

MARIO MENGHERI
DALLA PREVENZIONE
ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Estratto

Il concetto di salute 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: la Promozione della Salute. Questa sembra dover essere una delle principali sfide del futuro nella sanità mondiale. In ambito psicologico la neonata branca Psicologia della Salute mostra più di altre interesse a raccogliere tale sfida la quale, attingendo alle conoscenze della psicologia sperimentale (e neuroscienze), medicina, psicofisiologia clinica, psicosomatica, psicologia sociale e delle organizzazioni, realizza interventi psicoeducativi volti alla promozione della salute del singolo come della comunità.

1. *L'uomo e il "bisogno" di salute.*

In questo contributo, che riguarda la Promozione della salute, ci occupiamo della consapevolezza coadiuvati dai nuovi concetti sulla Promozione della salute. La ricerca del benessere, del piacere di vivere, di una più ampia qualità della vita e delle relazioni presenti nel microcosmo familiare, si espande amplificandosi, se proiettata nel macrocosmo sociale, nella realtà istituzionale e culturale del nostro ambiente di vita. Tale benessere ha qualità molteplici, che sono attribuibili al corpo, alla mente ed all'ambiente che ci circonda. Una visione "ecologica" di così ampia portata, sembra però fare qualche passo indietro ogni qual volta venga ridotta a semplicistica espressione organica, risposta ineluttabile di una medicina organicistica e della sua pratica diagnostica. La pratica medica moderna, infatti, è strutturata secondo una gerarchia che vede il medico al vertice della scala, al di sopra degli altri professionisti della salute, con il paziente al livello più basso. Poiché questa pratica interessa anche il modo di relazionarsi al paziente, la conseguenza è che se ne sottovalutano le preoccupazioni, le osservazioni, il bisogno di dignità e se ne sviliscono le potenzialità di recupero¹. Una realtà così articolata comporta necessariamente una mancanza di potere del paziente. Se ne comprendono immediatamente le conseguenze se si esamina il significato della parola *paziente* e dei suoi sinonimi: sottomesso, calmo, remissivo, che patisce sofferenze. Indubbiamente ciò può determinare come effetto collaterale dell'attuale pratica medica una sorta di "annullamento della persona".

Il comportamento indifeso e passivo che ci si aspetta dal paziente è in realtà dannoso per la sua salute. La maggior parte delle persone non ritiene di essere la principale responsabile della propria salute: coscientemente o no, allontana da sé questa responsabilità, conferendola alla classe medica, alla quale si affida per guarire in caso di malattia. Conseguenza di tale atteggiamento è che molti, dopo la guarigione, conservano le abitudini di vita precedenti, fino a quando non sopraggiunge una nuova malattia per curare la quale si rivolgono nuovamente al medico in cerca di una nuova terapia, in un circolo vizioso che può non aver fine.

In realtà la maggior parte delle persone, sane o malate che siano, non sente di avere il controllo della propria salute. Nei paesi industrializzati molti esseri umani hanno assunto un atteggiamento di "impotenza acquisita" rispetto alla propria salute e al proprio benessere e non se ne considerano

¹ Il critico sociale Ivan Illich già nel 1976 rilevava lo sviluppo pervasivo della moderna medicina tecnologica e la sua trasformazione in "imperialismo medico", sottolineando che qualsiasi aspetto, anche solo remotamente collegato alla salute, veniva ricondotto sotto la supervisione medica. L'effetto invalidante di questo controllo medico, scriveva allora, aveva già "raggiunto proporzioni epidemiche" (op. cit., p. 3).

responsabili in prima persona. Hanno in un certo senso consegnato, spesso inconsapevolmente, il proprio potere ad altri: ai datori di lavoro, ai leader politici, alle istituzioni sanitarie. Ad accrescere ulteriormente il danno, essi compiono un profondo atto di autonegazione, quando pensano di non avere la possibilità di operare alcun cambiamento: delegando ad altri il proprio potere, infatti, si sono condannati ad essere incompetenti su argomenti che riguardano salute e sanità. Tenere il dovuto conto di questa passività, che scaturisce dall'influenza sulla nostra cultura della sorprendente *magia* (Zucconi, Howell, 2003, pp. 33-4) della medicina moderna, significa iniziare un lavoro di Promozione alla salute.

1.1. *Il fascino della passività*

Il ventesimo secolo ha comportato infinite conquiste per la medicina, vaccini contro flagelli che hanno decimato le passate generazioni, nuovi farmaci ad alta efficacia, la mappatura del codice genetico e le promettenti potenzialità che ne scaturiscono. Senza considerare la tradizionale riverenza riservata da tempi immemorabili alla saggezza del guaritore e la ricerca di conferme che continuano ad evidenziare l'importanza fondamentale delle credenze e della speranza nell'efficacia del trattamento ricevuto: una pratica che accresce il senso di soggezione del paziente nei confronti del professionista sanitario, sminuendo invece il proprio potere. A ciò va aggiunta l'incessante ricerca di efficienza, che esaspera la vita moderna ed esige che i professionisti della salute imparino a gestire più casi possibile anziché privilegiare i bisogni. Inoltre, in molte nazioni le polizze assicurative mediche e i programmi gestionali di cura hanno dato luogo a profondi mutamenti nella pratica medica, causando spesso ulteriore incuria per i bisogni del paziente e accrescendone la vulnerabilità. Tutti questi fattori comportano ulteriore impotenza per l'individuo.

L'impatto di questi affari è incalcolabile ed è doveroso non sottovalutare il fascino della passività. A quasi tutti piace essere accuditi, ed essere accuditi bene. E a molti aggrada poter cedere alcune incombenze della propria vita in modo che vengano gestite da altri: c'è chi delega al proprio coniuge molti aspetti della propria vita, personale ed emozionale, chi delega a segretarie e colleghi la gestione di alcune mansioni, perché dunque non rivolgersi all'istituzione medica per far gestire la propria salute? È in un certo senso un'aspettativa legittima e una fantasia estremamente allettante.

Sembra infine indispensabile che gran parte del comportamento umano sia orientato da aspettative di vantaggi a breve termine, che alla lunga comportano conseguenze negative. La tentazione di non far nulla rispetto a temi come quello della salute sarà sempre presente nell'uomo: eludendo o rimandando la riflessione sui comportamenti che possono determinare conseguenze dirette sulla qualità della propria vita, si opera una scelta che nell'immediato riduce il senso di ansia. (op. cit. p. 34). La maggior parte delle persone, dunque, quando non si sente bene o soffre di qualche problema di salute, consulta un medico. Si riferisce al medico il problema e i sintomi ad esso correlati: il medico effettua una visita a seguito della quale formula una diagnosi e prescrive una terapia. La maggior parte dei pazienti, ma non tutti, segue la terapia e attende pazientemente un miglioramento. Spesso questo meccanismo funziona, in parte grazie ai progressi conseguiti dalla medicina. Sfortunatamente talvolta i risultati sono meno che soddisfacenti per molteplici motivi.

Le rimostranze dei pazienti sulla sanità sono diventate sempre più dure, denotando una reale crisi nell'attuale sistema sanitario. Le segnalazioni sono le più svariate: lunghe attese negli ambulatori, visite mediche troppo brevi, alto costo di medicine e terapie, terapie sbagliate, coperture sanitarie inadeguate, effetti collaterali indesiderabili di medicine e terapie, freddezza nel comportamento dei medici e degli operatori sanitari, dimissione ospedaliera precoce. Paradossalmente questo stato di cose provoca conseguenze che influiscono anche sulla vita personale e professionale dei medici e di tutto il personale sanitario. Nonostante il comune riconoscimento dei progressi compiuti dalla medicina (Zucconi, Howell, 2003, p.19), nei cittadini di molte nazioni è presente un opprimente senso di frustrazione, delusione e rabbia nei confronti del sistema sanitario nazionale.

2. *Dal modello biomedico a quello biopsicosociale*

Il concetto di salute che l'O.M.S. propone attualmente coincide con uno stato di benessere fisico, psicologico e sociale. Ciò introduce una nuova prospettiva di intervento sanitario, che non si deve più esaurire in un'azione di prevenzione primaria, ma cimentarsi invece in un tentativo di promozione di un migliore stato di salute della persona.

2.1. *La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute*

Le società contemporanee sono complesse e interdipendenti. La salute non può essere un obiettivo isolato. Il principio guida generale per il mondo intero, per le nazioni, le regioni o le comunità deve essere sempre il sostegno reciproco: dobbiamo avere cura gli uni degli altri, della nostra comunità e dell'ambiente naturale (OMS - Carta di Ottawa per la Promozione della Salute, 1986).

Sono trascorsi diciotto anni da quando la Carta di Ottawa ha richiamato l'attenzione delle organizzazioni internazionali e delle persone di tutto il mondo affinché fosse riconosciuto e sostenuto il valore della Promozione della Salute come fondamentale investimento sociale. Negli ultimi anni i vantaggi dello sviluppo sociale, economico e individuale hanno suscitato l'interesse di molti verso una realtà caratterizzata da una migliore qualità di vita e da ciò che ne consegue.

Il paradigma che riassume questa tendenza è quello del Modello Biopsicosociale, che propone una visione sistemica per la quale la salute viene ad essere correlata ad una moltitudine di determinanti, afferenti appunto alle dimensioni biologica, psicologica e sociale. I vantaggi di tale modello sono ragguardevoli, sia riguardo a coloro che riconoscono il bisogno di cambiamento, sia per gli aspiranti formatori nel campo della promozione della salute. È necessario che ogni individuo comprenda di essere "il principale curatore" della propria vita e il "centro della propria salute": questo *empowerment* è fondamentale per il successo dell'"Approccio alla salute" e al benessere centrato sulla persona.

Nel paragrafo di apertura della *Carta di Ottawa* (1986), l'OMS esorta i suoi membri a modificare il proprio modo di vedere la salute, definendo così il concetto di salute e di promozione della stessa:

Per Promozione della Salute si intende il processo che consente alla gente di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per conseguire un stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo deve poter individuare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni e modificare l'ambiente o adattarvisi. La salute è, pertanto, vista come una risorsa per la vita quotidiana, non come obiettivo della vita. La salute è dunque un concetto positivo che insiste sulle risorse sociali e personali oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani per aspirare al benessere.

Poiché la salute è da considerarsi una risorsa, l'OMS esorta i governi a pianificarne la massima produzione tramite lo sviluppo sociale ed economico in tutti i settori: dall'agricoltura, al commercio, all'industria, all'istruzione, fino alla comunicazione (Bennett, Murphy, 1997, p. 82; Zucconi, Howell, 2003, p. 40). L'OMS ha altresì enfatizzato il ruolo che la promozione della salute deve svolgere per aiutare le persone a sviluppare le capacità personali e per individuare le risorse e le strategie per migliorare le comunità (ibid. pp. 82-3).

Del resto le percentuali di assenza dal lavoro per malattia sono aumentate notevolmente in molti paesi. Lo stress è evidente ovunque. La nutrizione e le abitudini alimentari continuano a mutare, e non sempre in meglio. Una sana forza lavoro è diventata un requisito essenziale per l'efficienza della produzione, la qualità dei prodotti e la competitività aziendale (La Ferla 2003, p. 17), da ciò, e da altro ancora, l'esigenza di sostenere il modello biopsicosociale (vedi di seguito) e di applicarlo fattivamente nei contesti sia pubblici che privati.

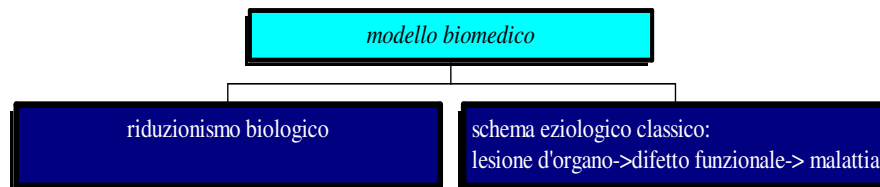
2.1.a. *Verso la Promozione della Salute*

La Promozione della Salute nasce in primo luogo dai progressi della medicina, delle scienze psicosociali, dalla teoria generale dei sistemi, nonché dall'integrazione dei vari approcci psicologici alla psicopatologia e, solo più tardi, dalla Psicologia della salute.

Il modello di riferimento epistemologico utilizzato per la comprensione dello stato di salute è quello *biomedico*. 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 biologico ad esso sottostante;
- 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 esistente nella malattia.

Fig.1:



Nonostante i suoi benefici il Modello Biomedico ha generato gravi problemi che arrestano il nostro progresso. Esistono aspetti critici della salute per i quali il modello biomedico palesemente non fornisce la prospettiva più efficace, trascura dati importanti, lede gli esseri umani o impedisce loro di attingere alle loro potenzialità. Inoltre si stanno verificando alcuni significativi cambiamenti nella società, cambiamenti che influiscono sulla relazione medico-paziente e che i professionisti della salute devono affrontare. Tra questi, Zucconi e Howell (2003, p.57) riportano:

- Crescita dei consumi dei farmaci;
- Spostamento del luogo di cura dall'ospedale alla comunità;
- Maggiore attenzione alla prevenzione e all'informazione;
- Riconoscimento dell'autonomia del paziente;
- Maggiore responsabilità dell'ospedale per le cure mediche;
- Contenimento dei costi medici;
- Ambiente recentemente litigioso;
- Movimento della medicina solistica e delle medicine alternative;
- Critiche all'autoregolamentazione professionale;
- Nascita, nel mondo dei disabili, di una cultura in difesa della propria dignità e dell'autoaffermazione;
- Declino del ruolo della medicina ed espansione del ruolo di altre professioni;

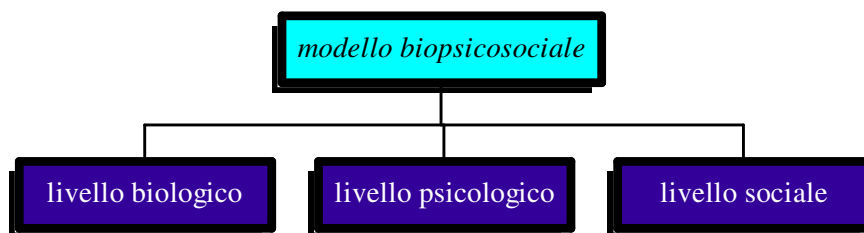
Questi sviluppi hanno reso il modello biomedico limitato e limitante in misura inaccettabile. La tensione e l'inquietudine che ne derivano favoriscono la ricerca di nuovi paradigmi di più ampia portata. In questo contributo, noi attribuiamo al termine *paradigma* un significato equivalente a quello di modello, mutuandolo dal filosofo e storico della scienza Thomas S. Kuhn, per il quale *paradigma* è il termine con il quale, nella scienza, viene rappresentato un modello di comprensione dei fenomeni, "una costellazione che comprende globalmente leggi, teorie, applicazioni e strumenti e che fornisce un modello che dà origine ad una particolare tradizione di ricerca scientifica dotata di una sua coerenza" (Kuhn, 19662)

Per riuscire ad ottenere i risultati di cui tanto necessitiamo per trattare la complessità della salute umana, è essenziale un costrutto più onnicomprensivo ed efficace, che tenga conto degli aspetti psicologici e sociali, che osservi la salute dalla prospettiva dell'organismo e della sua relazione con l'ambiente e che riconosca l'importanza dell'*empowerment* personale. Tale paradigma non intende screditare gli importanti progressi compiuti tramite l'approccio biomedico. Esso vuole bensì ampliare le nostre prospettive e accrescere la capacità di ciascuno di tutelare salute e benessere (ibidem pp. 57-8).

Con la fine degli anni settanta, divennero maturi i tempi per accogliere un cambiamento epistemologico di portata rivoluzionaria (Engel, 1977). Parallelamente allo svilupparsi delle ricerche, e di nuove teorie che si succedevano per spiegare i nuovi aspetti della realtà da esse emergenti, prese corpo uno dei paradigmi più significativi nell'ambito del concetto di globalità (*Wholeness*): il *paradigma sistemico*, delineatosi tra la fine degli anni '40 e l'inizio dei '50, che avrebbe dovuto servire come struttura integrativa per tutta l'attività scientifica (von Bertalanffy, 1968). Sviluppata ulteriormente da altri scienziati, la *Teoria Generale dei Sistemi* si "fonda sulla consapevolezza della fondamentale interdipendenza fra tutti i fenomeni fisici, biologici, psicologici, sociali e culturali" (Capra, 1996). Essa può essere vista come un *modello ecologico globale* nel quale l'organismo umano è meglio compreso se rappresentato come un sistema facente parte di sistemi più ampi, come la famiglia di origine, la comunità di appartenenza, lo stato socioeconomico, la professione, il contesto culturale, l'ambiente in cui si vive: tutte le strutture viventi possono essere insomma descritte come incluse in sistemi più ampi e composte a loro volta da sottosistemi in costante interazione reciproca. In pratica, questo può essere semplificato dicendo che ciò che ha un effetto in ambito sociale si ripercuote anche in ambito familiare e individuale e viceversa (Zucconi, Howell, 2003, p. 65). La visione eco-sistemica comporta profonde implicazioni se applicata all'ambito della salute dell'individuo e della società. Ciò che sappiamo, ciò che consideriamo vero e giusto e i comportamenti che assumiamo subiscono la profonda influenza dell'ambiente socio-culturale nel quale viviamo².

Al modello biomedico si sostituisce dunque quello *biopsicosociale* (fig.2), un paradigma sistemico che ritiene che la salute sia determinata da una molteplicità di fattori biologici, psicologici e sociali che interagiscono reciprocamente.

Fig. 2:



² È importante notare come questo processo avvenga attraverso l'interiorizzazione da parte dell'individuo della realtà, così come viene mediata innanzitutto dalle persone che hanno cura di introdurlo ai suoi processi di socializzazione: genitori o qualunque altro adulto significativo.

La salute viene promossa conferendo potere (*empowerment*) agli individui, i quali sono ritenuti responsabili e capaci di prendere provvedimenti che tutelino la propria salute. La mente e il corpo sono considerati un unico elemento, ciascuno in grado di influenzare fortemente l'altro. Secondo questo modello gli individui sono visti come largamente responsabili per la propria salute e i professionisti della salute appaiono valide risorse umane. (ibid., pp. 348-9). Come abbiamo più volte ribadito (Mengheri, 1992; 1994; 2001; Mengheri, Zerbetto, 2002), il trattamento riguarda l'intera persona e non soltanto i sintomi fisici associati alla malattia. Esso può comprendere l'incoraggiamento a cambiare comportamenti e stili di vita, strategie di *coping*, può offrire sostegno sociale ed emozionale e favorire un adeguamento migliore alle cure mediche, esortando il paziente ad un ascolto attivo riguardo le nuove strategie di cura proposte dal medico, dallo psicoterapeuta, dallo psicologo e dal *counselor*.

A differenza di ciò che suggerisce il modello biomedico, gli approcci al modello biopsicosociale (fig. 2) riconoscono tre livelli distinti tra loro integrati, ciascuno dotato di pari dignità rispetto agli altri. In altri termini, nessuno di essi è riconducibile ad un altro livello, poiché ciascuno è espressione di una dimensione di per sé ultima.

Come già riferito, a partire da questo modello, l'O.M.S. giunge a definire *la salute* come *uno stato di benessere fisico, psicologico e sociale*.

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

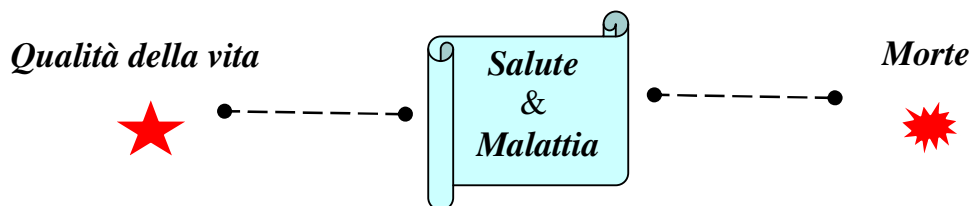
Per la prima volta quindi, la salute non è più definita in negativo, come assenza di qualcos'altro, ma come uno stato positivo in cui si integrano unitariamente funzioni diverse, orientate al benessere dell'organismo stesso.

Il modello Biopsicosociale riconosce che la salute è costruita socialmente nel contesto dei comportamenti e delle relazioni umane. Questo punto di vista ci permette di comprendere che la salute viene creata dagli stessi esseri umani.

2.2. Continuum benessere-malattia

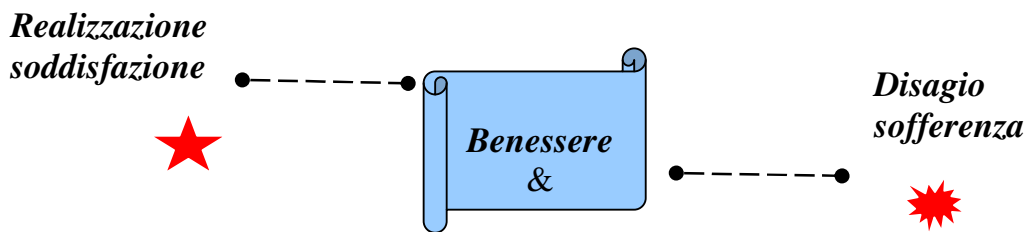
Anche la salute, come la malattia, viene adesso considerata un *continuum*, che si sviluppa per differenti livelli qualitativi. In realtà salute e malattia sono dimensioni compresenti ed inversamente proporzionali di una gradualità che si articola lungo lo spazio delimitato da due estremi: *morte* e *alta qualità della vita* (fig.3a).

Fig.3a:



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.3b:



Questa nuova idea di salute, 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 allora a considerare l'ipotesi di realizzare interventi mirati di *promozione della salute*. Attraverso il cambiamento di paradigma si è quindi 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), si impegna a prevenire la *pato-genesi*, preservando il soggetto dal rischio di assumere comportamenti *pato-ge*, la Promozione della salute a sua volta, implica lo studio della *saluto-genesi* e si esprime promuovendo nelle persone l'acquisizione di comportamenti *saluto-ge*.

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 come la distinzione tra promozione e prevenzione venga 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.

3. Psicologia della Salute

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,

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.

La malattia non deve essere ridotta all'intervento di un singolo germe o mutazione molecolare. L'agente patogeno, che sia batterico, psicologico o altro, deve essere visto come interagente con un ospite reso suscettibile dal patrimonio genetico o dai postumi specifici di un'esperienza passata che si riattualizza, e attraverso il corpo/mente parla di sé.

Da più di dieci anni le principali ragioni di morte sono rappresentate, anziché dalle malattie infettive, per lo più acute, da quelle ad andamento cronico quali cancro, diabete, malattie

cardiovascolari, nonché dagli infortuni, specialmente quelli stradali. Rispetto a questi agenti, l'importanza dei fattori psicologico-comportamentali diviene decisiva a tutti i livelli: nell'insorgenza, nell'evoluzione e nella gestione degli stessi.

Utilizzando 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 (ascolto del proprio corpo e dei suoi segnali);
- 3) effetti psicofisiologici diretti (fattori psicologici non mediati da quelli comportamentali, ad es. stress, psicosomatosi).

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 nella modificazione dei comportamenti significa necessariamente riconoscere e confrontarsi con una dimensione emotiva sottostante, con bisogni orientati alla ricerca persistente di soddisfazione e ai processi mentali di razionalizzazione, come meccanismi di difesa consapevoli.

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 si è afflitti, così come verso la figura di colui che cura. Una persona capace di ascoltare il proprio corpo e riconoscerne i segnali di disagio/sofferenza, è sollecitata nel sottoporli all'attenzione degli esperti e disponibile a seguirne poi le indicazioni terapeutiche (il termine usato in questi casi è di *compliance*); in questo modo, aiuta innanzitutto sé stessa e, in seconda battuta, mette il sistema sanitario in condizione di evitare inutili sprechi economici, oltre che gli inevitabili problemi organizzativi connessi ad un inadeguato utilizzo.

Nella terza categoria, infine, 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.

Con la Promozione della Salute siamo di fronte ad un'impresa entusiasmante, che lancia a tutti noi, a livello individuale e collettivo, una valida sfida, e che nel tempo diventerà uno strumento per misurare il progresso del genere umano (Zucconi, Howell, 2003, p. 19).

3.a. Dall'organico allo psichico

Alcune malattie un tempo considerate di natura strettamente organica, oggi sono state riconosciute come psicosomatiche: ictus, tubercolosi, diabete, leucemia, cancro, malattie cardiache³, malattie infettive, influenza ecc. Ricerche di neuropsicoimmunologia dimostrano che il cervello è in grado di comunicare con gli apparati e le cellule del sistema immunitario e viceversa (Mengheri, 1992; 1994; Solano e Coda, 1994; Biondi e Pancheri 1999).

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 a grandezza. Ma ciò che in questa circostanza mi preme maggiormente 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 e miglioramento della Qualità di Vita (definita secondo una valutazione personale), dal momento che proprio rispetto ad essa riesce ad esprimere al meglio la sua originalità.

³ Sono infatti spesso configurabili come conseguenza di una tipologia comportamentale cosiddetta *di tipo A*, caratterizzata da urgenza di tempo, stile competitivo, atteggiamento spesso ostile, ecc.

4. Dalla psicopatologia alla promozione della salute

Da parte della maggioranza degli addetti ai lavori, alla psicopatologia non è stata data l'importanza dovuta. I professionisti delle relazioni d'aiuto cercano quasi sempre, tra i loro pazienti, la persona affetta da disturbi psichiatrici. Forse questo deriva dal fatto che, nonostante la Legge 180, c'è ancora un retaggio culturale che indica il malato psichiatrico come paziente più importante e, inoltre, a completamento di una logica perversa, ai servizi o ai dipartimenti psichiatrici e delle dipendenze arrivano, a differenza che alle Unità Operative di Psicologia, cospicui stanziamenti di fondi, che consentono una vera operatività e l'offerta di un adeguato servizio ai malati. Sembra non si rifletta abbastanza sul fatto che, di solito, molto tempo prima di divenire un soggetto affetto da disturbi psichiatrici o da dipendenze, la persona attraversa una fase importante di disagio psicologico. Al termine di questa fase, che di solito appare più breve di quello che in effetti risulta, la mente non regge più e il disagio diviene una manifestazione così importante da doversi collocare tra i gravi disturbi dell'umore e della personalità (anoressia, narcisismo, psicosi, eccetera). La mente soffre col corpo e forse, per dirla con Wilhelm Reich, *un massaggio dell'anima potrebbe aiutarci a vivere una vita possibile*. Mi vengono in mente frasi come: *blocco energetico, frammentazione organismica, linguaggio del corpo, corazza caratteriale, il precipitare dei pensieri nel corpo*. Siamo nel vivo della psicosomatica.

A seguito della richiesta sempre crescente di aiuto psicologico che mi veniva rivolta, con le tante persone che chiedevano aiuto e non potevano sostenere economicamente i costi di una psicoterapia (la ASL faceva il possibile, ma il numero dei casi presi in carico non era sufficiente a soddisfare le richieste), e dopo quanto sopra scritto, fui spinto nel 1999, a progettare e condurre a Livorno, due *Gruppi di mutuo aiuto*; i gruppi sono attualmente ancora attivi, anche se si qualificano come *Gruppi di Promozione della Salute*. All'interno del gruppo, ciascun componente presenta il proprio disagio senza che ad esso venga fatta corrispondere un'esatta definizione psicologica o psicopatologica. Prima di far parte dei gruppi, ogni partecipante sostiene un colloquio affinché uno psicoterapeuta possa valutare l'opportunità del suo ingresso nel gruppo; in alcuni casi, infatti, ciò non risulta possibile e viene invece suggerito al paziente di rivolgersi ad uno psichiatra: in sei anni, tra non meno di duecento persone che si sono presentate, è accaduto solo cinque volte, infatti coloro che si presentano per partecipare ai gruppi di mutuo-aiuto si sono già autoselezionati.

In ogni partecipante ai gruppi, la sofferenza psichica e corporea diviene, in modo sempre più consapevole, un momento centrale dell'attenzione e della ricerca interiore. Siamo partiti con l'intento di aiutare chi non ha avuto i mezzi, i tempi, le possibilità, la tranquillità per avvicinarsi alla psicologia, alle relazioni con se stesso e con gli altri da lui. Non abbiamo mai desiderato collocarci in un progetto di antipsichiatria ma, dapprima in un progetto di prevenzione alle psicopatologie e ai disturbi psichiatrici e delle dipendenze, più tardi di aiuto alla psicopatologia e, a tutt'oggi, in un progetto di Promozione della salute. Il lavoro si è spostato dal malessere (prevenzione) al benessere (Promozione della salute): sempre più si è mostrata evidente la necessità di orientarsi verso questo versante.

Vogliamo dire che il principio che ha sempre ispirato e ispirerà il nostro impegno, anche attraverso questo scritto, è quello di confrontarci in una prospettiva di integrazione, cioè non rigidamente settoriale e tanto meno riduttiva. Impresa non facile, sempre a rischio di conflittualità mimetiche, oltre che della scomunica da parte di chi fa del proprio sapere e della propria prassi un *hortus conclusus* e assoluto.

Nei gruppi, ciò che accomuna i giovani e meno giovani, è l'esigenza di confrontare i loro disagi o disturbi con quelli degli altri per ridimensionarne il significato, imparare ad ascoltare e ad ascoltarsi ed essere sostenuti da un professionista che desidera aiutarli. La linea di demarcazione tra disagio e disturbo non è mai così definita come spesso sembra essere. Gli stessi componenti del gruppo mi hanno aiutato, col tempo, ad individuare obiettivi e approccio più adeguati.

Il lavoro si è svolto sempre con due gruppi di persone. Appartengono al primo gruppo, i *Giovani*

colorati (circa 15 persone), e al secondo coloro che hanno più di 40 anni (circa 12 persone): gli *Arcobaleno*. I componenti stessi hanno dato il nome al loro gruppo. Il confronto tra il lavoro svolto con il gruppo *Arcobaleno*, dove spesso vengono affrontati temi che riguardano la relazione e la comunicazione con i giovani (i figli -degli altri-), e con il secondo gruppo, dove frequentemente emerge intolleranza con i propri genitori, mi ha fatto molto riflettere e ha contribuito a farmi approfondire questo tema. Non è sufficiente avere o assumere un ruolo per essere adeguati, opportuni e sufficientemente adatti, né spesso gli studi a tal riguardo sono sufficienti a colmare le nostre lacune emotive, anzi, di solito la troppa cultura non aiuta lo sviluppo dell'intelligenza emotiva. Tutto ciò che è emerso dai corsi di formazione a cui ho assistito o che ho tenuto, dai gruppi di *Promozione della Salute*, dagli scambi con colleghi riguardo questo tema e dall'esperienza clinica con la psicologia e psicopatologia del giovane e dell'adulto, ha sempre più rinforzata in me la convinzione che ci sia bisogno di un cambiamento. Proveremo a cercarlo insieme.

Con i lavori di gruppo, si è visto quanto i partecipanti (anche se inizialmente incontrano qualche difficoltà ad aprirsi e a mettersi in gioco) con il susseguirsi degli incontri, col trascorrere del tempo, migliorano lo stato della persona, socializzano con i componenti del gruppo stesso, riescono a far scorrere vitalità tra loro. Il passa parola ha fatto aumentare il numero dei componenti. Consentendo loro di esserci, qui e ora, di esistere e sentire che loro stessi ci sono per loro, per me e per gli altri componenti del gruppo medesimo, si reintegrano in quel sociale che sembrava non desiderarli e, di solito, chi partecipa al gruppo dei *Giovani colorati* (22-33 anni) torna all'università, trova (o cambia) un lavoro, matura un diverso e miglior rapporto con i genitori e con gli altri da loro: migliora il proprio stile di vita.

I componenti del gruppo degli over 45, gli *Arcobaleno*, imparano a cercarsi, a contare gli uni sugli altri, a sentirsi meno soli e, spesso, la sera escono o si fanno compagnia. È nato un lavoro che vede investito appieno il Sociale attraverso le politiche della Salute Sociale. La Psicologia ad essa relativa ha tracciato la sua strada: lavoriamo concretamente per la Promozione della salute.

Ringrazio i *Giovani colorati* e il gruppo *Arcobaleno* (i genitori sono educatori dei loro figli per tutto l'arco di vita!) e l'esperienza clinica con i miei cari pazienti, perché tutti questi personaggi mi hanno permesso, per molti anni, di ascoltare le sofferenze degli adulti alle prese con i propri sintomi e con la propria storia personale nella ricerca di esistere psicologicamente almeno un po', o un po' di più. Ho potuto toccare con mano quanto, in tutti noi, l'educazione familiare e scolastica possa deformare oltre misura la dotazione naturale di sensibilità, intelligenza e creatività e di conseguenza anche il destino dell'essere umano. Ho anche esplorato, con molti pazienti, il versante complementare della loro esperienza di genitori, articolata tra il *bambino interiore* e il *bambino nella mente del genitore*. Il primo, costituito dai ricordi personali dell'infanzia e dall'*archetipo del puer* (Hillman, 1988, Marcoli 1999; Miller 1989), immagine interna dell'attività potenziale racchiusa nel nuovo. Il secondo, derivato dalla rappresentazione che l'adulto si fa del bambino reale, vestendolo delle proprie aspettative e di altri contenuti spesso inconsci. La conoscenza piuttosto profonda e dettagliata che è emersa da questi diversi luoghi d'indagine non si è tradotta, a tutt'oggi, sul piano delle azioni educative, in interventi sufficientemente opportuni e costruttivi riguardo la costituzione di un genitore o di un figlio consapevole di esserlo. Sembra che le conoscenze della psicologia dello sviluppo propria dei docenti universitari (che di questa si occupano), siano un loro patrimonio che ha difficoltà ad attivarsi, sia nella loro dimensione professionale, come educatori, che in quella privata, come genitori. Sembra che solo alcuni saperi sull'infanzia, e non altri, possano essere convogliati nell'area dell'educazione. Diviene prioritario a questo punto escogitare opportune strategie che ci aiutino a far crescere individui efficaci e a rafforzarne la consapevolezza di ruolo. Perché questo si attui, occorre partire proprio dall'educazione dei bambini, lavorare su ciò che più influirà sulla loro crescita e sicurezza personale. Libertà, ascolto, presenza mentale, facilitazione dell'autonomia nel rispetto dei ritmi e delle caratteristiche personali, empatia, stimoli non intrusivi, sostegno nella difficoltà, limiti veri, cioè quelli della situazione e delle persone reali.

5. Note conclusive

Alcuni genitori, pur alimentando i figli con cibi ricchi e grassi, si preoccupano quando li vedono mingherlini e dicono loro di mangiare di più anche se non hanno fame; altri genitori permettono ai loro figli di vivere la propria infanzia in compagnia di coetanei che li spingono a bere e fumare come “veri uomini” e li prendono in giro dando loro l'appellativo di *imbranato*, se non si conformano alle loro aspettative. Queste sono situazioni familiari (microsistema) che avranno, sulla vita dei figli, conseguenze gravi quanto l'aver lavorato, per lo stesso numero di anni, con l'amianto. Riflettendo già solo su queste due situazioni di vita, si capisce come esse abbiano agevolato e consentito, paradossalmente, l'evolversi della Promozione della Salute dal *Modello Biopsicosociale*.

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.

Mente e corpo sono un tutt'uno e quindi, anche quando stiamo bene (in salute), dobbiamo spesso migliorare il nostro stile di vita e, se siamo malati dobbiamo essere curati in quest'ottica, da noi stessi e dal professionista. I sintomi psichici (depressione, ossessioni, sensi di colpa...) e corporei (asma, allergie, colite...) spesso non sono da leggere separatamente, ma da integrarsi in un unico supporto, che altro non è che l'uomo con la sua vita presente, passata e futura. Anche il sintomo psichico (come l'organico) è dunque da vedersi, da leggersi, studiarsi e viverci come un campanello d'allarme che ci avvisa che qualche cosa in noi non funziona: non meno della febbre quando ci dice che abbiamo un'infezione in corso! Direi che il sintomo è spesso un riepilogo di ciò che in quel momento siamo. È chiaro che escludiamo da questo contesto tutto ciò che è dettato dall'organico, dalla genetica cioè dalla nostra mappatura cromosomica. Ma è bene ricordare che, se è vero che tutto è scritto nel nostro patrimonio genetico, non è meno vero che l'ambiente ha un ruolo determinante sulla nostra salute. Con troppa facilità, e spesso per utilitarismo, si dice che un disagio o disturbo appartiene alla nostra genetica senza che, in verità, se ne sappia ancora a sufficienza o con adeguata scientificità. Di fatto, ancora oggi negli ambienti sanitari e sociali alla psicologia e alla psicopatologia vengono dedicati spazi e tempi sempre insufficienti. Incrementare l'attenzione verso questi ambiti offre una concreta opportunità di migliorare lo stile di vita delle persone, e dunque il tendere al benessere, e ciò coincide appunto con una seria azione di promozione della salute.

Auspichiamo, con questo breve contributo, di aver fornito un pensiero diverso e forse più evoluto riguardo all'educazione psicosociale. Con un buon approccio alla Psicologia della salute, con il cercare non solo di mantenere, ma di migliorare il nostro stile di vita, il benessere nostro e degli altri, con il nostro esserci meglio diamo effettivamente spazio alla Promozione della “nostra” Salute. Le azioni svolte a favore dell'accettazione e dell'adozione del *Modello Biopsicosociale* mirano a comprendere la natura sistemica della salute e a conferire *empowerment* agli individui, ai luoghi di lavoro, alle scuole, ai gruppi civici, alle organizzazioni sociali e governative, tramite l'acquisizione delle competenze necessarie per migliorare il proprio stile di vita ed accrescere, di conseguenza, il benessere personale e collettivo.

Bibliografia

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

- Bertini M. [1991], (a cura di.), *Psicologia e Salute Prevenzione della patologia e promozione della salute*, NIS, Roma.
- Bennett P., Murphy S. [1997], *Psychology and Health Promotion*, "Health Psychology Series", Open University Press, Buckingham, UK.
- Bertalanffy L. Von. [1968], *General System Theory*, New York, G, Braziller (trad. It) *Teoria Generale dei Sistemi*, Mondadori, Milano, 1975.
- Capra F. [1996], *The Web of Life*, New York, Anchor Books, Trad. It. Doubleday, *La rete della vita*, Rizzoli, Milano, 1997.
- Francescato D., Manuela T. (1999), *Il ruolo dell' empowerment nella promozione della salute e del benessere*, in "Psicologia della Salute", n. 2, pp. 58-63, FrancoAngeli, Milano.
- Engel G. [1977], The need for a new medical model: a challenge for a biomedicine, in "Science", n. 196, 129-36.
- Illich I. [1976], *Medical Nemesis: the expropriation of Health*, New York, Pantheon Books, (trad. it. *L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano.
- Korchin S.J. [1976], *Modern clinical psychology*, Basic Books, New York. Trad. it. "Psicologia clinica moderna", Borla, Roma, 1977.
- Khun T.S. [1962], *The structure of Scientific Revolution*, Chicago, University of Chicago Press, Tr. it. *La struttura delle Rivoluzioni Scientifiche*, Einaudi, Torino, 1969.
- La Ferla F. [2003], *Prefazione*. In Zucconi A. Howell P. [2003], *La Promozione della Salute, Un approccio globale per il benessere della persona e la società*, (trad.it Valeria Poli), La Meridiana, Molfetta Bari.
- Lamioni F. [2002], *Psicologia e salute*, in "Sentieri. Itinerari di psicopatologia-psicosomatica-psichiatria", n. II. 1. 57-66, ETS, Pisa.
- Matarazzo J. [1980], *Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology*, in "American Psychologist", n. 35, 807-817.
- Mengheri M. [1992]. *Il precipitare dei pensieri nel corpo. Una ricerca sperimentale sugli effetti dello stress*, Melusina, Roma.
- Mengheri M. [1994], (a cura di), *E allora.... Il corpo recita i drammi della mente. Alla ricerca dell'autoguarigione*, Melusina, Roma.
- Mengheri M. [2001], *Redazionale*, in "Sentieri. Itinerari di psicopatologia-psicosomatica-psichiatria", n.1, 1, ETS, Pisa, 4-12.
- Mengheri M., Zerbetto R, [2002], *L'approccio alla psicosomatica tra Gestalt e Psicologia Analitica*, in "Sentieri. Itinerari di psicopatologia-psicosomatica-psichiatria", n.1, 2, ETS, Pisa.
- 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.

Zucconi A. Howell P. [2003], *La Promozione della Salute, Un approccio globale per il benessere della persona e la società*, (trad.it Valeria Poli), La Meridiana, Molfetta Bari.

MARIO MENGHERI

Specialista in Psicologia differenziale e scolastica, doc. “Promozione della salute” (Univ. di Siena);
Presidente Associazione Italiana Ricerca Psicosomatica (AIRP); Membro Ordinario AIPA e IIAP;
Psicologo Analista, mariom@sysnet.it.