

textbook

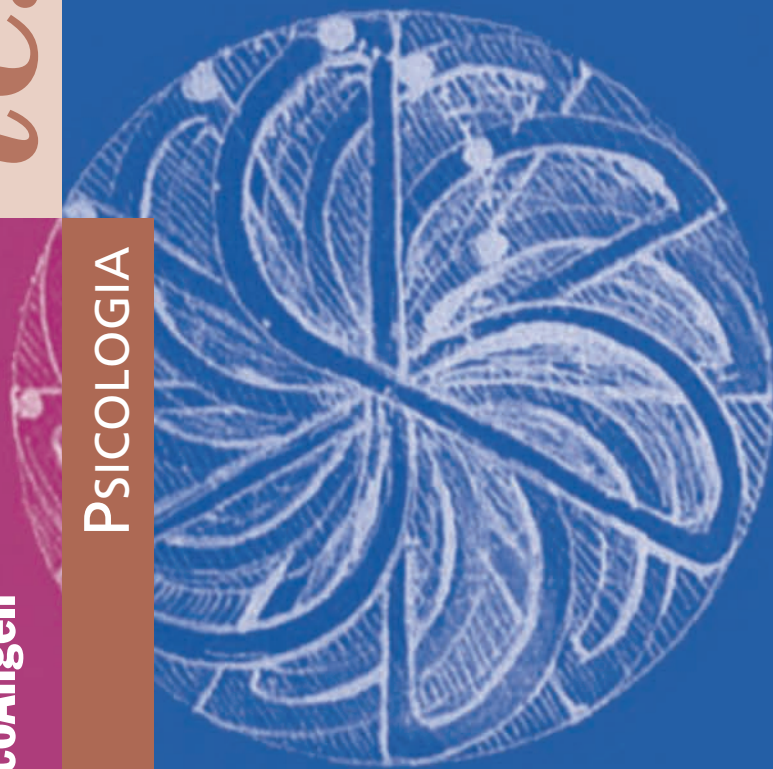
Paride Braibanti,
Valentina Strappa,
Anna Zunino

Psicologia sociale e promozione della salute

Volume I: Fondamenti psicologici
e riflessioni critiche

FrancoAngeli

PSICOLOGIA



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Paride Braibanti,
Valentina Strappa,
Anna Zunino

**Psicologia sociale
e promozione della salute**

Volume I: Fondamenti psicologici
e riflessioni critiche

FrancoAngeli

textbook

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.
L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

1. Psicologia sociale e psicologia della salute	pag.	9
1. Una prospettiva psico-sociale per le scienze della salute	»	9
1.1. Una breccia nello sguardo clinico: la frontiera del visibile o l'irriverenza del corpo	»	9
2. Psicologia sociale, intersoggettività e costruzione sociale della realtà	»	12
3. Un nuovo punto di vista sulla salute	»	17
3.1. Dall'approccio bio-medico al modello bio-psico-sociale	»	17
3.2. Verso il superamento del modello bio-psico-sociale	»	19
2. La persona, la malattia e la salute	»	23
1. Le origini del pensiero sull'eziologia della malattia: la Teoria umorale e il modello bio-medico	»	24
2. La prospettiva freudiana	»	26
3. L'approccio psicosomatico	»	27
4. Comportamenti, personalità e salute nel modello bio-psico-sociale	»	30
4.1. L'approccio sociocognitivo ai comportamenti rilevanti per la salute	»	30
4.2. La personalità: Tipi A, B, C, D	»	37
5. Un orizzonte di senso "complesso" per esplorare i comportamenti di salute	»	43
5.1. Il dibattito tra ricerca quantitativa e qualitativa	»	44

5.2.	La relazione tra soggettivazione e razionalizzazione: la salute come dimensione irriducibile alla sola dimensione oggettivo-nomotetica	pag. 46
5.3.	La dimensione di “senso” come orizzonte dell’agire dello psicologo affiancato alla necessità di circoscrivere quello stesso agire entro confini pragmatici	» 48
6.	Uno sguardo rivolto alla salute	» 49
7.	Verso un ripensamento critico della malattia	» 51
7.1.	Suffering	» 56
8.	Una riflessione su determinanti e pratiche sociali della salute	» 58
9.	Autonomia del soggetto, normalità e valori sociali	» 65
3.	La promozione della salute	» 67
1.	Educazione e promozione della salute	» 71
2.	Presupposti teorici della promozione della salute	» 73
2.1.	Precede/Proceed	» 75
2.2.	Logical Frameworks	» 78
2.3.	Il modello Pabcar	» 80
2.4.	Il modello a cinque stadi di organizzazione di comunità	» 81
2.5.	Community empowerment	» 82
2.6.	Alcune riflessioni	» 82
3.	Gli interventi di promozione della salute	» 84
4.	La promozione della salute nella comunità	» 86
4.1.	La salute della comunità: difficoltà di una definizione	» 87
4.2.	Gli aspetti fondamentali	» 89
4.3.	Gli elementi chiave dell’approccio di comunità	» 91
4.4.	Limiti e implicazioni	» 96
5.	La valutazione degli interventi	» 97
6.	Ecologia e promozione della salute	» 102
6.1.	Salute e malattia: la prospettiva ecologica	» 102
6.2.	Le ricerche sulla salute in una prospettiva ecologica	» 104
6.3.	Opportunità e sfide	» 107

4. L'incontro della psicologia e delle scienze della salute lungo i confini della città postmoderna. Quasi una conclusione	pag. 109
1. Luoghi e salute nella città postmoderna	» 110
1.1. Genius loci (spazio e luogo)	» 110
1.2. La città come malattia curabile	» 111
1.3. Città e medicalizzazione	» 112
1.4. La salute ha luogo	» 113
1.5. Ascesa e declino di megalopoli. Frammentazione sociale nella città post-industriale	» 113
1.6. Dalla relazione corpo-casa alla relazione città-cosmo	» 114
1.7. La trappola delle scienze della salute	» 116
1.8. Transdisciplinarietà e incontro con il territorio	» 117
2. La salute e i processi di cura	» 121
2.1. La cultura locale della cura come unità di analisi dell'intervento	» 127
3. Il confine tra sostegno psicologico e processo clinico: lo psicologo in ospedale	» 129
4. Psicologia della salute e processi formativi	» 134
4.1. La categoria dell'impegno e la promozione della salute nei processi dello sviluppo umano nel lavoro con gli adolescenti	» 134
4.2. Culture educative locali e promozione della salute	» 134
4.3. Il ruolo della promozione della salute nell'esplorazione di competenze di azione (life skills) e del loro impegno nella trasformazione dello stato delle cose	» 136
4.4. Salute e trattamento nella relazione tra insegnanti e studenti nell'esperienza carceraria	» 138
5. Ricominciare dallo sguardo di Igea	» 141
Bibliografia	» 143

1. Psicologia sociale e psicologia della salute

1. Una prospettiva psico-sociale per le scienze della salute

1.1. Una breccia nello sguardo clinico: la frontiera del visibile o l'irriverenza del corpo

Nel riprendere il mito delle due figlie di Esculapio, Panacea e Igea¹, Mario Bertini ricorda che:

Lo sguardo acuto di Panacea ha dominato la storia della medicina moderna e continua a illuminare il suo percorso, con grande giovamento di tutti. Non è certo in discussione lo sviluppo continuo delle sue arti. In discussione oggi è l'opportunità del suo procedere senza l'aiuto dell'altra figlia di Esculapio (Bertini, 2001, p. 11).

Lo sguardo di Panacea sembra oggi essere divenuto particolarmente penetrante e tuttavia, proprio nel momento in cui la medica sembra poter celebrare il proprio trionfo sul corpo, violandone l'intimità, appare imprevedibile una nuova insospettabile domanda di senso. Sembra che il dominio della medicina abbia pervaso ogni campo dell'agire e del vivere e che abbia insediato questa estesa capacità di controllo anche dei comportamenti sociali su un fermo dominio sul corpo, di cui è sempre più incontestabilmente in grado di disvelare i più minuti particolari, squarciando le frontiere del visibile e oltrepassando i limiti del pensabile.

Lo sguardo di Panacea mette oggi a fuoco l'interno del corpo con una

¹ “Nell'antica mitologia greca, Esculapio aveva due figlie: una si chiamava Igea e l'altra Panacea. Mentre quest'ultima rappresentava l'impegno continuo di ricerca e di 'cura' nei confronti della malattia in tutte le sue forme, la prima era conosciuta come la dea della salute e della prevenzione. Anche nella storia millenaria della medicina, si riconosce quindi il volto della salute e non solo quello della patologia” (Bertini, 2001, p. 11).

vividezza impensabile fino a pochi decenni fa. L'unico modo di vedere "dentro" al corpo dell'uomo, un tempo, era penetrarlo infliggendogli uno squarcio. Lo sguardo era violazione dell'integrità del corpo e incompatibile con la vita, per cui lo sguardo della medicina fin dall'inizio, fin dalla nascita della clinica, è stato uno sguardo sul corpo morto. Oggi lo sguardo clinico penetra il corpo vivo e lo attraversa. La superficie del corpo è resa "trasparente" allo sguardo della medicina. Così è possibile guardare "dentro" al corpo senza squarciarlo. Tuttavia sotto questo sguardo ciò che si vede non è più il corpo, ma l'organismo: sotto lo sguardo della medicina il corpo perde il suo valore simbolico e assume il valore crudo dell'organismo. Lo sguardo clinico restituisce dell'immagine il suo referente organico: si superano i confini del visibile, ma così facendo si rende forse invisibile il corpo.

Questa prospettiva apre un nuovo visibile e lo istituisce. Deprivato del simbolo, ridotto a un discorso oggettivo, il corpo avanza una nuova domanda di senso. Se, con Frege (1892), il **significato** è ciò a cui si riferisce il nome (l'oggetto) e il **senso** è il modo in cui l'oggetto ci viene dato nel nome, allora l'identità semantica del referente può coesistere con l'ambivalenza del senso². Ora, il problema è: come ci viene dato l'oggetto (il corpo, l'organismo) nel "discorso" della moderna medicina delle immagini?

Un passo indietro. A due anni il bambino impara a riconoscere la propria immagine allo specchio. È importante capire come avviene e cosa implica il riconoscimento di sé. L'immagine di sé si costituisce nell'incontro di un'eterocezione con una propriocezione (forse con la testimonianza di un'introcezione). In tal modo lo sguardo soggettivo si riconosce e si oggettiva come "ciò che di me è visibile dall'altro". Ciò che di me è visibile dall'altro si rende disponibile alla mia rappresentazione e io posso operare su di me per agire finalmente ed entrare in possesso del modo in cui l'io si rende rappresentabile.

Oggi ciò che nella medicina delle immagini si rende visibile dall'altro travalica i confini della superficie del corpo, ma non corrisponde a una propriocezione, a un'introcezione. Ciò che si rende visibile è il corpo malato o

² In *Senso e significato* Frege (1892) spiega con un semplice esempio la differenza tra senso (*Sinn*) e significato (*Bedeutung*): gli antichi chiamavano "Stella della sera" il primo astro a illuminarsi dopo il tramonto e "Stella del mattino" l'ultimo a rimanere visibile in prossimità dell'alba. Oggi noi sappiamo che in realtà si tratta dello stesso pianeta (Venere), che costituisce appunto il significato del nome, vale a dire l'oggetto a cui si riferisce, mentre le due espressioni (Stella della sera e Stella del mattino) indicano piuttosto il senso, esprimono un pensiero e un contenuto cognitivo diverso.

il corpo in quanto potenzialmente aggredibile dalla malattia, dalla degenerazione, dalla morte. Cioè, il riconoscimento del proprio interno che si è reso visibile dall'altro come parte visibile di sé (come nello specchio la superficie del corpo si istituisce come parte visibile di sé), implica il ricomporsi di un'esterocezione con una percezione, una rappresentazione riferibile a sé.

Ora, si può sostenere che questa percezione necessaria è l'esperienza della malattia, del dolore, della sofferenza. Senza questa percezione l'immagine del proprio interno ci viene data come oggetto, ma non si ricompona in un senso. Cioè l'oggetto non riesce veramente a esserci dato con un valore riconoscibile e l'immagine resta lontana, irraggiungibile, non ricomponibile in una rappresentazione integrata dell'io. È la malattia, il dolore, la sofferenza che attribuisce all'immagine il senso della sua ricomponibilità con l'io. Insomma, l'immagine interna del corpo ci dice della sua caducità, mortalità. Ci dà, cioè, del corpo o, meglio, dell'organismo, l'idea tangibile della sua morte.

E tuttavia la cifra della **sofferenza** costituisce un imprevisto e chiarisce forse la dimensione in cui va collocata la domanda di senso che l'immagine dell'interno apre all'attenzione dell'uomo. Domanda che si presenta come angoscia, non elaborabile, non contenibile.

Radley (2004) suggerisce che “*la sofferenza è muta*, perché spesso non può essere pronunciata, e che *la sofferenza è sociale*, poiché può essere conosciuta solo attraverso la compassione”. Egli propone che “è la compassione che dà forma alla sofferenza. Mentre i sentimenti delle persone potrebbero essere impossibili da spiegare, essi possono essere tuttavia riconosciuti nel rapporto con gli altri” (p. 31; cfr. il capitolo 2 del presente volume).

Ora si può forse comprendere che lo sguardo di Panacea, così come si è modificato nella storia della medicina degli ultimi 150 anni, lascia trasparire, oltre l'apparenza del corpo, una domanda di senso che è, in prima istanza, anche una domanda di *compassione* (dal latino *cum-pati*, condividere la sofferenza). La compassione che dà forma e senso alla sofferenza si istituisce in una relazione che dà alla sofferenza il proprio senso sociale, in cui l'angoscia è contenibile, elaborabile, ricomponibile. La sofferenza rende accessibile anche al sanitario la corrispondenza di un'immagine alla soggettività. E chiama in causa, in qualche modo, la soggettività stessa del medico.

Così il corpo come sintomo, in apparenza oggettivato e distaccato dalla sua valenza simbolica, torna a reclamare un'identità, una storia, una soggettività. Anche per questa via, dunque, la medicina incontra nuove do-

mande di senso e soggettività, che rendono meno attendibile l'approccio bio-medico e già reclamano di superare l'approccio bio-psico-sociale. Questa domanda propone al sapere medico un riposizionamento che iscrive la relazione terapeutica entro un quadro interumano in cui il paziente, il medico e l'équipe possano costruire un'alleanza, un'autodeterminazione.

L'immagine reclama l'autonomia del soggetto. Si istituisce come rappresentazione del corpo morente (mortale) ma apre uno sguardo verso la prospettiva del prendersi cura, della compassione, della costruzione della salute, accompagnando ciascuno ad assumere la posizione più consona alle proprie capacità. L'autodeterminazione implica un posizionamento entro una relazione con se stessi e una relazione con l'altro e si rende possibile entro un processo clinico in cui lo sguardo si renda disponibile alla compassione. Qui è necessario che il medico abbia la possibilità di accogliere le proprie dinamiche emotive, le proprie difese, rendendosi così più disponibile alla relazione con il paziente, all'incontro intersoggettivo. Allora nella medicina fa dunque breccia uno sguardo diverso – l'occhio della mente, lo specchio dell'anima – che restituisce al corpo la sua integrità nella persona.

Questo volume vuole rendere più percepibile uno sguardo diverso in cui la psicologia può aiutare a riconoscere l'autonomia come punto essenziale per un discorso sulla salute, ove rintracciare dimensioni di senso che legano il soggetto alle trame intersoggettive.

2. Psicologia sociale, intersoggettività e costruzione sociale della realtà

La psiche è l'anima, è il soffio vitale. La psicologia inizia il suo percorso interrogandosi proprio sull'anima, su ciò che rende l'uomo dotato di una capacità vitale. Gli Scolastici distinguevano tra anima e spirito nel senso che l'anima era ciò che sottostava alle espressioni vitali di un soggetto laddove lo spirito era ciò che sottostava alle espressioni cognitive. Ma in realtà la psicologia si occupa di entrambe le cose: di ciò che rende l'uomo capace di pensiero, di emozione, presenza, partecipazione; di ciò che permette il funzionamento delle sue funzioni vitali, cognitive e conoscitive. La psicologia a lungo è stata influenzata dall'impostazione razionalista di Cartesio che propone la mente in un duplice isolamento: il primo è quello di una mente isolata dal corpo, che si congiunge al corpo soltanto attraverso la ghiandola pineale, ma che vive isolata in una sorta di parallelismo con i processi percettivi che caratterizzano il corpo. La mente d'altro canto è isolata dalle altre menti, con cui non entra in contatto. La psicologia ha se-

guito in gran parte questa suggestione cartesiana, cioè l'idea che la mente dovesse essere in primo luogo studiata come una mente isolata, una mente il cui funzionamento, la cui capacità di relazione dipende dai propri meccanismi interni, dalle proprie modalità di funzionamento. La relazione che interviene con il corpo o che interviene con altre menti è una relazione fondata sull'autonomo funzionamento mentale considerato separatamente dagli altri individui e dalle altre dimensioni personali. La concezione della mente isolata è divenuta improponibile in psicologia. Lo studio isolato della mente non solo dà poco conto delle dimensioni relazionali ma non consente neppure di capire in profondità la stessa modalità di funzionamento e di organizzazione delle strutture e funzioni mentali.

La concezione di una mente non isolata e non isolabile rappresenta il punto di partenza della psicologia sociale, che si fonda proprio sulla non separabilità del funzionamento, dell'organizzazione e delle strutture della mente dai contesti sociali e dalle relazioni in cui queste strutture, queste organizzazioni e queste funzioni sono impegnate.

Ne consegue allora che la psicologia sociale ha proposto un punto di vista del tutto nuovo. La psicologia sociale non è una disciplina nuova, nasce in coincidenza con la nascita delle altre psicologie, soprattutto con la psicologia generale e la psicologia clinica. Inizialmente l'idea della non separabilità della mente dal corpo e della mente dalle altre menti sembra richiamare un compito di collegamento tra la psicologia e le altre scienze sociali. Il compito della psicologia sociale potrebbe essere rappresentato come il tentativo di mettere in connessione la psicologia, che studia la mente da dentro, con le scienze sociali come la sociologia o l'antropologia o l'economia, che studiano i comportamenti dal punto di vista soprattutto delle istituzioni, che regolano e organizzano le interazioni tra persone, tra soggetti. Potremmo dire così: la psicologia si occupa dell'individuo e del suo funzionamento, la sociologia si occupa delle istituzioni e delle modalità di organizzazione del sociale. Abbiamo allora bisogno di un ponte tra la psicologia generale e la sociologia ed ecco quindi la psicologia sociale, che si propone appunto come ponte tra queste due discipline. Questa rappresentazione ha qualcosa di vero soprattutto nelle sue motivazioni, perché dichiara da una parte l'insufficienza dello sguardo orientato solo sull'individuo e dall'altra l'insufficienza di uno sguardo orientato solo al sociale. Tuttavia, quando ci si occupa dell'incontro tra l'individuo e la società la psicologia sociale si accorge fin da subito che questo dominio non è affatto la somma delle conoscenze sull'individuo e di quelle sulla società. C'è

un dominio nuovo. Non si tratta di applicare le conoscenze sull'individuo alla società e viceversa, né di considerare l'influenza reciproca tra individuo e società, ma si tratta di scoprire un territorio completamente nuovo in cui l'incontro tra l'individuo e il sociale non è affatto pacifico. Le ideologie più individualiste vorrebbero che in qualche modo la società fosse l'espressione della somma degli individui e dei loro attributi e che quindi gli individui potessero determinare il funzionamento sociale. Altri approcci ideologici vedono invece l'individuo interamente determinato dalle dinamiche sociali, ossia secondo queste ideologie l'individuo trae le sue ragioni e le modalità di funzionamento interamente dal sociale. Sicché, per un verso basta studiare l'individuo e il suo funzionamento per comprendere la società e dall'altro basta studiare il modo in cui la società si dispone per capire i comportamenti dell'individuo.

Una delle più importanti teorizzazioni della psicologia sociale europea degli ultimi anni riguarda il fatto che tra l'individuo e la società sostanzialmente esiste una forma di conflitto, di tensione, di opposizione. La modalità specifica della psicologia sociale è allora lo studio di questa opposizione tra l'individuale e il sociale.

Per esempio, lo sviluppo del bambino, in questo senso, non va inteso come un apprendimento dei comportamenti e dei ruoli sociali, ma è una continua tensione tra il bisogno di individuarsi, di affermarsi come individuo, di esprimere i propri desideri, di affermare i propri bisogni e il bisogno sociale di ricondurre il bambino e i suoi comportamenti alle dinamiche sociali e di relazione.

Le culture sono diverse da questo punto di vista. Per esempio, nella cultura nordamericana lo sviluppo del bambino è considerato come un compito molto importante per la società e in modo particolare per i genitori che debbono il più presto possibile mettere il bambino nella condizione di essere indipendente nel sociale. I giapponesi hanno invece una concezione dello sviluppo esattamente opposta. Se in America il bambino nasce del tutto dipendente dagli altri e lo sforzo è quello di renderlo il più presto possibile indipendente, in Giappone si considera invece il bambino alla nascita come del tutto indipendente, cioè non in grado di tenere conto del comportamento degli altri e lo sforzo maggiore che viene fatto dai giapponesi è quello di ricondurre il bambino alla dipendenza e all'appartenenza. Queste due rappresentazioni opposte le vediamo anche nei comportamenti minuti per esempio nel sonno. Il bambino americano fin dall'inizio viene separato dalla mamma e viene messo a dormire nella propria stanza. Quindi questo è

uno stile di relazione che si premura di rendere il bambino sempre più autonomo rispetto ai genitori, costruendo un individuo indipendente. Dall'altra parte i bambini giapponesi dormono sistematicamente nel letto con entrambi i genitori fino al quattordicesimo anno di età quando immediatamente vengono messi nella loro stanza. Si insiste in questo caso sulla creazione della coesione. La società giapponese è la società della coesione mentre quella americana è la società dell'individuazione.

Individuazione e coesione sono tra l'altro le tensioni che accompagnano la vita dell'individuo. Sin dalla nascita gli individui sono oggetto di un processo che cerca di mediare tra dipendenza e autonomia e ciò che si verifica è la costruzione progressiva di contenitori, di strutture che contengano e regolino il contrasto tra il bambino in sviluppo e le richieste sociali al bambino stesso.

Noi siamo abituati a considerare la sicurezza e l'autonomia come due dimensioni con un rapporto complesso. In astratto noi possiamo dire che non c'è sicurezza laddove non ci sia autonomia. Sentirsi sicuri significa che io posso andare dove voglio, fare ciò che voglio in completa sicurezza. La piena sicurezza è l'esercizio pieno dell'autonomia. Ciò che limita l'autonomia limita anche il mio senso di sicurezza. Dal punto di vista del ragionamento autonomia e sicurezza non possono che essere congiunti.

Tuttavia, nello sviluppo del bambino, l'autonomia e la sicurezza sembrano invece divergere. La crescita del bambino sembra piuttosto contrassegnata da limitazioni dell'autonomia: quando il bambino comincia a camminare incontra quasi inevitabilmente il divieto. C'è quindi una contrarietà tra il bisogno del bambino di crescere in piena autonomia e il bisogno sociale di porre al bambino dei limiti. Bisogna quindi prendere atto che c'è fin dall'inizio una contrarietà tra l'autonomia del soggetto e le regole sociali, l'organizzazione sociale.

La tensione tra il sociale e l'autonomia del soggetto costituisce *il tema* della psicologia sociale (cfr. Moscovici, 1989).

Non è solo la spiegazione sociale dei comportamenti individuali oppure lo studio dell'influenza individuale sull'organizzazione sociale. È lo studio del modo in cui il sociale e l'individuale entrano in rapporto come una contrarietà. Compito della psicologia sociale è di consentire che questa contrarietà evolva nell'autonomia e nella libertà per le persone e per le organizzazioni sociali. La tensione della psicologia sociale è quindi l'orientamento alla liberazione delle risorse personali e dell'autonomia personale nelle organizzazioni sociali ma non facendo finta che ci sia una piena con-

sonanza tra la società e la persona. Il concetto di persona è introdotto nel diritto romano. Il diritto romano ha poi incontrato le tradizioni cristiane e insieme hanno costituito uno dei riferimenti del concetto di persona. Nel diritto romano il concetto di persona costituisce il “segnaposto” dei diritti, la persona è il soggetto in quanto titolare di diritti. In questa tradizione, che evolve fino ad assumere una fisionomia ben definita, la persona finisce con il congiungersi con l’idea stessa di volontà e di libertà: la persona è tale in quanto è dotata di libera volontà. Una tensione tra la persona dotata di libera volontà e la società è legata al fatto che la società tende a limitare la persona nella sua volontà libera. Lo studio della psicologia sociale è anche lo studio del modo in cui l’organizzazione sociale possa risolvere la contrarietà con la volontà individuale. Come e se questo sia possibile è tutto da vedere. Le discussioni che si stanno facendo in Italia in questi mesi sulla vita e sulla morte mettono in questione esattamente questo, ossia la distanza tra la volontà libera e l’esercizio della volontà libera.

Tuttavia, persona, libertà, volontà, limite, sono dei costrutti che l’uomo ha gradualmente guadagnato; non sono concetti che sono disponibili fin dall’inizio. Certamente l’uomo non ha concettualizzato la consapevolezza di sé immediatamente, ma l’ha progressivamente costruita anche nel radicarsi nella cultura e lo ha fatto diversamente nelle diverse culture. Non tutte le culture dicono *cogito ergo sum*.

Questi costrutti così complessi non sono dati indipendentemente dal corso sociale, sono essi stessi un prodotto di questa interazione, e di questa tensione tra l’individuo e la società. Ci troviamo di fronte a un apparente paradosso: per comprendere la relazione tra individuo e società noi utilizziamo concetti che non sono tutti ascrivibili alla spontanea costruzione individuale né tutti interamente depositati in una cultura astratta. I concetti di libertà, di uomo, di società dipendono dal modo in cui le culture hanno costruito queste concettualizzazioni e dal modo in cui esse vengono impegnate nella vita quotidiana. La psicologia sociale si occupa proprio di capire come descrivere, spiegare, regolare questa tensione.

▮ La psicologia sociale si occupa criticamente anche di se stessa.

Il rapporto tra la psicologia e la relazione tra l’individuo e la società non è sempre stato chiaro e lineare. Se compito della psicologia sociale è di promuovere l’autonomia e la libertà dei soggetti nella società, occorre riconoscere che non sempre essa ha operato in questa direzione. La dimensione riflessiva e critica della psicologia sociale si rivolge anche a se stessa cercando di studiare il modo in cui le organizzazioni sociali, così come si sono

storicamente e discorsivamente costruite, pongano limitazioni e creino subordinazioni tra soggetti. Ossia critica il modo in cui la società crea limitazioni, subordinazioni tra soggetti ma si occupa anche di mettere sotto critica quelle psicologie che sostengono nella società una visione subordinata e non libera del soggetto. Questo è il fondamento dell'orientamento critico che in questi anni impegna moltissimo la psicologia sociale. E l'impegna nel senso di richiamarla al suo compito originario di spiegare la relazione, la tensione tra l'individuo e la società, verso la liberazione dei soggetti e verso la riduzione o l'estinzione della subordinazione dell'uomo all'uomo. Per far questo c'è bisogno di un'altra psicologia, una psicologia consapevole, attenta, capace di dialogo interdisciplinare e cosciente della propria posizione nel mondo.

3. Un nuovo punto di vista sulla salute

Le traiettorie e le tensioni proprie della psicologia sociale delineate nelle pagine precedenti trovano nella psicologia della salute una peculiare contestualizzazione. Negli ultimi anni la psicologia della salute ha affrontato significativi processi di sviluppo teorico che l'allontanano da un orientamento riduzionista e di supporto alla medicina, per dirigersi verso più complesse concettualizzazioni fondate su approcci qualitativi, critici e costruttivisti, superando la prospettiva unilaterale del trattamento e della prevenzione e promuovendo una prospettiva di **costruzione della salute**. Ciò determina uno slittamento di enfasi dagli indicatori negativi (sintomi) a indicatori positivi di salute profondamente intrecciati al concetto di sviluppo e di crescita personale e sociale.

3.1. Dall'approccio bio-medico al modello bio-psico-sociale

Il modello bio-medico tradizionale, centrato sulla salute intesa come conformità rispetto alle norme di variabili biologiche misurabili, ha lasciato dunque il posto a un nuovo approccio bio-psico-sociale, che colloca la salute in una dimensione sistemica e multilineare.

L'assunzione fondamentale del modello bio-psico-sociale è che ogni condizione di salute o di malattia sia la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Engel, 1977, 1980; Schwartz, 1982). La concettualizzazione del nuovo approccio muove innanzitutto dalla consapevolezza di diversi punti di debolezza del modello bio-

medico, la cui sintassi si organizza attorno alla possibilità di rintracciare spiegazioni razionali dei processi di salute e di malattia. Essa si esercita nel compito fondamentale di identificare logiche lineari in grado di mettere in relazione gli agenti patogeni causali con le conseguenti evidenze mediche. In tale quadro, la guarigione rimane un concetto sullo sfondo, pensabile come esito auspicabile, ma non direttamente posta al centro dell'interesse della comunità scientifica. La retorica dominante è quella del modello bio-medico, che muove i suoi passi conoscitivi sul tavolo di dissezione anatomica, intravedendo la salute da lontano, attraverso la prospettiva del corpo deprivato della vita.

Engel (1977) rimprovera a questa visione innanzitutto la difficoltà di comprendere le relazioni causali tra condizioni somatiche e malattia. In molte condizioni epidemiologicamente rilevanti, per esempio, l'esposizione a un agente contagioso conduce solo in una percentuale di casi, e non nella totalità, allo sviluppo della malattia. Il modello bio-medico ignora i fattori sociali e psicologici che possono modulare l'efficacia della risposta del soggetto. Infine esso ignora completamente l'importanza della relazione tra medico e paziente nei processi di diagnosi e terapia come fattore che invece influenza fortemente gli esiti terapeutici.

La crisi del "paradigma" bio-medico ha aperto la strada a una più ampia considerazione dei fattori implicati nella salute, verso un approccio che tenga conto:

- a. dell'interazione nella configurazione dello stato di salute e di malattia tra processi che agiscono a livello macro (come l'esistenza di sostegno sociale o la presenza di depressione) e a livello micro (come squilibri a livello biochimico e cellulare);
- b. dalla natura multifattoriale sia delle cause che agiscono sulla salute e sulla malattia sia degli effetti che la salute e la malattia possono avere;
- c. della non distinguibilità della mente e del corpo nell'influenza sulle condizioni di salute di un individuo;
- d. la considerazione che la salute è un obiettivo che deve essere conseguito positivamente, mediante un'attenzione alle necessità di ordine biologico, psicologico e sociale, e non come uno stato che deve essere solamente salvaguardato.

Il nuovo paradigma interpreta quindi le condizioni di salute e malattia come prodotto ultimo di una complessa interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali. Tale inedito punto di vista sembra rendere conto in maniera più appropriata delle diverse forme patologiche che interrogavano la medicina ufficiale. A tal riguardo, Engel, nel 1977, riteneva più utile spiegare i processi di malattia alla luce dell'ipotesi della presenza di fattori di

rischio intervenienti piuttosto che nei termini di agenti causali diretti. Si era osservato, infatti, che l'esposizione a elementi patogeni conduceva solo in una percentuale di casi, e non nella loro totalità, allo sviluppo della malattia. Si percepiva, dunque, la necessità di reperire un orizzonte di senso più ampio, contraddistinto da una configurazione plurima di variabili che, nella loro reciproca disposizione, assumevano la valenza di fattore di rischio per il benessere psicofisico soggettivo.

La salute, in questa chiave, si ridistribuisce sull'intero arco della vita, portando, in alcuni casi, a rintracciare in stili di accudimento precoce i fattori di rischio per patologie insorte in epoche tardive. In armonia con il nuovo contesto culturale, anche la prevenzione deve inevitabilmente ridefinire le proprie prassi, inglobando all'interno della sintassi dominante le tematiche connesse agli stili comportamentali. In tale senso sembra muoversi nel 1946 la World Health Organization, quando definisce la salute nei termini di "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto come assenza di malattia o infermità".

Un'implicazione importante del modello bio-psico-sociale è l'esplicito riferimento al concetto di **sistema**, sviluppato da L. von Bertalanffy (1968), inteso come un'entità dinamica in cui le componenti sono in continua e reciproca interazione, in modo da formare un'unità o un tutto organico (cfr. Stone, 1987). L'opzione sistemica comporta sia la specificità di ciascun livello di organizzazione sia la necessità di indicare in modo preciso la natura delle relazioni e dell'interdipendenza tra i livelli di interazione.

3.2. Verso il superamento del modello bio-psico-sociale

Non sempre la formulazione originaria di Engel risponde con chiarezza a questi due requisiti. Per esempio, come sottolineano Zani e Cicognani (2000), in quella formulazione, fortemente ancorata alla *Social Cognition*:

il sociale è preso in considerazione come contesto esterno rispetto al soggetto, quest'ultimo visto essenzialmente come individuo che conosce ed elabora informazioni, compie attribuzioni, prende decisioni, valuta costi e benefici di un'azione. Non si riconosce al sociale alcun ruolo di partecipazione ai processi di costruzione della conoscenza, né viene posta al centro dell'attenzione la comprensione delle interdipendenze fra individuo e ambiente in una prospettiva dinamica e processuale (p. 21).

A un'attenta analisi, però, il nuovo orizzonte proposto da Engel, se pur innovativo, rimaneva, per molti aspetti, ancora implicitamente ancorato