

Da "Nucleo monografico sul saggio di George L. Engel: la necessità di un nuovo modello di medicina: una sfida per la biomedicina" pubblicato in AeR-Abilitazione e Riabilitazione, Anno XV - N. 1 - 2006 a cura di Cesare Albasi e Carlo Alfredo Clerici

Traduzione e pubblicazione autorizzata di: George L. Engel, The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science (1977), 196(4286):129-136. Copyright 1977 AAAS. Ref # 05-13638;21 febbraio 2006. La presente traduzione italiana è stata curata da Carlo Alfredo Clerici, Cesare Albasi, Simona Verrastro

LA NECESSITA' DI UN NUOVO MODELLO DI MEDICINA: UNA SFIDA PER LA BIOMEDICINA

GEORGE L. ENGEL

Riassunto.

In questo articolo pubblicato originariamente su Science nel 1977, l'Autore afferma che il modello dominante di malattia è quello biomedico. Tale modello non lascia spazio al proprio interno alle dimensioni sociali, psicologiche e comportamentali inerenti la malattia. Nelle intenzioni dell'Autore, il modello biopsicosociale qui proposto potrebbe fornire un indirizzo programmatico per la ricerca, una cornice di riferimento per l'insegnamento ed un modello per intraprendere azioni concrete nel mondo delle cure sanitarie.

Durante un recente congresso sulla formazione psichiatrica, molti psichiatri sembravano dire alla medicina "Per favore riprendici con te e noi non ci allontaneremo mai più dal 'modello medico". Secondo il parere critico di uno psichiatra, tutto ciò dipende dal fatto che "la psichiatria è diventata un miscuglio di opinioni non scientifiche, di filosofie e 'scuole di pensiero' assortite, un insieme indistinto di metafore, di ruoli indefiniti, una forma di propaganda, politicizzazione della salute mentale e perseguimento di altri fini esoterici" (Ludwig, 1975). In netto contrasto, il resto della medicina appare ordinato e preciso. La medicina ha infatti solide basi nelle scienze biologiche, enormi risorse tecnologiche al suo servizio e un primato di straordinari progressi nel chiarire i meccanismi della malattia e nel pianificare nuovi trattamenti. Sembra che la psichiatria stia facendo di tutto per imitare le discipline mediche sorelle e abbracciare così una volta per tutte il modello medico della malattia. Io non accetto una tale premessa. Sostengo piuttosto che tutta la medicina sia in crisi, e inoltre, che la crisi della medicina derivi dallo stesso difetto di base della psichiatria, vale a dire, l'aderenza ad un modello centrato sulla malattia che non è più adeguato ai compiti scientifici ed alle responsabilità sociali sia della medicina che della psichiatria. L'importanza del modo in cui i medici concepiscono la malattia deriva dal fatto che tale concetto determina sia quali confini di responsabilità professionale siano da considerarsi appropriati, sia il modo in cui tali confini influenzano gli atteggiamenti ed i comportamenti verso i pazienti. La crisi della psichiatria ruota attorno al chiedersi se le categorie delle sofferenze umane di cui si occupa sono o meno da considerarsi propriamente "malattia" nell'accezione comune del termine, e, se l'esercizio dell'autorità tradizionale del medico sia o meno appropriato alla sua funzione di aiuto. La crisi della medicina deriva dall'inferenza logica che porta a definire la "malattia" solo in termini di parametri somatici, cosicché i medici non sono tenuti ad occuparsi delle istanze psicosociali in quanto queste ricadrebbero al di fuori della responsabilità e dell'autorità della medicina. Ad un recente seminario della Fondazione Rockefeller sul concetto di salute, un autorevole partecipante esortò la medicina a "concentrarsi sulle 'reali' malattie e a non perdersi nel sottobosco psicosociologico. Il medico non dovrebbe essere assillato da problemi che sono insorti in seguito all'abdicazione di teologie filosofi". Un altro partecipante chiamato a "distribuire gli elementi organici della malattia dagli elementi psicosociali del malfunzionamento umano", sostenne che la medicina dovrebbe avere a che fare solo con i primi.

1. Le due posizioni

Gli psichiatri hanno risposto alla crisi abbracciando due posizioni apparentemente opposte. Una vorrebbe semplicemente escludere la psichiatria dal campo della medicina, mentre l'altra vorrebbe aderire in modo rigoroso al "modello medico" e limitare il campo della psichiatria ai disordini comportamentali conseguenti a disfunzioni cerebrali. La prima posizione è esemplificata negli scritti di Szasz ed altri, dove si sostiene che "la malattia mentale è un mito" in quanto non si adatterebbe al concetto condiviso di malattia (Szasz, 1961). I sostenitori di questa posizione invocano la rimozione delle funzioni ora svolte dalla psichiatria dalla giurisdizione culturale e professionale della medicina e la loro ricollocazione in una nuova disciplina basata sulla scienza del comportamento. Di conseguenza la medicina sarebbe responsabile del trattamento e della cura della malattia, mentre la nuova disciplina dovrebbe occuparsi della rieducazione di persone con "problemi esistenziali". La premessa implicita in questa argomentazione è che pur costituendo il modello medico la cornice sottostante entro cui comprendere e trattare la malattia, esso non sarebbe rilevante riguardo ai problemi comportamentali e psicologici classicamente considerati di pertinenza della psichiatria. I disturbi direttamente ascrivibili a malattie cerebrali verrebbero quindi presi in carico dai neurologi, mentre la psichiatria in quanto tale sparirebbe come disciplina medica. La posizione opposta, strettamente aderente al modello medico, diviene caricaturale nella descrizione di Ludwig dello psichiatra visto come medico (Ludwig, 1975). Secondo Ludwig, il modello medico afferma "che una sufficiente deviazione dalla norma costituisce malattia, che la malattia è dovuta a cause naturali conosciute o sconosciute e che l'eliminazione di tali cause avrà come risultato la cura o il miglioramento dei singoli pazienti". Pur riconoscendo che la maggior parte delle diagnosi psichiatriche possiede un minor livello di convalida rispetto alla maggior parte delle diagnosi mediche, egli aggiunge che esse non sono "qualitativamente differenti a condizione che la malattia mentale sia considerata derivare in gran parte da cause 'naturali' piuttosto che da cause metapsicologiche, interpersonali o sociali". Si possono definire "naturali" le "disfunzioni biologiche cerebrali, di natura biochimica o neurofisiologica". Mentre "i disordini derivanti da problemi di vita, le reazioni di adattamento sociale, i disturbi del carattere, le sindromi da dipendenza, le depressioni esistenziali e varie altre condizioni socialmente devianti dovrebbero essere escluse dal concetto di malattia mentale in quanto tali disturbi insorgono in individui che presentano funzioni neurofisiologiche presumibilmente intatte e sono prodotti primariamente da variabili psicosociali". Questi "disturbi non psichiatrici" non costituiscono ciò di cui deve occuparsi il medico-psichiatra ed è quindi più appropriata la presa in carico da parte di figure professionali non mediche. Riassumendo, la psichiatria lotta per chiarire il suo status all'interno del mainstream medico e per chiarire se davvero appartiene del tutto alla medicina. Il criterio in base al quale si suppone possa essere risolta tale questione continua ad essere il grado di congruenza tra il campo di attività della psichiatria e l'attuale modello medico di malattia. Ma il punto cruciale a tal riguardo è un altro: essendo il modello contemporaneo già da tempo non più adeguato per la medicina, lo è ancor meno per la psichiatria. Forse allora la crisi della psichiatria fa parte di una più ampia crisi che ha le sue origini nel modello stesso. E se le cose stanno così, sarebbe imprudente per la psichiatria abbandonare prematuramente il proprio modello a favore di un altro che potrebbe essere a sua volta difettoso.

2. Il modello biomedico

Oggi il modello dominante di malattia è quello biomedico, con la biologia molecolare come disciplina scientifica di base. Questo modello assume che la malattia venga interamente spiegata dalle deviazioni rispetto alla media di variabili biologiche (somatiche) misurabili. All'interno di questa cornice non trovano spazio le dimensioni sociali, psicologiche e comportamentali della malattia. Il modello biomedico non solo ritiene che la malattia debba essere trattata come un'entità indipendente dal comportamento sociale, ma rivendica anche che le aberrazioni comportamentali siano spiegate sulla base di processi somatici alterati (biochimici o neurofisiologici). In questo modo, il modello biomedico abbraccia sia il riduzionismo, la visione

filosofica secondo cui i fenomeni complessi derivano in ultima analisi da un singolo principio primario, sia il dualismo mente-corpo, ossia la dottrina che separa il mentale dal somatico. Qui il principio riduzionistico primario è di tipo fisicalista, il che significa ritenere che i linguaggi della chimica e della fisica siano in definitiva sufficienti per spiegare i fenomeni biologici. Dal punto di vista riduzionistico, gli unici strumenti concettuali e sperimentali in grado di descrivere e studiare i sistemi biologici sono quelli della fisica naturale (Rosen, 1972). Il modello biomedico fu ideato da medici scienziati nell'ambito dello studio delle malattie. Era perciò un modello scientifico, ossia includeva una gamma di presupposti condivisi e di regole di condotta basate sul metodo scientifico, e inoltre costituiva lo schema di riferimento per la ricerca. Ma non tutti i modelli sono scientifici. Infatti, in una così ampia definizione, un modello non è altro che un sistema di credenze utilizzato per spiegare i fenomeni naturali e per dare un senso a ciò che è sconcertante o disturbante. Più i fenomeni sono socialmente distruttivi o individualmente sconvolgenti, più si fa pressante il bisogno di creare sistemi esplicativi. Tali sforzi interpretativi sono dispositivi finalizzati all'adattamento sociale. La malattia esemplifica in modo eccellente l'urgenza di spiegare una categoria di fenomeni naturali (Fabrega, 1973). Come Fabrega ha puntualizzato, "malattia" nel suo significato generico è un termine linguistico usato per riferirsi ad una certa classe di fenomeni a cui sono stati esposti i membri di tutti i gruppi sociali nelle diverse epoche storiche. "Quando le persone di varie appartenenze intellettuali e culturali usano termini analoghi a 'malattia', hanno in mente, tra le altre cose, che il fenomeno in questione coinvolge una tipologia media di persona, danneggiata dalla malattia, e una deviazione o discontinuità nociva o indesiderabile ... associata con incapacità o malessere" (Fabrega, 1975b). Quando tale condizione non è una condizione desiderata, insorge il bisogno di azioni correttive. Queste ultime richiedono tanto credenze e spiegazioni riguardo alla malattia, quanto regole di condotta per razionalizzare le azioni correttive. A loro volta le azioni correttive costituiscono dei dispositivi socialmente adattivi, sia per il singolo individuo che per l'ambiente sociale in cui la persona ammalata vive, finalizzati a risolvere la crisi e le incertezze che circondano la malattia (Fabrega, 1975a). Tali sistemi di credenze sulla malattia di derivazione culturale sono anch'essi dei modelli, ma non di natura scientifica. Questi modelli possono essere definiti popolari o folcloristici. In quanto sforzi finalizzati all'adattamento sociale, contrastano con i modelli scientifici che sono primariamente designati a promuovere la ricerca scientifica. Il fatto storico che dobbiamo affrontare è che nella moderna società occidentale la biomedicina non ha solamente fornito una base per lo studio scientifico della malattia, ma è anche diventata la nostra specifica prospettiva culturale riguardo alla malattia, cioè, il nostro modello folcloristico. Infatti, in Occidente, il modello biomedico è ora diventato il modello popolare dominante di malattia (Fabrega, 1975a; Fabrega, 1975b). Nella nostra cultura le attitudini e i sistemi di credenze dei medici vengono plasmati da questo modello ancor prima che essi intraprendano la loro formazione professionale, che a sua volta lo rinforza, e senza che vi sia la necessaria chiarificazione su quanto l'adozione del modello finalizzata all'adattamento sociale contrasti con il suo uso finalizzato alla ricerca scientifica. Il modello biomedico è così diventato un imperativo culturale e le sue limitazioni sono state semplicisticamente trascurate. In breve, il modello ora ha acquisito lo status di dogma. In ambito scientifico, un modello viene messo in discussione o abbandonato quando non riesce a render conto adeguatamente di tutti i dati. Un dogma, invece, fa sì che i dati divergenti vengano forzatamente adattati al modello oppure vengano esclusi. Il dogma biomedico richiede che tutte le malattie, inclusa quella "mentale", siano concettualizzate in termini di disequilibrio di sottostanti meccanismi fisici. Ciò consente solo due alternative mediante le quali riconciliare comportamento e malattia: quella riduzionista, che afferma che tutti i fenomeni comportamentali della malattia devono essere concettualizzati in termini di principi fisico-chimici, e quella esclusionista, che sostiene che tutto ciò che non è suscettibile di spiegazione deve essere escluso dalla categoria di malattia. I riduzionisti ammettono che alcuni disturbi del comportamento appartengono allo spettro della malattia, categorizzano tali disturbi come malattie mentali e designano la psichiatria quale disciplina medica pertinente. Gli esclusionisti considerano la malattia mentale un mito e vorrebbero eliminare la psichiatria dall'ambito della medicina.

Oggi, tra i medici e gli psichiatri i riduzionisti sono i veri credenti, gli esclusinisti sono gli apostati, ed entrambi condannano come eretici coloro che osano mettere in dubbio la verità ultima del modello biomedico ed invocano un modello più adeguato.

3. Le origini storiche del riduzionismo. Il modello biomedico

Nel considerare i requisiti di un modello medico scientifico per lo studio della malattia maggiormente inclusivo, una prospettiva etnomedica può essere d'aiuto. In tutte le società, antiche e moderne, alfabetizzate e non, i criteri primari per identificare la malattia sono sempre stati di natura comportamentale, psicologica e sociale. Tradizionalmente, l'esordio della malattia è contrassegnato da cambiamenti nell'aspetto fisico che spaventano, disorientano o intimoriscono, e da alterazioni del funzionamento, dei sentimenti, delle performance, del comportamento o delle relazioni interpersonali sperimentate o percepite come minacciose, nocive, spiacevoli, devianti, indesiderabili e non volute. Descritti verbalmente o mostrati da colui che soffre oppure riportati da un testimone, sono questi i dati primari su cui si basa il primo ordine di giudizi riguardo al fatto che una persona sia o meno ammalata (Engel, 1973a). Tutte le società rispondono in genere a tali resoconti e comportamenti disturbanti dando vita ad istituzioni sociali e designando alcuni individui la cui funzione principale è la valutazione, l'interpretazione e la messa in atto di misure correttive (Fabrega, 1975a; Fabrega, 1975b). La medicina in quanto istituzione e disciplina, e i medici in quanto professionisti, nascono e si sviluppano in risposta a tali bisogni sociali. Nel corso della storia, la medicina diventò scientifica a partire dal modo in cui i medici e gli altri scienziati svilupparono una tassonomia e applicarono metodi scientifici per capire, trattare e prevenire i disturbi che il contesto sociale aveva già dapprima designato come "malattia" o "infermità". Perché il modello biomedico riduzionistico e dualistico si è sviluppato in Occidente? Rasmussen ne identifica l'origine nella concessione del permesso, da parte dell'affermata ortodossia cristiana, di dissezionare il corpo umano, all'incirca cinque secoli fa (Rasmussen, 1975). Tale concessione concordava con la visione cristiana del corpo inteso come veicolo debole e imperfetto del transito dell'anima da questo mondo al successivo. Non sorprende affatto che il permesso della Chiesa di studiare il corpo umano includesse la tacita proibizione di condurre un'analoga ricerca scientifica sulla mente e sul comportamento dell'uomo. Agli occhi della Chiesa questi aspetti avevano più a che fare con la religione e con l'anima, e quindi restavano di sua pertinenza. Si può ritenere questo tacito accordo ampiamente responsabile della base strutturalmente fondata sull'anatomia su cui è stata edificata la medicina scientifica occidentale. Allo stesso tempo, il principio base della scienza di allora, così come enunciato da Galileo, Newton, e Descartes, era analitico, il che presuppone che le entità da studiare siano scomponibili in catene o unità causali isolabili, da cui l'assunto che l'intero potesse essere compreso, sia materialmente che concettualmente, ricostruendone le parti costituenti. Per via del dualismo mente-corpo fermamente stabilito dall'imprimatur della Chiesa, la scienza classica era pronta a sostenere la nozione di corpo come macchina, di malattia come conseguenza della rottura della macchina, assegnando al medico il compito di riparare la macchina. L'approccio scientifico alla malattia iniziò così a focalizzarsi in modo frammentante-analitico sui processi biologici (somatici) e ad ignorare quelli comportamentali e psicosociali. Tutto questo è accaduto malgrado il fatto che nella loro pratica molti medici, almeno fino all'inizio del ventesimo secolo, ritenessero le emozioni altrettanto importanti per lo sviluppo e il decorso della malattia. Di fatto, tale esclusione arbitraria è una strategia accettabile nella ricerca scientifica, specialmente quando i concetti e i metodi appropriati per studiare le aree escluse non sono ancora disponibili. Ma diviene controproducente quando una tale strategia diventa sistematica e l'area inizialmente messa da parte per ragioni pratiche viene definitivamente esclusa, se non del tutto dimenticata. E più ha successo l'approccio riduttivo, più diventa probabile che ciò avvenga. L'approccio biomedico alla malattia ha avuto successo al di là di ogni aspettativa, ma ad un costo. Nel servire come linea guida e come giustificazione per la politica

sanitaria, la biomedicina ha anche contribuito a generare una moltitudine di problemi che di seguito prenderò in considerazione.

4. I limiti del modello biomedico

Affrontiamo ora la necessità e la sfida di ampliare l'approccio alla malattia al fine di includere gli aspetti psicosociali, senza per questo sacrificare gli enormi vantaggi dell'approccio biomedico. Sull'importanza di quest'ultimo tutti concordano, il riduzionista, l'esclusionista e l'eretico. In una recente critica della posizione esclusionista, Kety contrappone i due modelli in un modo che aiuta a definire la questione (Kety, 1974). "Secondo il modello medico, un disturbo non diventa all'improvviso una specifica malattia e non è equivalente ad essa. Il modello medico di un disturbo è un processo che inizia con il riconoscimento dei sintomi e arriva all'individuazione di una specifica malattia di cui sono conosciute l'eziologia e la patogenesi e il cui trattamento è razionale e specifico". Quindi, si tratta di una tassonomia che a partire dai sintomi arriva ai raggruppamenti di sintomi, da questi alle sindromi, e giunge infine alle malattie con la loro specifica patogenesi e patologia. Questa sequenza descrive accuratamente una valida applicazione del metodo scientifico alla descrizione ed alla classificazione della malattia in entità discrete (Fabrega, 1975a; Fabrega, 1975b). Il valore di un tale approccio non necessita di ulteriori argomentazioni. Ciò che invece richiede un approfondimento sono le distorsioni introdotte dalla tendenza riduzionista a considerare una specifica malattia come adeguatamente o esclusivamente caratterizzata in termini della più piccola componente isolabile avente implicazioni causali, ad esempio, quella biochimica; ancor più critica è la tesi secondo cui la designazione "malattia" non sarebbe applicabile in assenza di perturbazioni a livello biochimico. Kety affronta questo problema confrontando il diabete mellito e la schizofrenia intesi come paradigmatici della malattia somatica e di quella mentale, e indicando l'adeguatezza del modello medico per entrambe le malattie. "Entrambe sono raggruppamenti di sintomi o sindromi, l'una descritta da anomalie somatiche e biochimiche, l'altra da anomalie psicologiche. Ognuna può avere varie eziologie e mostrare un range di intensità che va dall'intensità severa e debilitante a quella latente o borderline. Vi sono anche prove del fatto che le influenze genetiche e ambientali operino nello sviluppo di entrambi". In questa descrizione, perlomeno in termini riduzionistici, la caratterizzazione scientifica del diabete è più avanzata in quanto procede a partire dalla cornice comportamentale dei sintomi per arrivare a quella delle alterazioni biochimiche. Ultimamente, i riduzionisti sostengono che la schizofrenia raggiungerà lo stesso grado di definizione. Articolando ulteriormente la sua posizione, Kety chiarisce di non considerare i fattori genetici e i processi biochimici della schizofrenia attualmente conosciuti (o che potranno essere scoperti in futuro) come gli unici fattori importanti della sua eziologia. Egli insiste sul fatto che è altrettanto importante la spiegazione di "come i fattori esperienziali e le loro interazioni con la vulnerabilità biologica possano sia rendere effettivo che prevenire lo sviluppo della schizofrenia". Ma non è affatto certo che tale avvertenza sia sufficiente a contrastare il riduzionismo di fondo.

5. I requisiti di un nuovo modello medico

Per esplorare i requisiti di un modello medico in grado di tener conto sia della realtà del diabete e della schizofrenia in quanto esperienze umane, sia della formulazione astratta di queste malattie, possiamo ampliare l'analogia di Kety supponendo che esista, nella schizofrenia tanto quanto nel diabete, una specifica anomalia biochimica influenzabile farmacologicamente, il che è certamente una possibilità plausibile. Sforzandoci di pensare esattamente negli stessi termini ai pazienti diabetici, una "malattia somatica", e a quelli schizofrenici, una "malattia mentale", vedremo in modo più chiaro come l'inclusione di fattori somatici e psicosociali sia indispensabile in entrambi i casi; più precisamente, vedremo come il fatto di concentrarsi sull'aspetto biomedico escludendo quello psicosociale distorce le prospettive e interferisce anche con la cura

del paziente. 1) Nel modello biomedico, la presenza dimostrabile di una specifica deviazione biochimica è generalmente considerata uno specifico criterio diagnostico di malattia. Tuttavia, in termini di esperienza umana della malattia, i dati di laboratorio possono indicare soltanto la malattia potenziale, non l'effettiva realtà della malattia in quel dato momento. L'alterazione potrebbe essere presente, ma il paziente potrebbe non essere ammalato. Perciò la presenza del difetto biochimico del diabete o della schizofrenia definisce al massimo una condizione necessaria ma non sufficiente perché si verifichi l'effettiva esperienza umana del disturbo, cioè la malattia. Più precisamente, il difetto biochimico costituisce solo uno dei tanti fattori la cui complessa interazione può culminare in un disturbo attivo o in una malattia conclamata (Engel, 1960). Il difetto biochimico non può nemmeno essere utilizzato per spiegare tutto della malattia, la quale, per essere pienamente compresa, richiede ulteriori concetti e schemi di riferimento. Quindi, sebbene la diagnosi di diabete sia inizialmente indicata da alcune manifestazioni cliniche centrali, quali ad esempio poliuria, polidipsia, polifagia e perdita di peso, e sia poi confermata dai dati di laboratorio circa la relativa carenza di insulina, i modi in cui queste manifestazioni cliniche vengono esperite e riferite dal singolo individuo, e il modo in cui incidono su di lui, richiedono un'attenta considerazione dei fattori psicologici, sociali e culturali, senza qui menzionare altri eventuali fattori biologici co-occorrenti o negativamente interagenti. La variabilità nella manifestazione clinica tanto del diabete quanto della schizofrenia, e la variabilità del vissuto esperienziale individuale di queste malattie, riflette sia molti di questi altri elementi sia le variazioni quantitative dello specifico difetto biochimico. 2) Per stabilire una relazione tra particolari processi biochimici e i dati clinici della malattia si rende necessario un approccio razionale e scientifico ai dati comportamentali e psicosociali, essendo questi i termini con cui il paziente riferisce la maggior parte dei fenomeni clinici. Senza tale approccio, l'affidabilità delle osservazioni e la validità delle correlazioni saranno compromesse. Serve a poco essere in grado di specificare un difetto biochimico nella schizofrenia, se poi non si sa come metterlo in relazione con particolari espressioni psicologiche e comportamentali del disturbo. Il modello biomedico non riserva sufficiente attenzione a questa esigenza. Incoraggia invece a sorvolare sul resoconto verbale del paziente dando maggior rilievo alle procedure tecniche ed alle misurazioni di laboratorio. In realtà il compito è sensibilmente più complesso rispetto a ciò che il modello medico porta a credere. Un esame delle correlazioni tra i dati clinici e quelli di laboratorio richiede non solo metodi attendibili di raccolta dei dati clinici, in particolare una notevole abilità nella raccolta dell'anamnesi, ma anche una conoscenza di base delle componenti psicologiche, sociali e culturali con cui i pazienti comunicano i sintomi della malattia. Ad esempio, molte espressioni verbali derivano da esperienze corporee precoci che determinano un gradiente significativo di ambiguità nel linguaggio usato dal paziente per descrivere i propri sintomi. Ecco perché le stesse parole possono servire per esprimere tanto i principali disturbi psicologici quanto quelli fisici, che a loro volta coesistono e si sovrappongono in modi complessi. Perciò, virtualmente, ognuno dei sintomi classicamente associati al diabete può anche essere espressione di, o reazione a, stress psicologico, proprio come la chetoacidosi e l'ipoglicemia possono indurre manifestazioni psichiatriche, incluse alcune considerate caratteristiche della schizofrenia. Le più essenziali abilità del medico implicano sia la capacità di elicitarne un accurato resoconto verbale dell'esperienza personale del paziente, sia il saperla correttamente analizzare. Il modello biomedico ignora sia il rigore richiesto per ottenere un'anamnesi attendibile sia la necessità di analizzare il significato del resoconto del paziente tanto in termini psicologici, sociali, e culturali quanto in termini anatomici, fisiologici e biochimici (Engel, 1973a).3) Il diabete e la schizofrenia hanno in comune il fatto che le condizioni di vita e il vissuto rappresentano variabili significative che influenzano l'epoca di esordio della malattia e la variabilità del suo decorso. In entrambi i casi ciò è dimostrato dal fatto che le risposte psicofisiologiche ai cambiamenti di vita possono interagire con i fattori somatici esistenti alterandone la suscettibilità e quindi influenzando l'esordio, la severità e il decorso di una malattia. Studi sperimentali sugli animali hanno ampiamente documentato il ruolo delle esperienze di vita precoci, del passato ed attuali, nell'alterare la suscettibilità ad una larga varietà di malattie, pur in presenza di una

predisposizione genetica (Ader, 1973; Engel, 1974). La dimostrazione di Cassel di più alte percentuali di malattia tra le popolazioni esposte all'incongruenza tra le richieste del sistema sociale in cui si ritrovano a vivere e lavorare e la loro cultura di appartenenza, fornisce un ulteriore esempio del ruolo delle variabili psicosociali nel manifestarsi della malattia nel genere umano (Cassel, 1964).⁴ I fattori psicologici e sociali sono altresì cruciali nel determinare se e quando i pazienti portatori dell'anomalia biochimica del diabete o della schizofrenia, inizieranno a vedere se stessi o ad essere visti dagli altri come malati. Altri fattori di natura simile influenzano l'ingresso o meno nel sistema sanitario, ovvero se e quando l'individuo diventa un paziente. Quindi il difetto biochimico può determinare alcune caratteristiche della malattia, ma non necessariamente determina il momento in cui la persona si ammala o accetta il ruolo di malato o lo status di paziente. ⁵ "Il trattamento scientifico" (termine usato da Kety) indirizzato solo all'anomalia biochimica non necessariamente restituisce la salute al paziente persino a fronte di una documentata risoluzione o una cospicua riduzione dell'alterazione. Ciò non è meno vero per il diabete di quanto non lo sia per la schizofrenia, una volta che il difetto biochimico sia stato stabilizzato. Altri fattori possono contribuire al mantenimento dello status di paziente persino di fronte alla guarigione in termini biochimici. Le variabili psicologiche e sociali sono in gran parte responsabili delle discrepanze tra la correzione dell'anomalia biologica e l'esito del trattamento.⁶ Anche nella somministrazione di terapie specifiche, il comportamento del medico e la relazione tra medico e paziente influenzano notevolmente in modo positivo o negativo l'esito terapeutico. Si tratta di effetti psicologici che possono modificare direttamente l'esperienza di malattia o colpire indirettamente i processi biochimici evidenziati, questi ultimi in virtù delle interazioni tra reazioni psicofisiologiche e processi biochimici implicati nella malattia (Ader, 1973; Engel, 1974). Le richieste di insulina da parte di un paziente diabetico possono fluttuare in modo significativo in relazione al modo in cui il paziente percepisce la relazione con il medico. Inoltre, il successo nella somministrazione di terapie specifiche è limitato dalla capacità del medico di influenzare e modificare il comportamento del paziente indirizzandolo verso comportamenti adeguati alle condizioni di salute. Contrariamente a ciò che gli esclusionisti vorrebbero farci credere, il ruolo del medico è, ed è sempre stato, molto più quello di un educatore e di uno psicoterapeuta. Per sapere come indurre tranquillità nel paziente ed aumentare la sua fiducia nei poteri di guarigione del medico il solo carisma non basta, bensì sono necessarie competenze e abilità psicologiche. Queste cose sono però escluse dalla cornice biomedica.

6. I vantaggi di un modello biopsicosociale

Questo elenco non è sicuramente completo ma dovrebbe essere sufficiente a confermare che il diabete mellito e la schizofrenia, quali paradigmi dei disordini "somatici" e di quelli "mentali", sono assolutamente analoghi e, come afferma Kety, sono concettualizzati in modo appropriato entro la cornice di un modello medico di malattia. Il modello biomedico esistente non è però sufficiente. Per fornire una base utile a comprendere le determinanti della malattia ed arrivare a trattamenti specifici e a modelli di cura sanitaria, il modello medico deve anche prendere in considerazione il paziente, il contesto sociale in cui vive ed il sistema complementare escogitato dalla società per affrontare gli effetti dirompenti della malattia, cioè, il ruolo del medico e del sistema sanitario. Tutto ciò richiede un modello biopsicosociale. L'ambito del modello è determinato dalla funzione classica del medico che consiste nello stabilire se la persona che chiede aiuto sia "malata" o "stia bene" e, se malata, perché è malata e in quali modi lo è, e, in seguito a tale valutazione, avviare un programma specifico finalizzato a curare la malattia e a ristabilire e mantenere la salute. I confini tra salute e malattia, tra lo star bene e l'essere ammalato, sono ben lontani dall'essere chiari e mai lo saranno, per via del fatto che considerazioni di ordine culturale, sociale e psicologico rendono labili tali confini. La tradizionale visione biomedica, che ritiene gli indici biologici il criterio ultimo per definire la malattia, conduce all'attuale paradosso consistente nel fatto che alcune persone con risultati di laboratorio positivi si sentono

dire di aver bisogno di cure, quando loro invece si sentono abbastanza bene, mentre altre persone che si sentono malate, vengono rassicurate dicendo loro che sono sane, cioè che non hanno alcuna “malattia” (Fabrega, 1975a; Fabrega, 1975b). Un modello biopsicosociale capace di comprendere tanto il paziente quanto la malattia, potrebbe includere entrambe le circostanze. E’ compito del medico tener conto della disforia e delle disfunzioni che portano gli individui a ricercare l’aiuto medico, ad adottare il ruolo di malato e ad accettare lo status di paziente. Il medico deve soppesare i contributi relativi sia dei fattori sociali e psicologici sia di quelli biologici implicati nella disforia e nel disagio del paziente, così come nella sua decisione di accettare o non accettare lo status di paziente e con esso la responsabilità di cooperare alla cura. Nel valutare tutti i fattori che contribuiscono sia alla malattia che allo status di paziente, piuttosto che privilegiare i soli fattori biologici, un modello biopsicosociale potrebbe spiegare perché alcuni individui sperimentino come “malattia” condizioni che altri considerano soltanto “problemi di vita”, reazioni emotive alle circostanze di vita piuttosto che sintomi somatici. Dal punto di vista dell’individuo la scelta tra l’aver “un problema di vita” o l’essere “ammalato” ha sostanzialmente più a che fare con l’accettare o meno il ruolo di malato e l’eventuale ingresso nel sistema sanitario, che non con ciò che di fatto è responsabile delle sue difficoltà. Alcune persone infatti negano la sgradita realtà di malattia considerando “problemi di vita” sintomi che potrebbero essere indicativi di un serio processo organico. È responsabilità del medico, non del paziente, stabilire la natura del problema e decidere i casi in cui è meglio gestirlo in una struttura medica. Chiaramente la dicotomia tra “malattia” e “problemi di vita” non è facilmente definibile, né dal paziente né dal medico.

7. Quando il lutto è una malattia?

Per esemplificare come i “problemi di vita” siano vissuti da alcuni e non da altri come una malattia, potrebbe essere utile considerare il lutto come paradigma di questa condizione di confine. Per quanto il lutto non sia mai stato considerato all’interno di una cornice medica, un numero rilevante di persone in lutto si rivolge al medico per via di sintomi disturbanti che non necessariamente vengono messi in relazione al lutto. Quindici anni fa affrontai la questione in un articolo intitolato “Il lutto è una malattia? Una sfida per la ricerca medica” (Engel, 1961). Lo scopo dell’articolo era anche quello di chiarire la questione dell’adeguatezza del modello biomedico. Un titolo migliore sarebbe stato “Quando il lutto è una malattia?”, proprio come ci si potrebbe chiedere quando la schizofrenia o il diabete siano malattie. Per quanto ci siano alcune ovvie analogie tra il lutto e la malattia, ci sono anche alcune importanti differenze. Sono proprio queste contraddizioni ad aiutarci a chiarire le dimensioni psicosociali del modello biopsicosociale. Il lutto esemplifica chiaramente una situazione in cui i fattori psicologici sono primari; non è infatti necessario invocare alcun difetto o agente chimico o fisiologico preesistente. Tuttavia, come per le malattie classiche, il lutto comunemente costituisce una sindrome con una sintomatologia relativamente prevedibile che include, incidentalmente, sia disturbi fisici che psicologici. Il lutto mostra un’autonomia che è tipica della malattia, cioè il procedere del suo decorso nonostante gli sforzi e le speranze del paziente per farla cessare. Nel lutto un importante fattore eziologico può essere identificato in una perdita significativa. D’altro canto, né chi soffre né la società hanno mai trattato il lutto come una malattia, anche se espressioni quali “soffrire di crepacuore” indicano che nell’immaginario delle persone tale nesso esiste. E sebbene ogni cultura si sia occupata di coloro che soffrono per via di un lutto, queste sofferenze sono state generalmente prese in carico più dalla religione che dalla medicina. A fronte di tutto ciò, le argomentazioni contrarie all’inclusione del lutto in un modello medico sembrerebbero essere le più convincenti. Nell’articolo del 1961 le respinsi comparando il lutto ad una ferita. Entrambe sono risposte naturali ad un trauma ambientale, un trauma psicologico il primo e fisico il secondo. Ma già da allora avvertivo un vago disagio perché quest’analogia non fa al caso nostro. Ora, dopo 15 anni, grazie ad una migliore conoscenza delle origini culturali del concetto di malattia e del sistema sanitario, diviene possibile chiarire l’incongruenza. Il fattore critico sottostante al bisogno umano di sviluppare modelli popolari di

malattia e adattamenti sociali per affrontare il crollo dell'individuo e del gruppo causato dalla malattia, è sempre stato il fatto di non conoscere le cause all'origine dell'esperienza di sofferenza emotiva o del disturbo della vittima (Fabrega, 1975a; Fabrega, 1975b). Né il lutto né una ferita rientrano completamente in questa categoria. In entrambi i casi, le ragioni del dolore, della sofferenza e della disabilità sono fin troppo chiare. Le ferite e le fratture incorse in battaglia o come conseguenza di un incidente, erano in gran parte auto-curate o curate con rimedi popolari oppure curate da individui che avevano acquisito una certa capacità tecnica in materia. La chirurgia si è sviluppata per via della necessità di trattare le ferite e le lesioni incidentali ed ha radici storiche diverse dalla medicina, che è sempre stata sin dalle sue origini più vicina alla magia e alla religione. Solo in seguito nella storia occidentale la chirurgia e la medicina si sono fuse come tecniche curative. Persino in epoche remote, c'erano persone che si comportavano come se fossero state colpite da un lutto, anche se pareva non avessero subito alcuna perdita; altri invece manifestavano segni che sarebbero stati ovunque giudicati ferite o fratture, pur non avendo costoro subito alcun trauma evidente. E vi erano persone che pativano perdite il cui lutto deviava però in un modo o nell'altro rispetto a ciò che la cultura definiva come normale decorso, ed altri le cui ferite non guarivano o si aggravavano e altri ancora che non stavano bene malgrado la ferita fosse apparentemente guarita. Sia allora che oggi, due elementi erano cruciali nel definire i ruoli del paziente e del medico e nel determinare ciò che sarebbe stata definita malattia. Per il paziente il punto cruciale era il suo non sapere perché si sentiva male o funzionava male e che cosa fare a tal proposito, insieme al sentimento o alla consapevolezza che il guaritore o il medico sapevano e potevano fornire soccorso. A sua volta per il medico divenne cruciale il suo impegno nel ruolo professionale di guaritore. A partire da questo, si è evoluta tutta una serie di aspettative rinforzate dalla cultura, anche se quelle del paziente non sono necessariamente le stesse del medico. Un modello biopsicosociale dovrebbe tenere in considerazione tutti questi fattori. Dovrebbe riconoscere il fatto fondamentale che il paziente si rivolge al medico perché non sa che cosa non funziona in lui, o, se anche lo sa, si sente incapace di risolvere il problema da solo. L'unità psicobiologica dell'uomo richiede che il medico accetti la responsabilità di valutare qualsiasi problema il paziente presenti e di raccomandare una serie di provvedimenti, incluso l'invio ad altri professionisti dell'aiuto. Ecco perché la conoscenza professionale di base del medico e le sue competenze devono comprendere gli aspetti sociali, psicologici e biologici per poter decidere e agire nell'interesse del paziente che è coinvolto in tutte e tre le dimensioni. Il paziente soffre per un normale lutto o di depressione? La fatica e la debolezza di una donna che ha di recente perso il marito sono sintomi di conversione, reazioni psicofisiologiche, manifestazioni di un disturbo somatico o una combinazione di questi? Il paziente che richiede l'aiuto di un medico deve avere fiducia nel fatto che la laurea in medicina abbia davvero reso il medico competente a formulare queste diagnosi differenziali.

8. Una sfida sia per la medicina che per la psichiatria

Lo sviluppo di un modello medico biopsicosociale si pone come una sfida sia per la medicina che per la psichiatria. Nonostante le enormi conquiste della ricerca biomedica, vi è un crescente malcontento tra il pubblico e tra i medici, specialmente tra i medici delle ultime generazioni, sia per il fatto che i bisogni di salute non vengono accolti sia perché la ricerca biomedica non ha un impatto adeguato sulle relazioni umane. Tutto questo è comunemente attribuito alle fin troppo evidenti inadeguatezze dell'attuale sistema sanitario. Ma questa non è certamente una spiegazione completa, dato che anche coloro che hanno un adeguato accesso ai servizi sanitari, lamentano comunque il fatto che i medici mostrano scarso interesse e comprensione, si occupano solo delle procedure e sono insensibili ai problemi personali dei pazienti e delle loro famiglie. Le istituzioni mediche sono viste come fredde e impersonali; più i centri sono prestigiosi nella ricerca biomedica, più comuni sono queste lamentele (Duffand e Hollingshead, 1968). L'inquietudine in campo medico deriva dalla crescente consapevolezza di molti medici della discrepanza fra l'eccellenza del loro background

biomedico da una parte, e, dall'altra, l'inconsistenza della loro formazione riguardo ad alcune qualità altrettanto essenziali per poter curare bene il paziente (Engel, 1973a). Molti riconoscono che queste qualità non possono essere migliorate restando all'interno del solo modello biomedico. L'attuale aumento di interesse per le cure primarie e per la medicina di base, riflette chiaramente la disillusione di alcuni medici nei confronti di un approccio alla malattia che tende ad ignorare il paziente. Questi clinici sono ora più pronti ad avvicinarsi ad un modello medico che consideri le istanze psicosociali. Persino dai circoli accademici stanno giungendo alcune accese sfide al dogmatismo biomedico (Rasmussen, 1975; Holman, 1976). Holman attribuisce direttamente al riduzionismo biomedico ed al dominio professionale dei suoi sostenitori in ambito sanitario, deplorabili pratiche quali le ospedalizzazioni non necessarie, l'abuso di farmaci, l'eccessivo ricorso alla chirurgia e l'utilizzo inappropriato degli esami diagnostici. Scrive Holman: "Sebbene il riduzionismo sia uno strumento di comprensione potente, crea anche profondi fraintendimenti quando viene applicato in modo insensato. Il riduzionismo è particolarmente pericoloso quando giunge a negare l'impatto di condizioni non biologiche sui processi biologici". E prosegue "Alcuni risultati dei trattamenti medici sono inadeguati, non a causa della mancanza di appropriate tecniche d'intervento, ma perché il nostro modo di pensare è inadeguato" (Holman, 1976). Quale ironia se la psichiatria finisse col sottoscrivere un modello medico che proprio alcuni leader in campo medico hanno già iniziato a mettere in dubbio. Gli psichiatri, inconsciamente devoti al modello biomedico e divisi negli schieramenti contrapposti dei riduzionisti e degli esclusivisti, sono oggi così preoccupati per la propria identità professionale e per il loro status nei confronti della medicina al punto di non riuscire più ad apprezzare il fatto che la psichiatria oggi è la sola disciplina clinica all'interno della medicina che si occupa primariamente di studiare l'uomo e la condizione umana. Sebbene le scienze comportamentali abbiano fatto alcune limitate incursioni all'interno dei programmi d'insegnamento delle scuole di medicina, è principalmente sugli psichiatri, e in misura minore sugli psicologi clinici, che ricade la responsabilità di sviluppare approcci per la comprensione della salute, della malattia e della cura del paziente, al di fuori della più ristretta cornice delle tecniche specialistiche della biomedicina tradizionale. E' un dato di fatto che le più importanti formulazioni di concetti più integrati ed olistici della salute e della malattia proposti negli ultimi 30 anni non sono state elaborate all'interno della struttura biomedica, ma da medici che hanno fatto ricorso a concetti e a metodi sviluppati all'interno della psichiatria, tra cui l'approccio psicodinamico di S. Freud e la psicoanalisi, l'approccio della reazione agli stress di Adolf Meyer e la psicobiologia (Menninger, 1948; Romano, 1950; Engel, 1953; Wolff, 1960; Engel, 1962). In effetti, uno degli ultimi contributi sia di Freud sia di Meyer è stato quello di fornire cornici di riferimento in cui i processi psicologici potessero essere inclusi nel concetto di malattia. La medicina psicosomatica –il termine stesso è una vestigia del dualismo– diventò il mezzo con cui poteva essere ridotta la distanza tra due ideologie mediche parallele ma indipendenti, quella biologica e quella psicosociale. I suoi progressi sono stati lenti ed esitanti, non solo a causa delle estreme complessità intrinseche al campo stesso, ma anche a causa delle continue pressioni, provenienti sia dall'interno che dall'esterno, per rendere la medicina psicosomatica conforme a metodologie scientifiche fondamentalmente meccanicistiche e riduzionistiche, inappropriate per molti dei problemi sotto osservazione. Nonostante ciò, fino ad oggi si è accumulato un cospicuo corpo di conoscenze, basate su studi clinici e sperimentali su uomini ed animali. Molto di tutto ciò, comunque, continua a non essere conosciuto dal pubblico medico ingenerale e dalla comunità biomedica e continua ad essere largamente trascurato nell'istruzione dei medici. La recente solenne affermazione di un eminente leader biomedico (Ludwig, 1975) che "il contenuto emotivo della medicina organica [è stato] sovrastimato" e "la medicina psicosomatica è in declino", può solo ascrivere agli effetti accecanti del dogmatismo. Il fatto è che le scuole di medicina hanno costituito ambienti non recettivi, se non ostili, per coloro che si interessano della ricerca in psicosomatica e del suo insegnamento, e le riviste mediche hanno troppo spesso seguito un doppio standard nell'accettare lavori riguardanti questo genere di relazioni (Engel, 1973b). Inoltre, molti dei lavori che documentano sperimentalmente il significato delle condizioni di vita negli animali e i cambiamenti

che alterano la suscettibilità alla malattia sono stati fatti da psicologi sperimentali e sono pubblicati in giornali di psicologia che raramente vengono letti da medici o scienziati biomedici di rilievo (Ader, 1973; Engel, 1974).

9. Prospettiva della teoria generale dei sistemi

La lotta per riconciliare gli aspetti psicosociali e biologici in medicina ha avuto il suo parallelo in biologia, anch'essa dominata dall'approccio riduzionista della biologia molecolare. Anche fra i biologi sono emersi segni della necessità di sviluppare spiegazioni dei processi di vita olistiche oltre che riduzionistiche, per rispondere a interrogativi quali "perché?", "a che scopo?" e "come?" (Dubos, 1959; Dubos, 1970; Mayr, 1958; Roe, 1961; Mayr, 1974; Bonner, 1974; Simpson, 1963; Dubos, 1965). Von Bertalanffy, intuendo la necessità di un radicale riorientamento delle prospettive scientifiche finalizzato ad aprire la via ad approcci olistici passibili di indagine e concettualizzazione scientifica, sviluppò la teoria generale dei sistemi (Von Bertalanffy, 1952; Von Bertalanffy, 1968; Laszlo, 1972; Von Bertalanffy, 1972). Questo approccio considera un insieme di eventi correlati fra loro come un sistema che manifesta specifiche funzioni e proprietà a secondo del livello al quale si colloca rispetto ad un sistema più ampio che lo comprende; quest'ottica ha permesso di riconoscere isomorfismi fra i diversi livelli di organizzazione (tutti considerati come sistemi e contemporaneamente come elementi di sistemi più ampi), quali le molecole, le cellule, gli organi, l'organismo, la persona, la famiglia, la società, la biosfera. A partire da questi isomorfismi possono essere sviluppate leggi e principi generali che operano a tutti i livelli dell'organizzazione, comparabili a quelli che sono specifici per ciascun livello. Da quando la teoria dei sistemi ha iniziato a sostenere che tutti i livelli dell'organizzazione sono connessi l'uno all'altro all'interno di una relazione gerarchica, così che il cambiamento di uno incide sul cambiamento degli altri, la sua adozione come approccio scientifico dovrebbe poter fare molto per mitigare la dicotomia tra olistismo e riduzionismo e migliorare la comunicazione tra le discipline scientifiche. La teoria dei sistemi fornisce alla medicina un approccio teorico adatto non solo alla qui proposta concezione biopsicosociale della malattia, ma anche allo studio della malattia e della cura medica come processi correlati (Engel, 1960; Menninger, 1963; Sheldon, 1970; Brody, 1973). Quanto prima un approccio sistemico diventerà parte della base scientifica e della cultura filosofica dei futuri medici, clinici e ricercatori, tanto prima sarà possibile adottare una prospettiva biopsicosociale sulla malattia.

10. La biomedicina come scienza e come dogma

Nel frattempo, che cosa si è fatto e cosa può essere fatto per neutralizzare il dogmatismo della biomedicina e tutte le conseguenze sociali e scientifiche indesiderabili che ne derivano? Come può stabilirsi un equilibrio adeguato tra l'approccio frazionario-analitico e quello storico naturale, entrambi così necessari al lavoro del medico e del ricercatore scientifico? (Engel, 1972b). In che modo il clinico può essere aiutato a capire che un più ampio approccio scientifico ai pazienti rappresenta "una scienza umana" con caratteristiche distintive, una scienza in cui, come disse Margaret Mead, "si fa affidamento sulle potenzialità offerte dall'integrazione all'osservatore di un evento complesso e non replicabile e sugli esperimenti messi a disposizione dalla storia e dagli animali che vivono nel loro particolare ambiente ecologico"? (Mead, 1976). La storia della nascita e della caduta dei dogmi scientifici nel corso della storia può darci alcuni indizi. Certamente, la semplice comparsa di nuove scoperte e teorie non è quasi mai sufficiente a rovesciare un dogma particolarmente radicato. Il potere legato ad interessi sociali, politici ed economici, è un deterrente formidabile contro un effettivo attacco al dogmatismo biomedico. Il campo delle cure sanitarie è una grande industria, considerando che più dell'8% del nostro prodotto interno è destinato alla salute. L'enorme investimento attuale e futuro nelle tecnologie di diagnosi e cura favorisce di per sé un approccio fortemente orientato a studi clinici e a modalità di cura dei pazienti che enfatizzano gli aspetti impersonali e meccanicistici (Engel, 1976). Ad esempio, dal 1967 al 1972 è aumentato del 33% il numero degli esami di laboratorio effettuati

all'atto di ammissione in ospedale (McGinnis, 1976). La pianificazione dei sistemi sanitari e dei loro finanziamenti è eccessivamente influenzata dalla disponibilità e dalla promessa di tecnologia, la cui applicazione ed efficacia sono spesso usate come criteri in base ai quali decidere cosa sia da considerare una malattia e chi ha diritto alle cure mediche. La frustrazione di coloro che ritengono che i propri legittimi bisogni di salute non siano adeguatamente accolti da medici troppo orientati tecnologicamente è generalmente fraintesa dall'istituzione biomedica che definisce questi aspetti "aspettative irrealistiche" da parte del pubblico, anziché riconoscerli come il riflesso di una reale discrepanza tra la malattia per come è vissuta dal paziente rispetto al modo in cui viene concettualizzata nel modello biomedico (Fabrega, 1973). La professionalizzazione della biomedicina costituisce un'ulteriore formidabile barriera all'abbattimento dei dogmi (Rasmussen, 1975; Holman, 1976). La professionalizzazione ha generato un sistema di caste tra il personale sanitario ed un gran numero di norme che stabiliscono quali sono gli ambiti di cura di interesse medico, con in cima alla lista i disturbi più esoterici. Il dominio professionale "ha perpetuato pratiche di prevaricazione, censurato le critiche, ed isolato la professione medica da visioni alternative e da relazioni sociali che avrebbero potuto illuminare e migliorare le cure sanitarie" (Holman, 1976). Holman sostiene, in modo assai convincente, che "l'istituzione medica non è impegnata primariamente nella ricerca disinteressata della conoscenza e nel trasferimento di questa conoscenza nella pratica medica; piuttosto, è in gran parte impegnata a difendere specifici interessi, perseguendo e preservando il potere sociale" (ibid.). In tali condizioni è difficile capire come possano essere portate avanti delle riforme. Certamente, scrivendo un ennesimo saggio critico è altamente improbabile provocare cambiamenti d'atteggiamento significativi. Il problema non è affatto nuovo: infatti, i primi tentativi per introdurre un approccio più olistico nel curriculum universitario dei medici, risalgono al programma di Adolph Meyer alla Johns Hopkins, iniziato prima del 1920 (Meyer, 1917). A Rochester, un programma diretto agli studenti di medicina ed ai medici durante e dopo il loro training residenziale e progettato per infondere conoscenze psicosociali ed abilità appropriate al loro futuro lavoro di medici e insegnanti, esiste da 30 anni (Engel, 1967; Young, 1975). Anche se risulta difficile misurarne oggettivamente gli esiti, il suo impatto pare sia stato apprezzato sulla base di quanto risulta da un questionario che rileva come gli studenti ed i laureati valutano le problematiche inerenti la malattia e la cura del paziente (Engel, 1972b). In altre scuole, specialmente nell'immediato dopo guerra, furono avviati progetti simili, e sebbene alcuni furono fiorenti nel breve periodo, la maggior parte di essi si spense subito dopo sotto la spinta competitiva di carriere biomediche più prestigiose ed allettanti. Oggi, all'interno di molte scuole mediche si assiste in alcune facoltà ad un ritorno di interesse per queste tematiche, ma tali facoltà sono numericamente scarse e prive di influenza, prestigio e potere e non hanno accesso ai finanziamenti destinati a gruppi simili che però viaggiano in conformità con la predominante impostazione biomedica. Ancora oggi, l'interesse tra gli studenti ed i giovani medici è alto e dove esistono le opportunità d'insegnamento subito si saturano le scarse risorse disponibili. Sarebbe quindi che se venisse data loro l'opportunità, le giovani generazioni sarebbero pronte a riconoscere l'importanza dell'insegnamento delle dimensioni psicosociali della malattia e della cura sanitaria e a riconoscere la necessità che tale formazione risulti basata su solidi principi scientifici. Una volta esposti a un tale approccio, sono in molti a riconoscere quanto effimeri ed inconsistenti siano gli appelli all'umanesimo e alla compassione quando non basati su principi razionali. Costoro rigettano come semplicistica l'idea che nelle passate generazioni i dottori capissero meglio i loro pazienti, un mito che è durato per secoli (Crawshaw, 1976). Chiaramente, la lacuna che deve essere colmata è quella tra insegnanti pronti ad insegnare e studenti disposti ad imparare. Ma niente cambierà a meno che e fino a quando chi controlla le risorse non avrà la saggezza di avventurarsi oltre il sentiero battuto dell'esclusiva fiducia nella biomedicina quale unico approccio al sistema di cura. Il modello biopsicosociale qui proposto fornisce un progetto per la ricerca, una cornice di riferimento per l'insegnamento ed un modello per intraprendere azioni nel mondo reale delle cure sanitarie. È ancora da valutare se sia utile o meno. La risposta non sarà tuttavia rapida se non ci saranno le condizioni per attuarlo. In una società libera, il risultato

dipenderà da coloro che avranno il coraggio di tentare nuove strade e la saggezza di fornire il supporto necessario.