

Luigi GRASSI

In collaborazione con

Martino Belvederi Murri • Rosangela Caruso

Maria Ferrara • Chiara Montemitro

Angela Muscettola • Maria Giulia Nanni

Tommaso Toffanin • Luigi Zerbinati

La psichiatria applicata alla pratica clinica



EDIZIONI MINERVA MEDICA

Approccio biopsicosociale in medicina e applicazione clinica in psichiatria

Luigi Grassi



INTRODUZIONE

La crisi del modello biomedico in tutte le aree specialistiche sanitarie, inclusa evidentemente la psichiatria, risulta ripetutamente ribadito da molti decenni, sulla base della graduale perdita, nei contesti di cura, della componente umana nella relazione terapeutica a favore di un'estremizzazione della biotecnologia e di un assetto pragmatico aziendalistico. Tali problemi sono in realtà iniziati già a partire dagli anni '50 del secolo scorso, come ci ricorda Karl Jaspers: *“Il paziente entra in ospedale come se entrasse in un centro commerciale, per essere servito nel miglior modo possibile da un apparato impersonale. E il medico moderno agisce come se fosse una collettività che si occupa della cura del paziente, senza che il medico sia presente in un nessun modo personale. [...]”*¹

Su queste premesse la situazione, in un'epoca ipertecnologizzata, è andata peggioran-

do, come espresso da Ivan Cavicchi che, rispetto ad un modello ipocratico di cura in senso olistico, indica come il ruolo che il medico assume oggi sia *“una sorta di ipocratismo sionistico dove, cadendo la contrapposizione tra naturale e artificiale, tra medico e macchina, il medico è diventato (in misura certamente diversa da medico a medico), una sorta di ibrido ipocratico e tecnologico”*.² Ciò conferma che la dinamica della difficoltà di dialogo tra “scienze della natura” e “scienze dello spirito” sembra non potersi risolvere (cfr. Cap. 5).^A

È altrettanto vero che l'intero sistema culturale è cambiato per diverse ragioni (**Tab. 2.I**) e, in tal senso, pure è cambiato il rapporto medico-paziente e sono cambiate le classiche tipologie che descrivevano tale rapporto,³⁻⁵ per quanto la ricerca abbia anche messo a fuoco meglio quali elementi della storia di ciascuna persona intervengano nel modulare il rapporto con il medico e il personale sanitario (**Tab. 2.II**).⁶

A Un tema dibattuto è se la medicina stessa sia una scienza. La medicina non è in realtà una scienza, nel suo significato specifico. La scienza infatti è un insieme di tecniche basate su calcoli e analisi numeriche di osservazione e decodifica dei fenomeni della natura, grazie ad un approccio prettamente oggettivo; è espressione di leggi universali e impersonali, non ha una propria morale o valori e di per sé non si prende cura delle persone, non essendo una professione di cura. Al contrario, la medicina è espressione di una etica valoriale della relazione – l'arte della medicina – che riguarda l'esplorazione e la cura dei bisogni soggettivi delle persone in quanto esseri umani, che a loro volta non sono oggettivamente misurabili. La medicina, semmai, si avvale del metodo scientifico, utilizza quanto le scoperte scientifiche portano come possibili strumenti nuovi di trattamento, orientando in senso morale le scoperte scientifiche (da cui la necessità della bioetica) e mantenendo la propria identità di significato. I suoi fini e scopi primari, nella sua dimensione teleologica, si staglia nell'incontro clinico: la relazione di cura. Potremo dire che ciò che attiene alla salute e alla malattia ha a che fare prima di tutto con la intersoggettività tra persone, per cui la medicina più che scienza è il territorio dove fornire cura e prendersi cura all'interno dello spazio che si crea nella relazione clinica, momento di incontro tra due esseri umani di cui uno chiede aiuto (ma anche speranza, fiducia, supporto, sicurezza) e l'altro cerca di fornirgli al meglio delle proprie capacità (e limiti).

**TAB. 2.I. Alcune ragioni dei cambiamenti della relazione medico-paziente.**

1. Incremento della informazione (disinformazione / malinformazione) disponibile in area medica (Google-driven, intelligenza artificiale e così via)
2. Cambiamento di paradigma della Medicina
 - Da Medicina «sacrale» a EBM a pervasività della tecnologia («ippocratismo simbiotico»)
 - Cambiamento ontologico del malato
 - Cancellazione del paternalismo a favore di *shared decision-making* («partecipazione alle decisioni»)
 - Consenso informato come nuova modalità della medicina
 - Avvento dispotico del limite economico
3. Trasformazione della relazione medico-paziente in senso di offerta di servizio (cliente / utente verso prestatore d'opera)
 - Ricevere il miglior prodotto possibile (da «moderno» a «post-moderno»)
 - Concetto di diritto (estremizzato) alla salute
 - Ridiscussione del concetto di ordine naturale (ad es., rifiuto del limite, rifiuto del dolore, rifiuto della morte, in quanto fallimenti)

Su queste basi, già a partire dagli anni '70, sono stati effettuati molti tentativi di riportare al centro la persona e la relazione con la persona, proponendo modelli tesi a risolvere i problemi della dicotomia mente-corpo, della struttura biomedica della scienza, della necessità di un approccio globale all'individuo, della necessità di "umanizzare" le cure, di integrare la *evidence-based medicine* (EBM) con la *values-based medicine* (VBM), come **medicina centrata sui valori e sulla narrazione** e non solo su metodi clinici rigidi, basati su parametri biologici, prospettive oggettive e misure quantitative alla ricerca di una verità assoluta.

Come sintetizzeremo in questo capitolo, riprendendo alcuni concetti del Cap. 1, tali aspetti in psichiatria sono, in parte, rappresentati dai principali modelli che si sono di-

panati a partire dal secolo XIX e che si sono modificati o, meglio intersecati, ma non sempre integrati tra loro, all'interno degli approcci biologici, psicologico e sociali.

DALLE CORRENTI TEORICHE E CLINICHE IN PSICHIATRIA ALL'APPROCCIO BIOPSIICOSOCIALE

Approccio di tipo biologico (modello organicista e della oggettività)

L'ipotesi che la patologia psichiatrica sia determinata da un'alterazione del cervello ha rappresentato un passaggio importante per la psichiatria stessa, in quanto disciplina medica (v. Cap. 1), collegandosi di fatto alla neurologia, in un'ottica neuropsichiatrica.⁷ La serie di aforismi di Wilhelm Griesinger nel 1845 ("*i disturbi mentali sono malattie del cervello*"; "*la psichiatria è una specialità medica*"; "*tutte le malattie mentali sono forme e gradi di un medesimo accidente evolutivo della vita psichica*") è solo uno degli esempi, con diversi predecessori (ad es., David Hartley o William Bartie) e successori (ad es., Karl Wernicke, John Hughlings Jackson) nello stesso XX secolo. Il tentativo è sempre stato di cogliere una relazione causale tra problema psichico e lesione o alterazione a livello cerebrale (del tessuto e della struttura del cervello, nella ricerca del passato, alle alterazioni delle connessioni neurofunzionali, nella ricerca più recente).^B Tali elementi hanno avuto e hanno importanza nel delineare gli aspetti biologici che riguardano il disturbo mentale (che diviene in questo modo una malattia, come tutte le altre in medicina, in quanto alterazione d'organo). Ciò ha un indiretto effetto destigmatizzan-

B Un ruolo ebbe certamente la identificazione della spirocheta come causa di quadri psicotici in persone affette da sifilide, che confermava la possibilità di un modello "una causa – una malattia", tipicamente presente in infettivologia e che portò ad immaginare una possibile simile causa per la schizofrenia (determinata, secondo tale ipotesi, da un agente specifico, lo schizococco).


TAB. 2.II. Tipologie della relazione medico-paziente in medicina.
Szasz e Hollender (1956): Binomio Dipendenza vs Autonomia

- Madre–Lattante (attività/passività)
- Genitore–Bambino (guida/collaborazione)
- Adulto–Adulto (partecipazione reciproca)

Schneider (1969): Binomio Reficazione vs Personalizzazione

- Relazione di tipo scientifico (informativo)
- Relazione di tipo riparativo (azione diretta a risolvere il problema)
- Relazione di servizio (azione a mantenere l'equilibrio)
- Relazione interpersonale-soggettiva (personalizzata)
- Relazione supportiva

Emanuel e Emanuel (1992): Tipologie qualitative

- *Paternalistico* (genitoriale): medico come custode del paziente, promotore della salute del paziente indipendentemente dalle preferenze di quest'ultimo
- *Informativo* (scientifico): medico come tecnico esperto, fornisce informazioni favorendo le scelte del paziente
- *Interpretativo*: medico come counselor o consigliere, interpreta i valori dei pazienti favorendo le scelte del paziente
- *Deliberativo*: medico come amico o insegnante, articola e persuade il paziente delle scelte

Maunder e Hunter (2009): Ruolo degli stili di attaccamento nel rapporto medico-paziente

- *Attaccamento sicuro*: autoefficacia presente, contatto con le figure di attaccamento equilibrato, buona assertività, uso flessibile di strategie di coping, di cooperazione con il personale sanitario, aspettative realistiche su come gli altri si comporteranno o si sentiranno
- *Attaccamento preoccupato*: dipendenza, espressività amplificata, necessità di mantenere la vicinanza emotiva e fisica alle figure di attaccamento (ad es., familiari, personale sanitario); senso di fragilità personale e ipervigilanza; alti livelli di stress percepito
- *Attaccamento respingente*: ricerca di prossimità ridotta, figure di attaccamento considerate non importanti e segni di vulnerabilità o disagio personale soppressi con sintomi minimizzati o segnalati troppo tardi; possibile interferenza nella collaborazione con il personale sanitario (ad es., sfiducia o impazienza con i professionisti)
- *Attaccamento timoroso*: elevata ansia di attaccamento (caratteristica del modello preoccupato) ed elevato evitamento di attaccamento (caratteristica del modello respingente), con insostenibile combinazione di disagio ed evitamento dell'assistenza medica, ambivalenza verso il personale sanitario

te sulla persona che presenta tale disturbo (in quanto, appunto, affetto da una malattia del cervello), ma, dall'altro lato, tale approccio assume valore eccessivamente neurobiologizzante (anatomico-patologizzazione o fisio-patologizzazione del disturbo), generalizzando l'idea che le malattie mentali abbiano *solo* cause e basi organiche e che i fenomeni psichici e psicopatologici siano legati esclusivamente a meccanismi anatomici, fisiologici, biochimici, e così via, che accadono nel cervello (cfr. anche Cap. 5).

Tale **linea biologico-organicista** (o di **biologismo materialista**), ha mantenuto, a

fasi alterne, nel corso del tempo un ruolo importante ed è stata alla base di molta ricerca scientifica, definendo vere e proprie onde di ritorno alla psichiatria biologica o neuropsichiatrica in senso lato. Questa stessa ricerca ha portato a sviluppare la psicofarmacologia (psichiatria biologica di seconda onda), visto che fino agli anni '60 non esistevano strumenti biologici per trattare le malattie mentali, se non l'induzione di coma insulinico (Manfred Joshua Sakel, 1933), la terapia convulsiva con shock indotto da cardiazol (Joseph Ladislav von Meduna, 1935), l'elettroshock (Ugo Cerletti e Lucio Bini, 1938) o alcuni tentativi di



psicochirurgia, quale la lobotomia (o leucotomia) prefrontale (Egas Moniz, 1936).^C

Più recentemente, la nuova psichiatria biologica (di terza onda) si avvale di quanto la ricerca neuroscientifica, cognitiva, molecolare e sub-molecolare ha determinato, aprendo orizzonti nuovi grazie alla crescita delle neuroscienze per la psichiatria (e la psichiatria di precisione) (cfr. anche Cap. 16).^D

Oggi, gli orizzonti delle stesse neuroscienze, rispetto al dibattito *nature vs nurture* hanno chiarito in maniera definitiva quanto e come via sia una costante interazione e modulazione tra biologia e ambiente, come esistano evidenti influenze del contesto relazionale sul patrimonio genetico (rapporto geni/ambiente, epigenetica) e come le alterazioni biologiche e comportamentali possano essere trasmesse alla prole, dato confermato, ad esempio, dalla ampia letteratura sui disturbi da stress post-traumatico.^{8,9} Alcuni principi sono indicati come riferimento secondo questo approccio, in specifico, (i) che tutti i processi mentali sono *anche* processi neurali; (ii) che geni e proteine da

questi processi codificate determinano le connessioni neurali; (iii) che le esperienze modificano l'espressione genica; (iv) che l'apprendimento modifica le connessioni neurali; (v) che l'ambiente, in particolare le interazioni sociali e la psicoterapia, modificano l'espressione genica e i circuiti neurali. Quindi solo se la psichiatria biologica si integra con le altre correnti, si evita quella unilateralità che si associa ai succitati rischi di riduzionismo, reificazione e isolamento della persona.^E

Approcci di tipo psicologico e filosofico (modello della persona e delle soggettività)

A cavallo tra il XIX e il XX secolo, lo sviluppo da parte di Sigmund Freud della **psicoanalisi** ha assunto un valore fondamentale nel mettere in evidenza il ruolo delle variabili psicologiche, al di là della struttura biologica dell'organismo e del cervello, nel determinare la comparsa di fenomeni psicopatologici. Tali aspetti sono stati ulteriormente specificati ed implementa-

C Indubbiamente la scoperta della efficacia di alcune molecole nel trattamento di sintomi psicopatologici rappresentò una svolta, anche funzionale alla demanicomializzazione, a partire dagli anni '50, in particolare l'azione psicotropa del litio (1949), della clorpromazina (1952), dell'imipramina (1957), dell'aloiperidolo (1958) e del diazepam (1963).

D Alla fine degli anni '80, il presidente degli Stati Uniti George Bush definì il decennio compreso nell'arco temporale compreso tra il 1990 e il 2000, come «**il decennio del cervello**» (*the decade of the brain*) nell'ottica di potenziare lo studio del cervello e delle cellule che lo compongono (86 miliardi di cellule e i trilioni di connessioni che si formano tra loro). Più recentemente, sono partiti prima il Human Brain Project e la BRAIN (Brain Research Through Advancing Innovative Neurotechnologies) Initiative e, dal 2023 BRAIN 2.0, con risultati che aprono orizzonti per gli interventi terapeutici in ambito neurologico (ad es., malattie neurodegenerative, come morbo di Parkinson e morbo di Alzheimer), così come psichiatriche (ad es., disturbi bipolari, disturbi di spettro schizofrenico). In Italia una iniziativa simile è avvenuta all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, PNRR (NextGeneration EU), con il progetto MNESYS (A multiscale integrated approach to the study of the nervous system in health and disease) che si pone l'obiettivo di sviluppare nuovi approcci per le neuroscienze sperimentali e cliniche in una prospettiva di medicina di precisione, personalizzata e predittiva con un impatto trasformativo sulla cura delle patologie del sistema nervoso e del comportamento, tra cui le malattie psichiatriche dell'umore e psicotiche (<https://mnesys.eu/> e <https://mnesys.eu/il-progetto-e-gli-spoke-mnesys/>).

E Per **riduzionismo** si intende il fatto che la neurobiologia possa considerare la soggettività come un sottoprodotto dell'attività del cervello, in termine di hardware/software, per cui la stessa coscienza altro non è che un epifenomeno dell'elaboratore cervello. Per **reificazione** si intende la "oggettivazione" di quanto ci accade, inclusi i pensieri, gli affetti, i sentimenti e le emozioni, la volontà (che quindi non è autonoma), frutto esclusivamente di incastri molecole e reti neurali; in questo senso le alterazioni cerebrali sono l'unica causa della malattia mentale ed è solo la mancanza di strumenti sofisticati ad impedirci di oggettivarli e quantificarli. Per **isolamento** si intende il fatto che tale lettura dei processi psichici e della salute e della malattia avviene indipendentemente dal contesto in cui si è calati e dalle relazioni durante il percorso di vita del singolo individuo.



ti con la nascita di scuole di pensiero e correnti psicologiche, createsi successivamente alla psicoanalisi classica (ad es., la scuola di psicologia analitica Jungiana; la psicologia individuale di Alfred Adler; i modelli basati sulla teoria delle relazioni oggettuali, da Melanie Klein fino agli autori della scuola “britannica”; la psicologia del Sé di Heinz Kohut e così via) ed altre di orientamento diverso (ad es., comportamentismo, modelli cognitivo-comportamentali, CBT). In particolare, tra i modelli di prima onda della CBT, Albert Ellis ed Aaron Beck, entrambi di formazione psicoanalitica, ma insoddisfatti delle teorie e delle pratica clinica di questo approccio, sono stati i primi promotori di un modello cognitivista in psichiatria, fondando nuovi approcci psicoterapici (la Rational Emotive Behaviour Therapy REBT, il primo, la Terapia Cognitiva, il secondo), cui hanno fatto seguito molti altri approcci e relative scuole (correnti CBT di seconda e terza onda) (cfr. Cap. 9).

Grande importanza, in questo senso, ha avuto il movimento filosofico che all’incirca nello stesso periodo, dall’inizio del XX secolo con Edmund Husserl, quindi con altri filosofi come Martin Heidegger, Paul Sartre o Karl Jaspers, si è espresso, in psichiatria, nell’area fenomenologica e antropo-fenomenologica, grazie a diversi clinici tra cui lo stesso Jaspers, Eugène Minkowski, Ludwig Binswanger o Medard Boss. Come segnalava Minkowski, la psichiatria deve avere come oggetto, non la struttura biologica cerebrale, bensì *“un soggetto, una persona, analizzata e descritta nelle sue emozioni, nei suoi pensieri, nelle sue fantasie, nelle sue immaginazioni, nei suoi modi di essere che non si identificano nel comportamento, ma nei significati che si esprimono in ogni singolo comportamento [...] Se finora la psicologia si è svolta in prima persona o in terza persona, è tempo che essa diventi una psicologia in seconda persona, perché il tu ci mette in presenza dell’umanamente comune”*.¹⁰

A questa linea teorico-clinica si collega la **corrente umanistico-esistenziale**, sviluppata prima in Europa, grazie al lavoro di Viktor Frankl tra gli anni ’30 e ’40, quindi, negli anni ’50, negli Stati Uniti. Per Frankl, esponente della terza scuola viennese di psicoterapia (dopo quella della psicoanalisi freudiana e quella della psicologia individuale adleriana), non è la libido il motore dell’esistenza, ma la ricerca di significato. Solo in questo modo è possibile affrontare i limiti dell’esistenza stessa, la “tragica triade” rappresentate dal dolore, dalla colpa e dalla morte, e porsi verso tali limiti attraverso un “tragico ottimismo”, che possa aiutare a trasformare la sofferenza in una crescita sul piano umano, a far derivare dalla colpa un’opportunità di cambiamento e a far emergere dalla transitorietà della vita un incentivo per prendersi la responsabilità delle proprie azioni. L’approccio esistenziale, definito da Frankl attraverso lo sviluppo della logoterapia (da *logos*, parola, ma anche significato, e *therapèia*, curare, guarire e assistere), è assunto anche dalla corrente umanistica, che con il primo condivide diversi punti centrali. Abraham Maslow, Carl Rogers e Rollo May, e più recentemente Irvin Yalom, ne sono i riferimenti più significativi, che oggi sono, ulteriormente ripresi dalla psicologia positiva. In particolare, il tema princi-

TAB. 2.III. Dilemmi e tensioni esistenziali secondo Yalom.

- Vita *vs* Morte: desiderio di vivere per sempre / realtà della morte come fatto inevitabile e ineludibile
- Solitudine *vs* Appartenenza: consapevolezza dell’essere soli / desiderio di contatto, protezione, di essere parte di un “tutto” più grande
- Libertà *vs* Guida: libertà di scegliere come vivere, di creare il proprio mondo e la propria esistenza / bisogno di una struttura e di un base (*base sicura*) preconstituita e guida sulle nostre scelte
- Significato *vs* non-significato: essere alla ricerca di un significato / essere in un universo che sembra senza significato (*Perché a me? Perché non a me?*)



pale dell'approccio umanistico è che ciascun essere umano ha il compito e la responsabilità di aprire l'orizzonte alla ricerca di una propria esistenza autentica e di significato, per la realizzazione del proprio progetto esistenziale. Tale compito prevede di affrontare le sfide e i conflitti posti sul suo cammino, come segnala Yalom (Tab. 2.III).

È chiaro che anche tale approccio, se estremizzato e non integrato agli altri modelli, rischia di muoversi esclusivamente su versanti che si distaccano dalla realtà concreta, in uno studio del vissuto psicologico disancorato dalla realtà concreta, con il rischio di perdere di vista l'uomo, anche come corporeità e, quindi, biologia.^F

Approcci di tipo sociale (modello del contesto e dell'intersoggettività)

L'importanza del contesto sociale in cui ciascuno vive e del rapporto tra eventi di vita e risposta individuale sono noti da molto tempo, in funzione dell'indissolubilità tra l'essere e il con-

testo (dall'espressione latina di *esse est co-esse*, ripresa di Gabriel Marcel, alla filosofia di José Ortega y Gasset nella sua massima "Io sono io e la mia circostanza e se non la salvo, non salvo neppure me stesso", dove "circostanza", da *circumstare* "stare intorno", è il contesto sociale e storico da cui ogni uomo è circondato).^G

Il lavoro di Lev Semënovič Vygotskij, anch'esso databile pure agli inizi del XX secolo, ma oscurato dalla censura comunista russa e riscoperto solo 40 anni dopo, è di grande importanza a questo proposito. L'ipotesi che nello sviluppo evolutivo, anche in senso culturale, del bambino ogni funzione compaia dapprima sul piano sociale poi sul piano psicologico, in senso *interpsicologico*, prima, *intrapsicologico*, poi, è antesignano delle teorie successive (ad es. Albert Bandura) dell'apprendimento sociale e della teoria del modellamento, secondo cui lo sviluppo individuale e l'apprendimento stesso avvengono attraverso l'osservazione e quindi l'imitazione altrui.^H

L'esplorazione del **contesto sociale** e dei **fattori culturali** è quindi un punto cardine

F Ne è esempio quanto scriveva **Arnold M. Ludwig**, ambendo ad una rivalutazione della psichiatria come disciplina specialistica che deve riappropriarsi della sua dimensione medica: "La psichiatria è diventata un miscuglio di opinioni non scientifiche, filosofie e 'scuole di pensiero' assortite, metafore miste, diffusione di ruoli, propaganda e politica per la 'salute mentale' e altri obiettivi esoterici" ("The Psychiatrist as Physician", JAMA. 1975;234(6):603-604).

G In senso umanistico, **Martin Buber** indica la **relazione Io-Tu** come centrale nella dinamica umana, poiché l'Io non può non incontrare il Tu, visto che esistono nel contesto Io-Tu, come unica possibile relazione dialogica autentica e di significato. Nella cultura orientale, **Kimura Bin** ne parla in termini di "traità": l'essenza della identità del soggetto è il "tra" (*Aïda*), lo spazio nel quale il sé incontra sia se-stesso che l'altro, la dimensione primaria dell'incontro con l'altro come differenziazione assieme intra-soggettiva e inter-soggettiva. Peraltro, il Sé (*Mizukara*) e la Natura (*Onozukara*), il sé-stesso e il da-sé-stesso, hanno una origine comune ed il sé interiore autentico sorge in una relazione o differenza interna, nell'*Aïda* di *Mizukara* e *Onozukara*.

H Noto è il contrasto tra la teoria dello sviluppo psicologico di Jean Piaget e di Lev Vygotskij. **Piaget** considera l'apprendimento del bambino formato da una serie di stadi per cui il raggiungimento dello stadio successivo avviene grazie alla maturazione cognitiva e che porta al superamento di quello precedente. **Vygotskij** ritiene, invece, che il comportamento umano sia modellato dall'organizzazione sociale: il bambino è dotato di un potenziale che gli permette di acquisire nuove conoscenze nel momento in cui entra in contatto con soggetti che hanno una maturazione cognitiva e una cultura maggiore di quella presentata dal bambino stesso. Questo scambio di competenze avviene in una zona relazionale, definita *zona di sviluppo prossimale*, grazie all'aiuto e al supporto fornito al bambino da un adulto (genitore, insegnante o tutor) attraverso una presenza supportiva (*scaffolding*). Lo sviluppo culturale del bambino avviene in 3 fasi: *Fase 1 (modelling)*, di imitazione in cui l'adulto fa vedere come si fa, offrendo un modello nello svolgimento dell'attività; *Fase 2 (scaffolding)* in cui l'adulto fornisce l'impalcatura fatta di strumenti, obiettivi e pratiche, in cui chi apprende si appropria di ciò che è più rilevante ed importante per quell'azione; *Fase 3 (fading)*, in cui l'adulto scompare e lascia sempre più spazio di autonomia a chi sta apprendendo (cfr. anche Cap. 9 per il ruolo delle teorie Vygotskijane nella Psicoterapia Cognitivo-Analitica, CAT).



per comprendere come il contesto (al di là della psiche individuale e dello psicologismo radiale centrato sul singolo individuo) possa avere un impatto su esordio, decorso ed esito delle malattie. Lo studio del rischio di maggior incidenza di schizofrenia e disturbi psicotici nelle zone socialmente più deprivate (ad es., gli studi di Hollingshead e Readlich a Chicago negli anni '30), così come del rischio dello sviluppo di depressione a seguito di eventi stressanti, in particolare di perdita (ad es., gli studi di George Brown a Londra negli anni '70), ne sono un esempio. Su queste basi, la psichiatria sociale (termine impiegato per la prima volta dallo psichiatra tedesco Georg Ilberg nel 1904) ha assunto un grande rilievo, come sintesi tra le discipline mediche e quelle sociali, incluse l'antropologia sociale, la psicologia sociale, la psichiatria culturale o la sociologia.

Un ruolo significativo ha avuto, a questo proposito, la linea di ricerca sugli **eventi stressanti**, a partire dagli anni '70 del secolo scorso. Diversi studi hanno dimostrato come eventi di vita ad alto peso oggettivo (ad es., lutto, perdita del lavoro, crisi economica) o soggettivo (ad es. eventi valutati come marcatamente, mediamente, lievemente o per nulla negativi) possano essere precipitatori di disturbi somatici (ad es., cardiocircolatori) o psichici (ad es., depressione) (cfr. anche Cap. 6). In questa mediazione tra stress e risposta individuale si pone la possibilità di ricevere sostegno (ad es., informativo, educativo, emozionale o pratico) da parte di figure di riferimento del proprio contesto sociale intimo (ad. es., la famiglia, gli amici stretti) e allargato (ad es., il lavoro, l'associazionismo, i gruppi di auto-aiuto, i servizi del contesto socio-assistenziale). Tale sostegno, inerente al concetto di **supporto sociale**, varia ovviamente in funzione sia di dove si vive (*disponibilità oggettiva di supporto*), sia delle capacità individuali di creare legami (*disponibilità soggettiva di supporto*).

È dimostrato che uno scarso livello di supporto sociale influenza in senso negativo le difese biologiche dell'organismo (ad es., difese immunitarie) e si associa a una maggiore morbilità per patologie mediche e psichiatriche, nonché ad una più elevata mortalità. Per questo, molti interventi nel contesto socio-sanitario (ad es., associazioni di volontariato, servizi sociali, sostegno comunitario) agiscono in senso terapeutico proprio in funzione del potenziamento del supporto sociale. Secondo questa linea sono interpretabili anche gli approcci messi in essere all'interno delle comunità terapeutiche, miranti a garantire la capacità di autonomia, autodeterminazione e partecipazione nel proprio percorso di cura dei pazienti stessi (ad es., il lavoro pionieristico di Maxwell Jones e molti altri autori) e quelli a carattere familiare, che hanno permeato lo sviluppo di interventi nella psichiatria territoriale (ad es., il lavoro altrettanto innovativo di Ian Fallon sugli interventi psicoeducazionali familiari in psichiatria).^{11, 12}

Anche su queste basi, Joseph Zubin e Bonnie Spring, integrando le componenti biologiche dell'individuo (ad es., predisposizione genetica) e quelli inerenti allo stress (ad es., eventi di vita), hanno proposto, nell'ambito delle patologie psichiatriche severe, quali la schizofrenia, il **modello stress-vulnerabilità**.¹³ Per ciascun soggetto esiste una soglia individuale di tolleranza agli *stressors*, per cui un peso relativamente basso di un evento può essere sufficiente a determinare il rischio di sviluppo di un disordine psichiatrico in chi ha una soglia ridotta, e viceversa.

Tale modello deve oggi tener conto, tuttavia, dei nuovi dati delle neuroscienze per cui la soglia di vulnerabilità non è statica, ma dinamica in funzione dei processi di modulazione geni x ambiente (v. infra), da parte del supporto sociale e di altri fattori inerenti il contesto culturale (**Fig. 2.1**).¹⁴ Risulta estremamente importante, infatti, il ruolo della

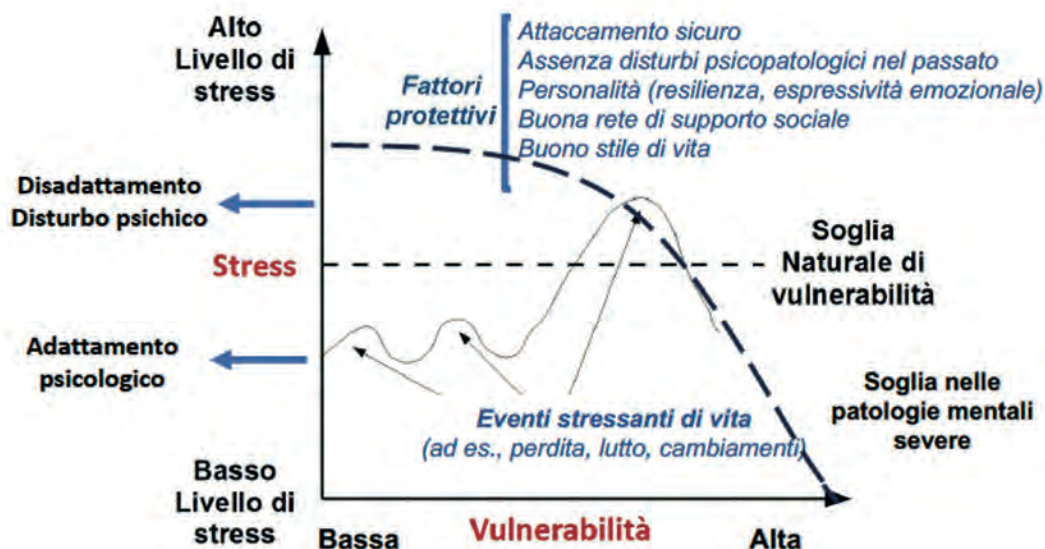


FIG. 2.1 Modello stress-vulnerabilità (da Zubin e Spring, 1977, mod.).

Il rischio di psicopatologia (linea curva tratteggiata) indica che la soglia di vulnerabilità individuale è bassa e livelli non alti di carico di stress possono superarla con comparsa di manifestazioni psichiatriche.

relazione con gli altri, a partire dalle prime esperienze di vita e dallo stile di attaccamento che si crea nei rapporti precoci (tra il bambino e il proprio caregiver), come ha messo in evidenza in particolare John Bowlby, con importantissime ricadute a livello biologico (ad es., epigenetica, neuroplasticità) e clinico (ad es., influenza nel rapporto medico-paziente, v. **Tab. 2.II**, modulazione degli esiti di malattia e di *recovery*).¹

Come per gli altri approcci biologico e psicologico, uno dei limiti del modello sociale è che, se estremizzato, rischia di assumere una valenza di pensiero unilaterale. Ciò ha portato, in passato, a considerare la malattia mentale un falso costrutto determinato dalle forze di potere e dalla società, negandone l'esistenza,¹⁵ con relativo sviluppo di associazioni e movimenti anti-psichiatrici molto radicali che, in maniera, a loro volta, ideologizzata e spropr-

¹ **John Bowlby**, a partire dalle proprie ricerche sui traumi da separazione (insufficienza e mancanza di cure materne), commissionate dalla OMS nel 1950, si distanzia dalla psicoanalisi tradizionale, di cui pure era esponente, poiché la ricerca del piacere non avviene, come la psicoanalisi ritiene, attraverso una scarica pulsionale (libido), ma attraverso le cure ottenibili attraverso affetto, amore, protezione e prossimità, nel rapporto con un caregiver. È l'ambiente (e non le fantasie del mondo intrapsichico e inconscio) a determinare la possibilità di sviluppo di un attaccamento sicuro *vs* un attaccamento insicuro, quest'ultimo predittore di psicopatologia. Il **comportamento di attaccamento**, il sistema comportamentale di attaccamento e il legame affettivo sono biologicamente determinati e si attivano in fasi precoci della vita (dopo il 6° mese) consolidandosi fino ai 24 mesi e diventando elemento strutturale (*modelli operativi interni*, pur modificabili da esperienze di attaccamento correttive) per lo stile di attaccamento in età adulta. Tali concetti sono divenuti importantissimi con ricadute a più livelli in medicina. La ricerca ha, ad esempio dimostrato come l'attaccamento sia un fattore di modulazione dello sviluppo del cervello con azione neuroprotettiva (se l'attaccamento è sicuro); influenzi il rapporto tra stress e vulnerabilità e quindi la salute in senso biologico, aumentando o riducendo il rischio di malattie somatiche e psichiche; emerga in qualunque relazione interpersonale, quindi anche nel rapporto medico-paziente, intervenendo, quindi, sull'aderenza alle cure e sugli esiti della malattia.



zionata, hanno messo e mettono in guardia rispetto al pericolo dei metodi scientifici (inclusa la psicofarmacoterapia) in psichiatria.^J

Il modello sociale si deve integrare, quindi, con gli altri approcci, avendo, peraltro, una valenza trasversale in medicina, come è stato confermato dal ruolo del contesto sociale nel modulare l'insorgenza e l'esito di qualunque disturbo, sia psichico sia somatico.^{16, 17} Attualmente il tema del contesto sociale rappresenta una componente importante della salute, come inteso e approfondito dalla OMS, sui determinanti sociali di salute e malattia, da tenere come riferimento per la sanità del futuro.^K

L'APPROCCIO BIOPSIKOSOCIALE E SPIRITUALE IN MEDICINA E PSIKIATRIA

Le correnti fin qui sinteticamente illustrate rappresentano, per certi versi, le strutture portanti del modello (o dell'approccio) biopsicosociale (MBPS), che trova in George Engel uno dei suoi promotori, pure negli anni '70

del secolo scorso. L'obiettivo del MBPS è di cambiare la struttura concettuale nella lettura dei fenomeni inerenti alla salute e alla malattia, a tutti i livelli: etiopatogenetico, preventivo, assistenziale, trattamentale, prognostico (Fig. 2.2). Engel, riprendendo il tema del rischio della biotecnologizzazione della medicina propone, come sfida per il futuro, l'obbligo di considerare in senso multicausale e multifattoriale ogni malattia, sia quella somatica sia quella psichica, che sia il diabete o la schizofrenia, come egli stesso scrive: *“Un possibile difetto biochimico del diabete (ad es., un'alterazione della funzione pancreatica) o della schizofrenia (ad es., un'alterazione della trasmissione dopaminergica o glutammatergica) definisce nel migliore dei casi una condizione necessaria, ma non sufficiente per il verificarsi dell'esperienza umana della malattia”*.

Engel parte, infatti, dal presupposto che nella salute dell'uomo le dimensioni **biologiche, psicologiche e sociali-interpersonali** interagiscano sempre variamente tra loro e non vi è in natura processo possibile in cui non vi sia un rapporto e un'interazione secondo vari livelli gerarchici, inclusi i livelli cellu-

J Il movimento di **antipsichiatria** fiorì a partire dagli anni '60 in un'epoca di profondi cambiamenti culturali, di movimenti studenteschi contro la guerra, che inneggiavano all'amore libero e al rispetto dei diritti umani. Parte della psichiatria, ancorata a trattamenti come l'elettroshock e la psichirurgia e a modelli di cure manicomiali, marginalizzanti e inadeguati, ne risultò oggetto di critiche e rivisitazioni. Diversi psichiatri di matrice psicoanalitica, tra cui Ronald D. Laing in UK e Thomas Szasz in USA e altri, furono promotori di teorizzazioni radicali e, a tratti, utopiche, di una origine prettamente sociale della malattia mentale, fino ad alcuni estremismi che avevano come importantissimo obiettivo un approccio umanistico in psichiatria, ma anche la messa in discussione della stessa malattia mentale (“malattia come una reazione sana a un mondo folle”; “schizofrenia come espressione di una famiglia disfunzionale, famiglia schizofrenogena”, “la persona con schizofrenia come capro espiatorio, ma più sana del resto del gruppo familiare”). Di profonda marca antipsichiatria è la stessa Scientology, fondata a metà anni '50 in USA e diffusasi in molte parti del mondo (<https://www.scientology.org/>), tra i cui principi, vi è il rifiuto totale di qualsiasi approccio medico-scientifico ai problemi della psiche. Anche oggi vi è una imponente aura anti-psicofarmacologica in alcuni gruppi (v. Council for Evidence-Based Psychiatry; <http://cepu.org/>), oltre all'azione di diversi movimenti ideologici di protesta verso la psichiatria tutta, intesa come “strumento di repressione e di tortura”.

K Per determinanti sociali della salute (**Social determinants of health - SDOH**) si intendono le condizioni dell'ambiente in cui le persone nascono, vivono, imparano, lavorano, giocano, praticano il culto e invecchiano, che influenzano un'ampia gamma di risultati e rischi per la salute, il funzionamento della persona e la qualità della vita. In particolare, la stabilità economica, l'accesso libero alla educazione e la qualità di questa, l'accesso libero al sistema sanitario e la qualità di questo, il contesto sociale e di comunità, il contesto ambientale e come è costruito sono tra i fattori della SDOH (cfr. <https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health> e [Health People 2023 https://odphp.health.gov/healthypeople/](https://odphp.health.gov/healthypeople/)).

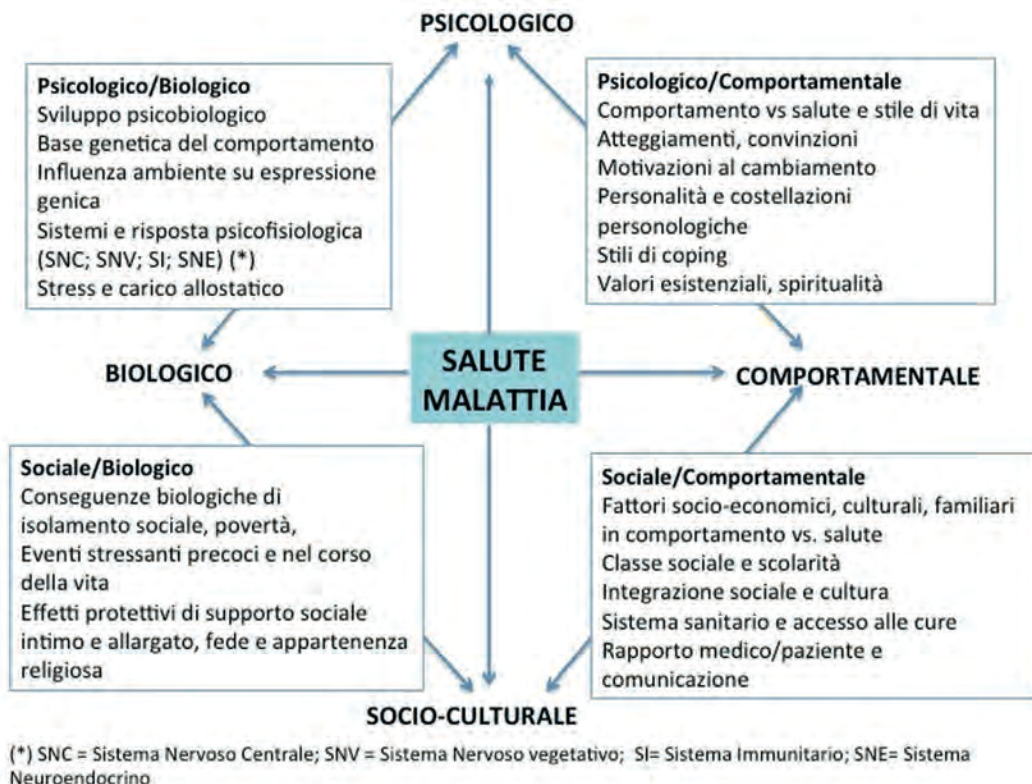


FIG. 2.2 Articolazione dell'approccio biopsicosociale (da Grassi *et al*, mod.).

lari molecolari: “Tutti i livelli di organizzazione sono collegati l’uno all’altro in una relazione gerarchica in maniera tale che un cambiamento dell’uno avrà ricaduta sugli altri e l’adozione di un approccio scientifico a questo livello dovrebbe essere di aiuto nel ridurre la dicotomia riduzionistica in medicina e migliorare la comunicazione tra le diverse discipline scientifiche.”¹⁸ Per questo, continua Engel, “la crisi della medicina deriva degli stessi errori di base della psichiatria, in particolare l’aderenza a un modello di malattia non più adeguato per gli obiettivi scientifici e le responsabilità sociali, sia della medicina che della psichiatria. [...] Per fornire una base per la comprensione dei determinanti della malattia e per arrivare a trattamenti razionali e a modelli validi di assistenza sanitaria, un modello medico deve anche prendere in considerazione il paziente, il contesto sociale in cui vive e il sistema

complementare ideato dalla società per affrontare gli effetti dirompenti della malattia, cioè il ruolo del medico e il sistema sanitario. Questo richiede un modello biopsicosociale” (Tab. 2.IV).

In accordo con il modello stress-vulnerabilità più sopra descritto, la ricerca ha chiaramente dimostrato come la soglia di tolleranza agli stressors sia modulata da variabili di tipo predisponente inerenti al funzionamento dell’organismo come struttura biologica, sul quale intervengono, in maniera specifica, eventi precoci di vita (ad es., modelli disfunzionali di attaccamento al caregiver, possibili traumi precoci), che, in senso epigenetico, possono modulare lo stesso funzionamento biologico. Tali variabili assumono una valenza in termini di funzionamento psicologico (ad es., stili di coping, personalità, capacità di interpretazione di sé e del mondo in



TAB. 2.IV. Differenze tra modello biomedico e biopsicosociale per le patologie somatiche e/o psichiatriche.

Punti chiave	Modello Biomedico	Modello Biopsicosociale
Obiettivo principale	Diagnosticare e trattare gli aspetti biologici della malattia, che è direttamente attribuibile e determinata da una patologia d'organo sottostante	Migliorare la salute e il benessere affrontando un'ampia gamma di determinanti della salute attraverso un approccio multi-sistemico
Cosa è la salute?	L'assenza di malattia (patologia) (definizione di senso negativo)	Uno stato dinamico di benessere risultato della interazione di fattori biologici, psicologici e sociali (definizione di senso positivo)
Cosa causa la malattia?	Fattori biologici (ad es., sbilanciamenti chimici, predisposizione genetica; alterazioni di apparati, chiaramente identificabili)	La malattia è legata a diversi fattori concausali, inclusi quelli di tipo biologico (ad es., alterazioni neuroendocrinali), psicologico (ad es. convinzioni, comportamento) e sociali (ad es., relazionali, esperienze traumatiche precoci)
Chi è responsabile della condizione di salute/malattia?	L'equilibrio o lo squilibrio biologico, poiché gli individui non sono direttamente responsabili della malattia	Poiché il comportamento influenza gli stati di salute, vi è una responsabilità individuale nel cooperare allo stato di salute e alla cura come partecipando attivamente alla prevenzione e al processo di recovery
Come deve essere trattata la malattia?	La diagnosi e i relativi trattamenti sono centrati sulla malattia all'interno delle diverse discipline specialistiche	L'approccio deve essere integrato in senso globale sulla persona con trattamenti di tutti i fattori chiamati in causa, in un'ottica di medicina biopsicosociale
Chi è responsabile del trattamento?	La medicina (la professione medica e sanitaria) è responsabile del trattamento della malattia	L'individuo è coinvolto direttamente nel trattamento (ad es., aderenza alle cure, modifica dei comportamenti non orientati alla salute)
Che rapporto vi è tra salute e malattia?	Salute e malattia sono concetti qualitativamente diversi: gli individui o sono sani o sono malati	Non vi è una chiara separazione tra salute e malattia, poiché essi esistono lungo un continuum
Quale è la relazione tra mente e corpo?	Mente e corpo funzionano indipendentemente l'una dall'altro	Mente e corpo interagiscono in maniera marcata tra loro
Che ruolo hanno le scienze psicosociali nella salute e malattia?	La malattia può avere conseguenze psicosociali, ma non cause psicosociali (ad es., l'infarto miocardico può determinare demoralizzazione, ma l'umore non è correlato alla comparsa dell'infarto o alla prognosi)	La malattia può avere certamente conseguenze psicosociali, ma i fattori psicosociali possono contribuire nel determinismo e nella prognosi delle malattie, in tutti gli stadi del continuum salute-malattia
Qual'è la relazione della malattia con la disabilità (ad es., lavorativa)?	Vi è una relazione lineare tra malattia, sintomi, disabilità e incapacità a vari livelli (ad es. lavorativo). Pertanto le disabilità lavorative si risolvono curando la patologia fisica	Il benessere e il funzionamento sono soggettivi e sono il risultato di una interazione complessa e dinamica tra salute individuale e le dimensioni psicosociali (ad es. contesto sociale, lavorativo). La salute è desiderabile, ma non è una condizione unica ed esclusiva per uno stato di benessere funzionale



cui si vive) e di funzionamento sociale (ad es., rapporti interpersonali, relazioni affettive), nell'ottica longitudinale che riguarda il percorso esistenziale di ciascun individuo.¹

Il MBPS è stato, poi, ampliato integrando la dimensione della **spiritualità** come parte della salute umana e del benessere.¹⁹ La spiritualità coinvolge le parti più profonde dell'essere e dell'essenza di ciascuno ed include non solo la fede e il proprio credo religioso, ma il senso stesso che si dà alla vita e alla esistenza (ad es., chi siamo, perché ci siamo, che senso abbiamo dato e diamo alla vita, verso dove siamo diretti, come ci confrontiamo con il mistero della vita e della morte), il significato del tempo e del destino. Per alcuni autori,^{20, 21} la spiritualità riguarda quattro aspetti: spiritualità e religione; coping spirituale e religioso; benessere e bisogni spirituali; benessere generale di un individuo. In questo senso, risulta evidente il valore della citata tradizione umanistico-esistenziale (v. infra), che implica il fatto di calare nel rapporto medico-paziente, la dimensione della spiritualità. Questo implica il sapere affrontare i temi della ricerca del senso ultimo, dello scopo e del significato, in relazione a se stessi, alla famiglia, agli altri, alla comunità, alla natura e al sacro, espressa attraverso credenze, aspetti etici, convinzioni interiori, valori, tradizioni e pratiche della persona stessa (cfr. Cap. 3).²²

Tutto ciò è stato recepito dalla World Health Assembly già diversi decenni fa, quando, nel suo 37° meeting del 1984, adottò una risoluzione che sottolineava la necessità di introdurre la “dimensione spirituale” nella politica sanitaria e la collegava all'iniziativa “*Salute per tutti entro l'anno 2000*”, un programma che aveva lo scopo di promuovere servizi sanitari più equi a livello mondiale.²³ Ciò è stato, successivamente, ripreso anche dall'OMS che ha indicato come questa quarta dimensione mancasse nella sua definizione di salute, proponendo quindi di modificare il preambolo della Costituzione in: “*La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, spirituale e sociale e non solo l'assenza di malattia o infermità*”.^{24, 25}

Tale dimensione spirituale in medicina deve avere, dunque, un ruolo e, di conseguenza, una cornice di riferimento teorica e applicativa.²⁶ Per questo, in tutti gli ambiti medici, dalla oncologia alla medicina palliativa, dalle discipline che si prendono cura della cronicità²⁷ alla psichiatria,^{28, 29} è necessario offrire un'assistenza più articolata e personalizzata, che comprenda la spiritualità, quale variabile che ha un'azione positiva sul benessere e sulla salute, fisica e mentale, come indicato anche dalla World Psychiatric Association.³⁰ Molti studi hanno, peraltro, approfondito il tema della spiritualità in senso neuroscientifico e le sue implicazioni neurobiologiche,^{31, 32}

L Tale linea, che ha portato anche allo sviluppo di strumenti di valutazione degli eventi stressanti, è proseguita articolandosi sempre più nei 50 anni successivi con analisi del ruolo dello stress psicosociale e fisico e del suo impatto in senso longitudinale nel percorso di vita della persona. In sintesi, lo studio degli **eventi stressanti precoci** (ad es., separazione e perdita in età infantile, scarso accudimento da parte della figura materna, comportamenti di abuso e violenza in famiglia) ha portato a comprendere come le variabili relazionali intervengano nel modulare diversi sistemi biologici implicati nella risposta allo stress, fin dalle prime fasi della vita individuale. Esperienze traumatiche di separazione dalla figura materna hanno, infatti, importanti e talora permanenti conseguenze sulle risposte di diversi sistemi fisiologici sia a livello periferico (ad es. termoregolazione, frequenza/ritmo cardiaco), sia centrale (ad es., alterazione della risposta dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene allo stress; eccessiva produzione di glucorticoidi con riduzione della produzione di brain-derived neurotrophic factor BDNF; incremento dei markers infiammatori e delle citochine, quali interleuchina-6 e altre; attivazione del complesso dell'inflammasoma neurotossicità; modifiche delle sequenze geniche con alterazione del pattern epigenetico, indebolimento della risposta immunitaria, alterazione della struttura dei telomeri azione a livello cellulare). La vulnerabilità individuale alla malattia avrebbe dunque a che fare, più che con conflitti inconsci (come teorizzato dai primi modelli psicoanalitici), con precoci difetti della relazione madre-bambino, con un importante impatto negativo in senso psicobiologico sistemico che si mantiene nel corso della vita.



sottolineando la necessità di una formazione più ampia e completa delle professioni sanitarie, attraverso linee-guida operative da inserire nella pratica clinica.³³

Tali elementi, che ripropongono la centralità della persona, riprendono alcuni degli elementi già messi a fuoco dal medico svizzero Paul Tournier negli anni '40, nella definizione di **medicina della persona**.³⁴ Questa non è una teoria o una tecnica, ma un atteggiamento di base con cui il medico deve porsi verso il proprio paziente, all'interno della relazione terapeutica, come persona, appunto, nella sua unicità, nelle sue dimensioni biologiche, psicologiche, sociali e spirituali rispetto alla salute e alla malattia e con le sue risorse, al di là della disabilità.^{35, 36}

APPLICAZIONE CLINICA DEL MODELLO (APPROCCIO) BIOPSICOSOCIALE E SPIRITUALE

Una delle critiche mosse al modello biopsicosociale e a ciò che Engel ha proposto, è la mancanza di una struttura *evidence-based* della teoria e della metodologia, che siano in grado di tradurre nella pratica clinica quanto il

modello stesso sottolinea, con il rischio che si possa assumere una modalità eclettica, invece che solidamente centrata su dati scientifici,³⁷ che pure Engel, tuttavia, indicava come necessità ineludibile.³⁸ Rimandando altrove per approfondimenti,^{39, 40} si può indicare che il MBPS/S, nella sua essenza, implica, in fondo, la necessità di ridefinire l'approccio in medicina in un'ottica che metta a fuoco ed integri le diverse componenti della persona, che sia in salute o che sia affetta da una qualunque malattia o disturbo. Tale rimodulazione, come Engel indicava, deve, poi, essere calata nella pratica clinica⁴¹ e nella formazione delle professioni sanitarie.⁴² In epoca più recente, peraltro, che il MBPS/S sia il modo per superare il dualismo somatico *vs* psichico (o corpo *vs* mente, o organico *vs* funzionale, o *care vs cure*, o arte *vs* scienza), attraverso un approccio pluridimensionale, è stato ulteriormente confermato dalla ricerca.^M In ambito, neuroscientifico ed ecologico-sociale,^{43, 44} è sempre più chiara la co-costituzione di mente-cervello-corpo-contesto-cultura, la quale si esprime sia in salute, sia in malattia.^N

La critica della non praticità procedurale del MBPS/S, quindi, potrebbe non aver ragione di esistere se si considera che, attraverso

M Viene tuttora erroneamente posta questa questione con una confusione di termini, per cui la “competenza tecnica” viene associata al linguaggio delle scienze di base, ai fatti e alle conoscenze, alle abilità, e al “fare” o all’azione; la “cura” viene invece associata al linguaggio dei valori, delle relazioni, degli atteggiamenti, della compassione e dell’empatia, l’aspetto cioè non tecnico e “personale” della medicina. Come lo stesso Engel provocatoriamente scriveva, correggendo questo pericoloso errore di interpretazione: “*Per essere orientato al paziente, il modello deve includere dimensioni psicosociali. Ma anche il termine “psicosociale” ha un suono strano ed esoterico per i medici di formazione biomedica. Per la maggior parte di loro, “psicosociale” significa problemi che interessano principalmente lo psichiatra o l’assistente sociale. Qualsiasi altra cosa abbia a che fare con il paziente e la sua cura è classificata come “arte della medicina” e si basa sull’intuizione, sulle regole professionali, sugli aforismi e sulle massime della saggezza accumulata da medici esperti.*”

N Le neuroscienze hanno ampliato di molto le conoscenze sul senso del nostro esserci, proponendo da alcuni anni, in ambito cognitivo, il **modello delle 4E (Embodied, Embedded, Extended and Enactive)**, per cui la cognizione: a) è *incarnata*, quindi non può essere completamente descritta in termini di processi mentali astratti, ma deve coinvolgere l'intero corpo del sistema vivente (cervello e corpo, incluso il sistema sensori-motorio per cui le capacità cognitive superiori emergono da questi legami tra sensorialità e motricità); b) è *incorporata*, non è cioè un evento isolato e separato dalla nicchia ecologica, ma ha strati di co-determinazione con gli aspetti fisici, sociali e culturali; c) è *estesa*, facendo parte del mondo ed estendendosi nel mondo; e d) è *enattiva*, essendo l'insieme di relazioni significative determinate da uno scambio adattativo bidirezionale tra la complessità biologica e fenomenologica delle creature viventi e gli ambienti che esse abitano e modellano attivamente. Per ulteriori approfondimenti sul MBPS/S cfr. il testo di Bolton e Girrett scaricabile gratuitamente al link <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-11899-0>.



il colloquio (cfr. Cap. 3) e la scelta di strumenti di assessment (cfr. Cap. 6), è, al contrario, possibile favorire un sistema di analisi delle componenti biologiche, psicologiche, spirituali, interpersonali, sociali e culturali nell'incontro con la persona in maniera **evidence-based** e **values-based** (QR Code 2.1).



In un contesto clinico, quindi, è necessario condurre il colloquio in maniera da esplorare in senso diacronico la storia della persona, avendo uno schema di riferimento che faciliti la messa a fuoco dei diversi elementi che caratterizzano, per quella persona, le suddette dimensioni, come indicato dalla esemplificazione clinica (Box 2.1 e Tab. 2.V).⁴⁵

BOX 2.1 • ESEMPLIFICAZIONE CLINICA

M. è una giovane di 23 anni inviata dallo psicoterapeuta per valutazione psichiatrica ed eventuale necessità di trattamento psicofarmacologico. È seguito in psicoterapia per gesti autolesivi (tagli alle braccia) e condizione di angoscia perdurante da mesi.

A livello familiare, i genitori sono in una fase di difficoltà relazionale, stando assieme per seguire la figlia e “temendo che noi ci si separi, ne risente e potrebbe uccidersi”. La madre ha sofferto di depressione post-partum e riporta di essere stata sempre molto apprensiva verso la figlia, che le ha dato sempre molte preoccupazioni prima per un Disturbo specifico dell'apprendimento (DSA), poi per la timidezza, la costante percezione di essere diversa dalle altre ragazze. Si sente in parte in colpa per non aver dato alla figlia “sempre, tutto quella che chiedeva, benché, abbia sempre soddisfatto tutte le sue richieste e non le abbia mai detto di no”. Il padre, affetto da patologia cardiaca diagnosticata all'età di 35 anni, ha alle spalle una storia complessa di abbandono dopo la separazione dei genitori, a causa della violenza del padre verso la madre (ricorda di aver assistito ad eventi drammatici in casa) con successivo sviluppo di una condizione di disturbo d'ansia che in certi periodi è più intensa, in particolare quando, come attualmente, la figlia crea uno stato di “emergenza continua”. Sia la madre che il padre considerano che la vita è stata ingiusta con loro.

La ragazza è stata seguita per DSA in età infantile e adolescenziale dai servizi di neuropsichiatria infantile, ha presentato nel corso degli anni difficoltà relazionali in parte legate al problema DSA, in parte legate ai tratti personologici via via sviluppatasi in cui emergeva un quadro di coping disfunzionale di fronte alle condizioni di sovraccarico emotivo. È riuscita a diplomarsi superando la condizione generale di distress e si è iscritta ad un corso di laurea sulla moda presso una Università in un'altra città, con un atteggiamento ambivalente (“voglio diventare una grande stilista”, “quando era bambina avrei voluto fare la veterinaria per occuparmi dei cani e dei gatti abbandonati”). Vi è stata nell'infanzia una serie di ricoveri prima per disturbi gastrointestinali, poi per sintomi rivelatisi secondari a un diabete giovanile, da allora curato in maniera regolare con insulina. Questo ha determinato un ulteriore senso di diversità. La percezione soggettiva di sé è stata fin da piccola improntata alla impotenza e alla inermità. Alcuni anni fa, la morte della nonna materna ha causato dolore nella famiglia e in M. per il rapporto molto stretto con la nonna (non ha frequentato la scuola per un mese, sentendosi depressa e perduta).

Nell'ultimo anno si sono create problematiche relazionale nel rapporto con un ragazzo che, da quanto riporta M., in parte la corteggia e in parte sembra non mostrare interesse speci-



co, frequentando come amica anche un'altra ragazza. In questa circostanza sono emersi pensieri di marcata inadeguatezza e spinta ad agire con gesti a carattere autolesivo (piccoli tagli alle cosce e alle braccia). La gestione della quotidianità è risultata complessa, in funzione di un sentimento cronico di vuoto e di timore di perdere il controllo, finendo con farsi male. Ne sono emersi uno stato misto di ansia e rabbia marcate e uno stato di demoralizzazione e di inutilità dell'esistenza ("ho dato tempo a lui due mesi per decidere e se entro il 31 maggio non ci mettiamo assieme, allora penso che mi ucciderò"; "questo mondo non è per me, io penso al bene degli altri, ad essere corretti e sinceri, gli altri invece sono meschini e ipocriti, il mondo è pura ipocrisia"). Considera la vita come luogo in cui si dovrebbe essere felici (come ritiene che tutti gli altri siano, diversamente da lei), non accettando l'idea di difficoltà, problemi, dolori, che se presenti la inducono ad interrogarsi sul senso della vita stessa. Recentemente, si è verificato un ulteriore evento di stress dato dalla disillusione con un'amica con cui avrebbe voluto fare un viaggio, che non si è realizzato per "una scusa" da parte dell'amica. M. è entrata in un cortocircuito emotivo con comparsa nuovamente di ideazione autolesiva, agita, come già in passato, procurandosi tagli ai polsi e altre parti del corpo e creando molto allarme nella famiglia e nello psicoterapeuta. In tale situazione, riporta di non essere stata in grado di chiedere aiuto ai genitori o al terapeuta né di andare, come era negli accordi e nel contratto con lo psicoterapeuta, al Pronto Soccorso psichiatrico ospedaliero o territoriale. Giustifica questo per il senso di vergogna, in parte per la volontà di voler minimizzare l'accaduto e in parte per la difficoltà di elaborazione degli eventi e dei conseguenti agiti, "perché ho un DSA".

Al colloquio M. si presenta tesa, pur se adeguata nella relazione e corretta nei modi. Emerge un evidente distanziamento nel descrivere quanto è accaduto, con scarsa partecipazione emotiva. Riporta le modalità con cui è partito il fenomeno di deregolazione emotiva, che collega alla ferita e alla delusione causata dall'amica ("che non è un'amica perché a questo punto è chiaro che se ne frega di me"). Questo ha attivato a sua volta un meccanismo di rabbia rivolta verso di sé e di odio (anche con il pensiero di essere lei stessa odiabile e odiata dagli altri). Sull'atto compiuto esprime atteggiamento ambivalente, con dispiacere per quanto è accaduto, ma con la netta percezione di poter essere travolta da un senso di inermità se situazioni analoghe dovessero ripetersi. È negata comunque ad investigazione diretta ed approfondita la presenza di pensieri francamente suicidari. Sono presenti deflessione dell'umore, apatia, lieve ed incompleta anedonia (riuscendo ad uscire con altre amiche e a parlare con loro, sentendosi supportata). Gli stili di coping risultano deboli con pervasivo senso di impotenza e con solo parziale capacità di riflessione su di sé e sulle azioni. Non sono presenti disturbi della percezione (illusioni, allucinazioni), mentre il pensiero risulta impoverito, con tendenza ad interpretare in senso lievemente persecutorio quanto accade e comunque con deformazione della analisi degli eventi del contesto e della catena degli eventi stessi (ad es. il pensiero e la sensazione di essere odiabile se rifiutata, perché diversa dagli altri).

CONCLUSIONI

Il MBPS/S, certamente trasformatosi rispetto a quanto proposto cinquant'anni orsono da

Engel, riguarda, in senso epistemologico, l'obbligo che la medicina definisca la sua identità ontologica: o è biopsicosociale/spirituale o non è medicina.⁴⁶ È pur vero che il MBPS/S



TAB. 2.V. Schema sintetico di riferimento per analisi del MBPS/S della esemplificazione clinica (pag. 34-35).

	Dimensione biologica	Dimensione psicologica	Dimensione sociale	Dimensione spirituale
Anamnesi familiare	<ul style="list-style-type: none"> Familiarità per disturbi psichici (madre e padre) Patologia cardiaca (padre) 	<ul style="list-style-type: none"> Depressione (madre) Ansia (padre) 	<ul style="list-style-type: none"> Contesto familiare iperpreoccupato e iperprotettivo Eventi di perdita 	<ul style="list-style-type: none"> Senso di ingiustizia del mondo Necessità di riscatto soddisfacendo ogni desiderio della figlia
Anamnesi individuale remota	<ul style="list-style-type: none"> Diabete d Tipo I DSA 	<ul style="list-style-type: none"> DSA trattato da servizi specialistici Introversione Fasi depressive 	<ul style="list-style-type: none"> Ricoveri ospedalieri Eventi di perdita (lutto per la morte della nonna) 	<ul style="list-style-type: none"> Necessità di essere sé stessi e di avere valori ma il mondo è ingiusto
Anamnesi individuale recente	<ul style="list-style-type: none"> Diabete mellito compensato 	<ul style="list-style-type: none"> Disregolazione emotiva Agisti autolesivi 	<ul style="list-style-type: none"> Clima familiare a rischio di separazione Evento di rifiuto (partner) 	<ul style="list-style-type: none"> Percezione di ipocrisia ed egoismo nel mondo
Situazione clinica attuale	<ul style="list-style-type: none"> Diabete compensato 	<ul style="list-style-type: none"> Disregolazione emotiva Agisti autolesivi Demoralizzazione Disturbo di personalità di area borderline 	<ul style="list-style-type: none"> Evento di rifiuto (amica) Ambivalenza su futuro e ruolo 	<ul style="list-style-type: none"> Senso di vuoto esistenziale. Tensione vita <i>vs</i> morte
Interventi	<ul style="list-style-type: none"> Insulina SSRI (prescritti) 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoterapia individuale (in corso) 	<ul style="list-style-type: none"> Intervento psicoeducazionale specifico per disturbi di personalità 	<ul style="list-style-type: none"> Supporto su aree valoriali ed esistenziali

è stato interpretato, nel tempo, in maniera spesso scorretta, rendendo, paradossalmente, dicotomico lo stesso modello. La lettura, infatti, secondo una linea interpretativa di tipo **“umanistico”** (MBPS/S come espressione della medicina umanizzata e dell’umanizzazione delle cure in funzione della centralità della persona e della relazione) non sarebbe compatibile con la lettura secondo una linea di tipo **“causale”** (il MBPS/S come espressione della medicina centrata in senso multifattoriale causale nel rapporto tra salute e malattia). È necessario, in realtà, far convergere queste due modalità interpretative in maniera che la medicina, in tutte le sue branche, inclusa la psichiatria, si esprima secondo il

MBPS/S a livello clinico: quindi, una modalità di approccio alla salute (e alla malattia), in termini preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi, e, al contempo, al sistema assistenziale affinché, “de-burocratizzando e personalizzando”, si riprenda il possesso, in un’ottica “umana”, della tecnologia e si eviti il rischio che questa abbia il sopravvento e porti inevitabilmente ad un riduzionismo meccanico e meccanicistico dell’uomo.⁴⁷

Evidentemente questo implica una formazione dei professionisti sanitari che a questo modello rimandi. Come abbiamo segnalato altrove⁴⁸ (cfr. anche Cap. 1), “*per quanto non via sia alcun dubbio che la genomica, la proteomica, la metabolomica, la farmacogenomica, la*



epigenomica e così via siano aree che in medicina esprimono le conquiste estremamente importanti della scienza a favore della salute dell'uomo, tuttavia, queste devono essere strumenti da usare per e con il singolo individuo, nella sua complessità (ad es., storia personale, eventi di vita, stili di coping, valori spirituali, modalità di espressione di sé nelle relazioni interpersonali) e nella propria rappresentazione individuale di salute e malattia, in quanto unico ed irripetibile essere nel mondo. In altre parole, una modalità di approccio che potremmo definire, in questo senso, 'personomica'. La "personomica", come l'abbiamo intesa, non indica, ovviamente, una ulteriore sotto-branca delle varie -omiche (panomics, appunto), semmai, la struttura che tutte le altre comprende: una modalità, cioè, che integri il concetto di medicina (e psichiatria) personalizzata (e di precisione) con la medicina (e psichiatria) della persona, favorendo per il singolo individuo, calato nella unicità e irripetibilità storica, quanto la ricerca ha messo a fuoco in questi anni nell'approccio alla salute (fisica e psichica) e alla malattia (fisica e psichica) (cfr. anche Cap. 3 per il concetto di "compassionomica").

In sintesi, la persona nella sua storia di processi biologici e psicologici, individuali, interpersonali e di contesto culturale in cui è cresciuto e vive, va declinata in termini di markers biologici, psicologici e sociali, nella loro complessità singola e di rapporto tra loro. Tutto ciò deve avvenire, sempre, secondo una modalità scientifica, come lo stesso Engel indicava in maniera chiara, affinché la medicina del MBPS/S non diventi un dogma: *"Il valore di un modello scientifico si misura [...] in base a quanto sia utile. Viene modificato o scartato quando non aiuta più a generare e testare nuove conoscenze. I dogmi, al contrario, mantengono la loro influenza attraverso l'autorità e la tradizione. Resistono al cambiamento e quindi tendono a promuovere l'opposizione e la promulgazione di dogmi rivali da parte di figure*

dissidenti. I contro-dogmi che vengono proposti in questi giorni in opposizione a dogmi biomedici sono chiamati medicina 'olistica' e 'umanistica'. Si qualificano come dogmi nella misura in cui rifuggono il metodo scientifico e si appoggiano invece a sistemi di fede e credenze tramandati da figure autorevoli remote e oscure o carismatiche. Tendono a mettere scienza e umanesimo in opposizione. Ma come ha dimostrato la storia stessa del modello biomedico, i progressi si fanno solo laddove si applica il metodo scientifico [...]. Il modello biopsicosociale estende tale quadro ad aree finora trascurate. [...] La cura dei malati richiede collaborazione e interazione fluida tra professionisti, con ruoli complementari e compiti da svolgere. Ciò è impossibile finché il modello dominante sarà uno che nega filosoficamente l'applicazione della scienza alla cura del paziente, pone scienza e umanesimo in opposizione e divide i professionisti della salute in un gruppo 'superiore' che cura le malattie e una razza 'inferiore' che si prende cura dei malati."

Domande e risposte di
autovalutazione



Bibliografia

1. Jaspers K.: Der Arzt im technischen Zeitalter. Universitas: Zeitschrift für Wissenschaft, Kunst und Literatur 1959;14(4):337-54 (Tr. It., Il medico nell'età della tecnica. Raffaello Cortina, Milano, 1991).
2. Cavicchi I: Stati generali della professione medica. 100 tesi per discutere il medico del futuro. Federazione Nazionale. Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, Roma, 2018.
3. Szasz A. Hollender M.H.: A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. AMA Arch Intern Med 1956;97(5):585-92.
4. Schneider P.B.: Psychologie médicale. Payot Édition, Paris, 1969.
5. Emanuel EJ, Emanuel LL.: Four Models of the Physician-Patient Relationship JAMA 1992; 267: 2221-2226.



6. Maunder RG, Hunter JJ. Assessing patterns of adult attachment in medical patients *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(2):123-30.
7. Berrios GE, Marková IS.: The concept of neuropsychiatry: a historical overview. *J Psychosom Res*. 2002;53(2):629-38.
8. Musci RJ, Augustinavicius JL, Volk H. Genome-Environment Interactions and Psychiatric Disorders *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(9):81. doi: 10.1007/s11920-019-1065-5.
9. Peedicayil J.: Gene-Environment Interactions in Psychiatry: Recent Evidence and Clinical Implications *Biomedicines*. 2023 Apr 19;11(4):1209. doi: 10.3390/biomedicines11041209.
10. Minkowski E.: *Traité de psychopathologie*, Presses universitaires de France, Paris, 1966 (Tr It. *Trattato di psicopatologia*, Feltrinelli, Milano, 1973; ristampa edita da Giovanni Fioriti, Roma, 2016).
11. Falloon IR. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*. 2003 Feb;2(1):20-8.
12. Falloon I.R.: *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*. Guida al lavoro con le famiglie. Erickson, Milano, 1992.
13. Zubin J, Spring B. Vulnerability--a new view of schizophrenia *J Abnorm Psychol*. 1977 Apr;86(2):103-26.
14. Demke E. The Vulnerability-Stress-Model-Holding Up the Construct of the Faulty Individual in the Light of Challenges to the Medical Model of Mental Distress. *Front Sociol*. 2022 May 23;7:833987.
15. Szas T.: *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. (Tr It a cura di Saba Sardi F.: *Il mito della malattia mentale: fondamenti per una teoria del comportamento individuale*, Milano: Il saggiatore, 1966).
16. Maunder RG1, Hunter JJ.: Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosom Med*. 2001;63(4):556-67.
17. Chambers J. The Neurobiology of Attachment: From Infancy to Clinical Outcomes. *Psychodyn Psychiatry*. 2017 Winter;45(4):542-563.
18. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
19. Wüthrich-Grossenbacher U. The Need to Widen the Concept of Health and to Include the Spiritual Dimension *Int J Public Health*. 2024 Apr 4;69:1606648.
20. Sulmasy DP. Spirituality, religion, and clinical care *Chest*. 2009 Jun;135(6):1634-1642.
21. Saad M, de Medeiros R, Mosini AC.: Are We Ready for a True Biopsychosocial-Spiritual Model? The Many Meanings of "Spiritual". *Medicines (Basel)*. 2017 Oct 31;4(4):79.
22. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N.J *Palliat Med*. 2014 Jun;17(6):642-56. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus.
23. World Health Assembly, 37. (1984). The spiritual dimension in the global strategy for health for all by the year 2000. *World Health Organization*. <https://iris.who.int/handle/10665/160950>.
24. Peng-Keller S., Winiger F., Rauch R.: *The Spirit of Global Health: The World Health Organization and the 'Spiritual Dimension' of Health, 1946–2021*, Oxford University Press, 2022.
25. WHO (World Health Organization). Fifty-Second World Health Assembly. 7 April 1999. Available online: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ew24.pdf
26. Sulmasy DP.: Physicians, Spirituality, and Compassionate Patient Care. *N Engl J Med*. 2024 Mar 21;390(12):1061-1063.
27. Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, *et al.*: Spirituality in Serious Illness and Health. *JAMA*. 2022;328(2):184-197.
28. Van Denend J, Ford K, Berg P, Edens EL, Cooke J.: The Body, the Mind, and the Spirit: Including the Spiritual Domain in Mental Health Care. *J Relig Health*. 2022;61(5):3571-3588.
29. Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health *Curr Opin Psychiatry*. 2014 Sep;27(5):358-63.
30. Moreira-Almeida, A.; Sharma, A.; van Rensburg, B.J.; Verhagen, P.J.; Cook, C.C. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry* 2016, 15, 87–88.
31. Rim JI, Ojeda JC, Svob C, Kayser J, Drews E, Kim Y, Tenke CE, Skipper J, Weissman MM. Current Understanding of Religion, Spirituality, and Their Neurobiological Correlate *Harv Rev Psychiatry*. 2019 Sep/Oct;27(5):303-316.
31. Rosmarin DH, Kaufman CC, Ford SF, *et al* The neuroscience of spirituality, religion, and mental health: A systematic review and synthesis *J Psychiatr Res*. 2022 Dec;156:100-113.
32. Saad M, de Medeiros R..Programs of religious/spiritual support in hospitals - five "Whies" and five "Hows" *Philos Ethics Humanit Med*. 2016 Aug 22;11(1):5.
33. Tournier P. *Médecine de la personne*. Neuchatel, Switzerland: Delachaux et Niestlé; 1940 (Tr. It. *Medicina della persona*, Borla, Roma 1992).