto preoccupano il contesto sanitario, è quanto mai indiscutibile in ordine a pregio e grandezza. Ma ciò che in questa circostanza mi preme maggiormente di puntualizzare, non sono tanto le potenzialità di questa disciplina rispetto ad interventi di natura preventiva, quanto ciò che tale branca della psicologia è in grado di fare in termini di promozione della salute, dal momento che proprio rispetto ad essa riesce ad esprimere al meglio la sua originalità.

È evidente, però, che pensare di realizzare interventi psicoeducativi in ambito di promozione della salute, implica necessariamente il riconoscimento di quali debbano essere gli indicatori psicosociali e comportamentali di salute, dal momento che, dopo il crollo del modello biomedico, la salute non può essere più valutata unicamente sulla base di criteri fisici. Tale stato di necessità ha aperto un'interessante quanto non facile dibattito in seno alla comunità scientifica. Da tempo, ormai, la Psicologia della Salute è attivamente impegnata in programmi di ricerca in questa direzione.

Per il momento, fra gli indicatori positivi di salute per i quali si può riconoscere una consistente base di consenso empirico, si possono ricordare i seguenti:

- a) competenza sociale;
- b) buona stima di sé;
- c) *problem solving*;
- d) percezione accurata, controllo e appropriata espressione delle emozioni.

Già a partire da questi indicatori è possibile concepire concretamente la realizzazione di interventi mirati di tipo psicoeducativo.

Ad esempio rispetto al punto (d) sono previsti programmi per lo sviluppo dell'apprendimento emozionale. Si parla infatti in questo caso di un'abilità emotiva, o intelligenza emotiva, che può essere opportunamente incrementata attraverso azioni tese (Goleman, 1996):

- all'acquisizione di una maggiore conoscenza delle proprie emozioni;
- al controllo e alla regolazione delle proprie emozioni;
- alla capacità di sapersi motivare;
- al riconoscimento delle emozioni altrui (empatia);
- alla gestione delle relazioni sociali fra individui e nel gruppo (capacità di leadership, negoziazione ecc.).

Allo stesso modo, sono previsti interventi rivolti ad incrementare il senso di autoefficacia e di competenza sociale della persona.

Tali interventi, peraltro mutuati dalla psicologia della comunità, vengono detti di *empowerment* (Rappaport, 1981), una parola inglese con la quale si indica contemporaneamente un processo e un risultato, ovvero, il processo che permette ai singoli e ai gruppi di accrescere le proprie capacità di controllare attivamente la propria vita (il verbo *to empower* significa infatti "favorire l'acquisizione di potere, rendere in grado di"), ma anche la condizione finale di chi è oramai divenuto capace di esercitare questo controllo.

In termini operativi, l'intervento di empowerment comprende un processo tridimensionale che include (Kiefer, 1982):

- lo sviluppo di un più potente senso di sé in rapporto con l'ambiente;
- la costruzione di una comprensione più critica delle forze sociali che impattano il proprio mondo quotidiano;
- l'elaborazione di strategie funzionali e di reperimento di risorse per raggiungere obiettivi personali.

Come è dato di osservare, l'idea sottostante a questi interventi psicoeducativi consiste nel ritenere, peraltro non diversamente dal comune buonsenso, il potere e la sensazione di controllo una risorsa fondamentale per lo sviluppo e il benessere dell'individuo. Numerosi i contributi teorici, in ambito scientifico, capaci di sostenere questa ipotesi: il *locus of control* (Rotter), l'impotenza appresa (Seligman), l'autoaffermazione (Mac Dougall), la competenza (White), la *self-efficacy* (Bandura).

Per finire, in ambito evolutivo, sono previsti programmi di intervento psicoeducativo, di ampie proporzioni, conosciuti col nome di *Life Skills Education*. Questi programmi, sviluppatasi in Nord America a partire dagli anni '80, si stanno diffondendo in varie parti del mondo, Italia compresa, soprattutto per impulso della Divisione di Salute Mentale dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità).

Essi prevedono l'insegnamento di abilità e competenze psicosociali centrali per la promozione della salute e del benessere dei bambini e degli adolescenti, consentendo loro di operare con competenza sia sul piano individuale che sociale.

Le capacità previste in tali programmi sono le seguenti:

- capacità di prendere decisioni;
- capacità di risolvere problemi;
- pensiero creativo;
- pensiero critico;
- comunicazione efficace;
- capacità di relazioni interpersonali;
- autoconsapevolezza;
- empatia;
- gestione delle emozioni;
- gestione dello stress.

Al termine di questa sintetica esposizione dei principali interventi psicoeducativi attuabili nel contesto della promozione della salute, è indispensabile concludere richiamando l'attenzione del lettore ad una *riflessione* che dia ragione autentica e profonda di questa stessa trattazione a tema.

Ai fini della riflessione, bisogna partire dal considerare il particolare quadro epistemologico entro il quale è nata e cresciuta la psicologia. Tale contesto di riferimento teorico ha fatto sì che il funzionamento della psiche sia stato studiato concepito e trattato più come meccanismi "dati", da individuare e

correggere, che non come processi evolutivo-adattivi sul cui orientamento giocano precisi fattori autopoietici.

Le funzioni della mente indagate da psicofisiologi, generalisti, evolutivisti, psicosociologi, sono così emerse più nella prospettiva di strutture da valutare e conservare, alla luce di una norma astratta, anziché come “risorse” da rispettare e assecondare nel circolo virtuoso delle transazioni evolutive, individuali, sociali ed ecologiche.

Adesso, dopo quanto è stato detto sin qui, si tratta di iniziare a prestare attenzione alle scoperte di base della psicologia per valorizzarne le acquisizioni secondo una linea assolutamente innovativa.

È questo il grande sforzo che sta compiendo parte della psicologia ed in particolare la Psicologia della Salute, come branca specifica di neoformazione, la quale ha costruito organizzato ed articolato il proprio statuto intorno a tale finalità.

Essa, infatti, guarda con occhio nuovo e diverso al complesso delle acquisizioni oggi a disposizione degli psicologi, considerando le funzioni della mente non tanto e non solo come patrimonio da conservare, pre-servare, correggere se lesionato quanto come risorse, o “abilità di vita”, da riconoscere e da sollecitare per il miglior funzionamento individuale e collettivo.

In questa prospettiva anche la figura professionale dello psicologo viene necessariamente ripensata. Esso non è più concepito soltanto come terapeuta, preoccupato di intervenire sul disagio, ma anche come professionista che opera per sollecitare risorse psicologiche sane attraverso interventi psicoeducativi, quindi, strumento tecnico per “insegnare”, potenzialmente a tutti, delle competenze psicologicamente rilevanti e per questo utili a migliorare la qualità della propria vita.

Bibliografia

Antonovsky A. [1987], *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*, Jossey-Bass, San Francisco.

Augé, Gillon, Hollier-Larousse, Moreau & Compagnie [1964], *Enciclopedia Universale*, Rizzoli, Milano, 1966.

Devoto G., Oli G.C. [1990-2003], *Dizionario della Lingua Italiana*, Le Monnier, Firenze.

Engel G. [1977], *The need for a new medical model: a challenge for a biomedicine*, “Science”, 196, American Association for the Advancement of Science, Washington.

- Francescato D., Manuela T. (1999), Il ruolo dell'empowerment nella promozione della salute e del benessere, "Psicologia della Salute", n. 2, pp. 58-63, FrancoAngeli, Milano.
- Gillon E., Hollier-Larousse J., Ibos- Augé J., Moreau C., Moreau J. L. [1970], Enciclopedia Universale, Rizzoli-Larousse, vol. XIII, p.305.
- Goleman D. [1995], *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano, 1999.
- Kieffer C.H. [1982], *The emergence of empowerment: the development of participatory competence among individuals in citizen organizations*, "Division of Community Psychology Newsletter", 16(1), APA Division 27, Knoxville, Tennessee.
- Korchin S.J. [1976], *Modern clinical psychology*, Basic Books, New York. Trad. it.: *Psicologia clinica moderna*, Borla, Roma, 1977.
- Matarazzo J. [1980], Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology, "American Psychologist", n. 35, pp. 807-817.
- Rappaport J. [1981], *In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention*, "American Journal of Community Psychology", 9, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- Reiser M. [1980], *Implication of a biopsychosocial model for research in Psychiatry*, "Psychosomatic Medicine", 42, Elsevier Science Publishing Co., New York.
- Selye H [1950], *Stress*, Acta Medica Publisher, Montreal. Trad. it.: *Stress senza paura*, Rizzoli, Milano, 1971.
- Solano L. Coda R. [1994], *Relazioni emozioni salute: introduzione alla psicoimmunologia*, Piccin, Padova.