

IL PARADIGMA BIOPSIICOSOCIALE

Il modello biomedico si rifà al riduzionismo: qualsiasi fenomeno complesso si può scomporre in problemi minori e più semplici che possono in ogni caso essere spiegati dalla biologia molecolare e dalla chimica. Riconducendo questo principio alla medicina, la malattia è qualsiasi deviazione dalla condizione di normalità e può essere riconducibile a cause naturali note o ignote. Qualsiasi anomalia si manifesta con sintomi che a loro volta hanno lo scopo di informarci della presenza di qualcosa che non funziona a dovere all'interno del nostro corpo e, infine, l'eliminazione della causa o dell'anomalia comporta sempre la guarigione del soggetto dalla patologia. È evidente che il soggetto e la sua esperienza perdono importanza, mentre il problema e la sua causa anatomica diventano i reali protagonisti di questo modello. Il riduzionismo era alla base del metodo scientifico dell'epoca utilizzato da Galileo e Newton che si basava sull'assunto che, una volta rimesse insieme le parti si potesse comprendere a fondo l'insieme.

Il secondo principio su cui si basa il modello biomedico è il dualismo corpo-mente sostenuto dalla chiesa e teorizzato da Cartesio. Sotto l'influenza del cristianesimo, il corpo era visto come un contenitore debole ed imperfetto dell'anima, una macchina il cui guasto poteva essere individuato e riparato. Vi è quindi la convinzione che mente e corpo siano due cose nettamente distinte e non deve quindi sorprenderci il fatto che venne concesso il permesso di studiare l'anatomia umana su cadavere con il divieto di analizzare il cervello e il comportamento dell'uomo, cosa che era ritenuta un affare religioso più che scientifico.

Il grande problema del modello biomedico è che è presto diventato parte delle credenze popolari, le limitazioni sono state accantonate ed è diventato una sorta di dogma. Il modello scientifico prevede che una teoria debba essere abbandonata quando non riesce a spiegare in modo adeguato e convincente tutti i dati raccolti. Questo non è successo per il modello biomedico poiché i fatti che non riuscivano a trovare spiegazione venivano forzati o, addirittura, esclusi. Questo porta a ricondurre ogni patologia esistente ad un'alterazione di un qualsiasi meccanismo fisiologico e, nel caso in cui non ne esista una, a non considerarla come patologia.

Negli anni 1977 George Engel pubblica per la prima volta su Science un articolo che mette in luce la necessità di un nuovo modello che ponga al centro la persona ed il suo contesto bio-psico-sociale. Egli descrisse una concezione di malattia e di patologia basata sulla teoria generale dei sistemi che denominò biopsicosociale nel quale rappresentava i sistemi combinati del campo biologico, psicologico e sociale, che insieme costituiscono la spiegazione della malattia.

La parte biologica viene comunque riconosciuta come importante ma, da sola, non è in grado di giustificare la varietà di presentazioni cliniche possibili. È quindi necessario prendere in considerazione anche il contesto in cui si trova il paziente, le sue credenze ed aspettative e l'influenza della società che lo circonda.

Questo nuovo modello riconosce che la realtà è qualcosa di complesso e, se da un lato, semplificarla è utile per poterla studiare ed analizzare, dall'altro dobbiamo ricordare che per poter comprendere ciascun soggetto e la sua esperienza unica dobbiamo avere necessariamente una visione globale ed un approccio multifattoriale!

¹ Psicologo, psicoterapeuta, socio dell'Alleanza per la Salute Mentale

Il modello pone quindi l'individuo ammalato al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili. Per comprendere e risolvere la malattia il clinico deve occuparsi non solo dei problemi di funzioni e organi, ma deve rivolgere l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali, familiari dell'individuo, fra loro interagenti e in grado di influenzare l'evoluzione della malattia. Il modello biopsicosociale si contrappone al modello bio-medico, secondo il quale la malattia è riconducibile a variabili biologiche che il clinico deve identificare e correggere con interventi terapeutici mirati.

Questo nuovo modello riconosce che la realtà è qualcosa di complesso e, se da un lato, semplificarla è utile per poterla studiare ed analizzare, dall'altro dobbiamo ricordare che per poter comprendere ciascun soggetto e la sua esperienza unica dobbiamo avere necessariamente una visione globale ed un approccio multifattoriale. L'individuo ammalato è posto al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili.

Modello biomedico	Modello biopsicosociale
<ul style="list-style-type: none"> - Approccio mirato all'organo corpo - Focalizzazione sul medico - Chiara attribuzione e separazione dei ruoli - Base del modello: difetto della macchina uomo - diagnosi di malattia - Cura della malattia - Ricerca della compliance del paziente - Follow-up periodici per controllo malattia 	<ul style="list-style-type: none"> - Prospettiva di cura a più livelli sia biologica sia psicosociale - Focalizzazione sul paziente - Ruoli interattivi e mutevoli - Base del modello: consulenza della salute - Diagnosi dei bisogni che scaturiscono dalla malattia Piano di cura e assistenza - Attivazione della partecipazione del paziente e della sua famiglia - Erogazione di interventi di cura e assistenza integrati e continui

Per comprendere e risolvere la malattia il clinico deve occuparsi non solo dei problemi di funzioni e organi, ma deve rivolgere l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali, familiari dell'individuo, fra loro interagenti e in grado di influenzare l'evoluzione della malattia. In particolare, possiamo considerare diversi aspetti caratterizzanti qui sotto sintetizzati.

Contesto di salute e malattia. Un'indagine contestualizzata su salute e malattia fornisce molte più informazioni preziose di un'indagine condotta in isolamento. Piuttosto che scindere la mente dal corpo, focalizzando l'attenzione su quest'ultimo, questo approccio integra i sistemi bio-fisiologici con livelli più "mente-simili". I sottosistemi che sono posti al centro nel modello medico (biologico, fisiologico, organico) non vengono ignorati o squalificati nel modello biopsicosociale; al contrario questo approccio è inclusivo e non esclusivo, per quanto concerne gli ambiti di studio.

Lo sviluppo di malattie e patologie. Interferenze nell'interazione tra sistemi può dare origine a processi che alterano l'organizzazione di base. Le interferenze possono derivare da stress che si presenta quando le richieste del contesto eccedono la capacità di un particolare sistema di far fronte alle richieste. Questo può avvenire a qualsiasi livello (sistema immunitario, sistema familiare) e propagarsi agli altri. Se le risorse supplementari necessarie per far fronte al problema non sono disponibili, la capacità di funzionamento del sistema può essere limitata ed essere fonte di difficoltà.

Piuttosto che ricercare ed identificare una singola causa di malattia, si presume che molteplici fattori abbiano creato il contesto per la malattia. Nel modello biomedico, tutte le malattie, fisiche o psichiche, sono il risultato di una disfunzione a livello biofisiologico. Nel modello biopsicosociale,

non tutte le malattie derivano sistematicamente da una disfunzione in un sistema piuttosto che in un altro.

Ambito e metodologia di indagine. L'ampiezza e la profondità dei contesti dei pazienti sono l'ambito di indagine per l'operatore biopsicosociale. Il suo lavoro inizia con la comprensione dei sintomi all'interno del loro contesto. A differenza dell'approccio biomedico secondo cui si identificano le caratteristiche, si categorizzano i sintomi e si fa la corretta diagnosi, nel modello biopsicosociale le lenti che orientano l'indagine sono le interazioni, i legami e le relazioni.

Grazie alla valutazione dei processi e delle proprietà del sistema, si evidenziano punti di forza e risorse. A differenza della ricerca di patologie, l'identificazione dei punti di forza fornisce una migliore comprensione di come i sistemi hanno precedentemente messo in atto processi di autoguarigione.

Il sistema relazionale come paziente. Il modello biomedico ha istituzionalizzato il concetto per cui una persona, l'individuo con la malattia, è il paziente. Secondo l'ottica biopsicosociale, il concetto di individuo ha un altro significato in quanto fa parte di una rete di relazioni, famiglia, amici e comunità: il concetto di paziente si espande e si contrae a seconda delle persone coinvolte in quella particolare problematica in un determinato momento.

Quand'anche, per esempio, un medico dovesse vedere una persona in un incontro clinico, dovrebbe mantenere una cornice sistemica e cioè l'ambito di cura dovrebbe spostarsi velocemente al di là della persona per comprendere il contesto della rete di relazioni più intime.

Rete di cura. Così come il concetto del singolo paziente si amplia riconoscendo che tutta la famiglia è coinvolta nei processi di salute e malattia, anche l'idea del professionista singolo come unica fonte di cura deve cambiare. L'approccio biomedico spesso pone i singoli pazienti in svariate situazioni di relazioni con diversi operatori, senza alcun coordinamento. Molti pazienti trovano queste cure frammentarie e confusive.

Nell'approccio biopsicosociale, l'obiettivo è di formare un gruppo di lavoro che comprende le persone chiave dei sistemi degli operatori e del paziente. Avviene uno spostamento dall'"orientamento alla specializzazione" verso un approccio orientato alle "cure primarie", in cui un medico generico oppure un'infermiera crea un'alleanza con i pazienti e le famiglie.

A differenza dell'attuale modello di "conduzione del professionista" in cui il paziente assume un ruolo passivo, il paziente partecipa attivamente alle decisioni cliniche. I professionisti della salute offrono la loro competenza, basata sulla ricerca e l'esperienza clinica ed i pazienti portano la loro competenza basata sulla loro esperienza, la conoscenza del proprio corpo, le loro relazioni, i loro principi e valori culturali.

In questo approccio, le relazioni umane tra gli operatori e tutti i membri del sistema del paziente sono il nucleo di cura. La cura della salute piuttosto che esser una applicazione di conoscenze scientifiche alla malattia, si affida all'interazione umana per poter essere efficace.

L'operatore in quanto persona. Poiché l'approccio medico presuppone la riserva di conoscenza cliniche di un operatore sia uguale a quella di un altro, non è necessario prendere in considerazione una variabilità individuale di applicazione o interpretazione. Nel modello biopsicosociale, invece, la persona dell'operatore è inestricabilmente legata al processo di diagnosi e cura, anzi ogni singolo operatore apporta risorse particolari alla relazione.

I professionisti della salute hanno modelli personali di cura che orientano le loro decisioni cliniche. Questi modelli si basano su premesse spirituali e filosofiche che sono significative per il singolo operatore; si sono sviluppati attraverso l'esperienza con le loro famiglie, la loro formazione personale e la loro esperienza clinica.

Ignorare l'esistenza delle potenti risorse personali che gli operatori portano nella relazione, oppure vederle solo come problematiche controtransferali negative da arginare, porrebbe dei limiti all'intervento dell'operatore e toglierebbe al paziente la possibilità di interagire con gli esseri umani reali, con i loro pensieri ed i loro sentimenti.

Storie e significati. Non sono solo i professionisti ad avere dei modelli di cura, li hanno anche i pazienti. I modelli di salute e malattia guidano le persone alla comprensione del perché si sono ammalate, che cosa devono fare per guarire, qual è il ruolo di chi cura per professione e quali sono i loro stessi ruoli e quelli delle loro famiglie. Tali modelli possono variare in maniera significativa all'interno di una stessa società, cultura e perfino di una stessa famiglia.

Il modello biopsicosociale esamina il modo in cui diverse persone in famiglia attribuiscono significato alla malattia. Poiché questo è costruito culturalmente, gli operatori devono scoprire in che modo i pazienti costruiscono una narrativa sulla propria malattia. Questa esplorazione non di rado mette in evidenza delle incongruenze all'interno delle costruzioni di uno stesso individuo e delle differenze tra le narrazioni dei vari membri di una stessa famiglia.

L'analisi delle storie che sono tra loro in rivalità o in conflitto spesso rivela delle incomprensioni tra le persone che hanno portato ulteriore sofferenza ad un episodio di malattia già di per sé dolorosa. Senza un'esplicitazione dei diversi punti di vista, le incomprensioni che ne derivano possono aumentare la sofferenza di tutti.

Da un modello di guarigione ad un modello di cura. Il modello biomedico insegna che l'operatore deve guarire dalla malattia. Quando ciò non è possibile, gli operatori ed i pazienti provano spesso un senso di fallimento. In un'era di malattie croniche, le possibilità di guarigione sono meno frequenti di quanto vorrebbero sperare sia gli operatori sia i pazienti.

Le malattie croniche e fatali spesso portano sentimenti di paura, perdita, isolamento e perdita di controllo. Il processo di cura comporta fornire alle persone i mezzi per affrontare questi aspetti dell'esperienza di malattia. La cura è una meta sempre auspicabile e raggiungibile, indipendentemente dal fatto che sia possibile la guarigione. Le cure tentano di creare nel rapporto paziente-operatore un contesto per dare significato alle esperienze attuali e produrre dei cambiamenti in altre relazioni al fine di rafforzare il senso di controllo ed i legami.

Processi di cura. Per promuovere i processi di cura gli operatori devono creare un contesto per un processo reciproco di riflessione e di azione. Per fare ciò, gli operatori dovrebbero agire da facilitatori, aiutando tutti ad esplicitare aspetti significativi dei loro punti di vista (modelli generali di salute, storie specifiche sulla condizione di salute mentale). Questa esternazione della realtà interiore di ogni singolo permette di costruire un progetto comune e di avere un punto di riferimento condiviso per la valutazione del processo di cura.

L'operatore aiuta i pazienti ed i familiari a sentire che possono avere un controllo sul decorso clinico piuttosto che prendere su di sé il controllo totale della situazione. È questo il vero senso del processo di *empowerment*: non si tratta di un operatore che dà ai pazienti ed alle loro famiglie un potere che non hanno più.

Aiutando le famiglie ad esplicitare il significato che attribuiscono ad una particolare malattia, gli operatori possono chiarire i conflitti ed aiutare a costruire un modo di vedere condiviso che sia significativo per tutti. Attraverso la creazione di un contesto per l'esplorazione reciproca, si rende possibile identificare le sequenze improduttive. Gli operatori ed i pazienti possono studiare gli interventi per perturbare queste sequenze ed introdurre schemi di comportamento più creativi.

L'enfasi sulla generazione di contesti di cura attesta la sacralità delle relazioni. Un obiettivo del sistema di cura è di sostituire il senso di isolamento, frammentazione e scissione con un senso di appartenenza e interdipendenza. Il processo di cura è un processo di trasformazione, dallo sperimentare aspetti discreti della malattia (malattia, dolore, isolamento) alla partecipazione ad una rete di compassione, cura e connessione.

Recentemente nella letteratura sanitaria, la sacralità dell'approccio biopsicosociale è stata ridotta semplicemente all'approfondire le idee spirituali del paziente o al chiedersi se il professionista dovrebbe prescrivere una preghiera. Questo livello di analisi rischia di parcellizzare e banalizzare la sacralità, riducendola ad un'altra parte discreta dell'esistenza umana degna di uno studio riduzionistico.

Bibliografia

- Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, et al., *Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations*, AJNR Am J Neuroradiol. 2015;36(4):811-6
- Engel GL. *The clinical application of the biopsychosocial model*, Am J Psychiatry. 1980;137(5):535-44.
- Engel G., *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, in Science, 1977, n. 196, pp.129-136
- de Bernart R., *La formazione all'approccio biopsicosociale: l'esperienza italiana*, in Cigoli V., Mariotti M. (a cura di), *Il medico, la famiglia e la comunità: l'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia*, F. Angeli, 2002, pp. 171-195
- Fillingim RB., *Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal*, Pain. 2017;158 Suppl 1: S11-S18.
- Infrasca R., *Personality structure in healthcare professionals in psychology-psychiatry*, Clinical Management Issues 2020, 14(1):21-26
- Kendel E., *A New Intellectual Framework for Psychiatry*, Am J Psychiatry, 1998, 155:457-469
- Marmot M., *Social determinants of health inequalities*, Lancet, 2005, 365:1099-1104
- Moja E.A., Poletti E., *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti. La comunicazione medico-paziente e tra operatori sanitari*, Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio III, 2016
- Stilwell P., *An enactive approach to pain: beyond the biopsychosocial model*, Phenomenology and the Cognitive Sciences, 2019.

