

Semestrale

Numero 1
Ottobre 2020

TEORIA E PRASSI

Rivista di Scienze dell'Educazione

Perché una nuova rivista

Padre Giuliano Stenico

Quando l'educatore diventa un "allen-attore" di resilienza. L'applicazione del modello Casita al contesto della Casa Famiglia "La Faretra"

Daniele Bisagni, Elisa Bisagni e Claudia Gasparini

Il ruolo dell'educatore come attivatore di risorse personali, familiari e ambientali necessarie per avviare processi di resilienza in sé stesso e in coloro con i quali è coinvolto in una relazione educativa. Viene presentato, inoltre, il modello della Casita come strumento utile all'analisi dei fattori e dei processi relazionali che possono contribuire allo sviluppo di percorsi resilienti

Il modello "biopsicosociale": verso un approccio integrale

Krzysztof Szadejko

Da anni promosso nell'ambito della psicologia della salute e dell'educazione, allo stato attuale, necessita di essere rivisto. Le critiche maggiormente avanzate contemplano la prospettiva "olistica" o a multilivello. Nell'articolo viene proposta una revisione del modello prospettando un approccio integrale

I videogiochi possono migliorare l'attenzione? Uno studio con soggetti con Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA)

Daria Vellani, Chiara Tasselli e Krzysztof Szadejko

I risultati di uno studio su soggetti con il Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) con l'obiettivo di indagare l'influenza dei videogiochi sulla capacità attentiva durante lo svolgimento di un compito. Dal disegno di ricerca sperimentale è emerso che l'uso moderato dei videogiochi ha avuto un impatto positivo sulla attenzione visiva dei DSA

Un caso a Sandelo. Stimoli e suggerimenti per la progettazione di territorio

Umberto Vitrani

Nella convinzione che la pedagogia sia necessariamente narrazione, si racconta un progetto sociale dal momento dell'affidamento sino al tramontare delle ipotesi costruite per vincoli legati a variabili politiche e amministrative. L'attività descritta ibrida saperi, esperienze, strumenti, accomunati da flessibilità, rigore con sguardo rivolto al bene comune

Il modello "biopsicosociale": verso un approccio integrale



The "biopsychosocial" model:
towards an integral approach

Krzysztof Szadejko

Il modello "biopsicosociale", da anni promosso nell'ambito della psicologia della salute e dell'educazione, allo stato attuale, necessita di essere rivisto. Le critiche maggiormente avanzate contemplano la prospettiva "olistica" o a multilivello. Nell'articolo è stata proposta una revisione del modello prospettando un approccio integrale.

Sin dagli albori dello sviluppo della civiltà umana, accanto alle attività di conquista della terra e delle sue risorse, l'uomo ha manifestato sempre la necessità di prendersi cura della propria salute. La malattia e la sofferenza ci hanno costantemente accompagnato, e l'esigenza di liberarci da esse ha spinto l'uomo a cercare cure adeguate, considerando la salute come un bene supremo.

Lungo i secoli i paradigmi della salute hanno subito numerosi mutamenti. Uno dei primi, che contribuì nell'ambito della cultura occidentale a ricodificare le opinioni riguardo la salute, regolamentare la professione medica e trasformare la medicina in una scienza basata sull'osservazione, è stato Ippocrate (460 a.C. circa – 370 a. C.), chiamato anche "il padre della medicina". A lui si attribuisce la famosa frase "*salus aegroti suprema lex est*" (salute dei pazienti è legge suprema). Ippocrate, nella sua pratica di medico, non si soffermava solo sulla malattia del paziente, ma esaminava anche diversi aspetti della sua vita in generale, come la struttura corporea, alimentazione, elementi psicologici, relazionali interpersonali ecc. Ciò che caratterizzava l'illustre studioso era la sua idea di valutare l'individuo in modo globale piuttosto che parziale, teoria più che mai attuale nella contemporaneità, ed anche se nella filosofia platonica, a lui contemporanea, già esisteva una contrapposizione tra il mondo delle cose ed il mondo delle idee, l'uomo per Ippocrate aveva una dimensione

unica, unitaria, psico-somatica (Cosmacini, 2016). Solo con la nascita del cosiddetto dualismo cartesiano nel XVII secolo con Renè Descartes (1596-1650), si è giunti ad una chiara distinzione tra il corpo (*res extesa*) e l'anima (*res cogitans*). È stato dunque tale dualismo a creare le condizioni per lo sviluppo delle scienze mediche, e successivamente, la comparsa del cosiddetto modello biomedico della salute.

Modello biomedico

Il modello biomedico è caratterizzato dal paradigma causa-effetto. Non a caso è definito *bio-medico*, perché segue il processo organico della malattia, cercando di individuarne la causa per poi intervenire con una terapia efficace. La concezione biomedica della salute è stata ampiamente influenzata dal concetto meccanicistico della natura promosso da Isaac Newton (1642-1726). Secondo essa, il corpo umano era considerato come una macchina biologica, soggetta alle leggi matematiche e chimiche (Giannetto, 2004). La buona salute era considerata come assenza di disturbi o interferenze nel funzionamento biologico del corpo, affiancata dall'assenza di dolore o di una disfunzione. Il modello biomedico, di cui tracce ne abbiamo ancora oggi, presuppone che la malattia sia fuori controllo del soggetto che la sperimenta, che sia un "guasto" dovuto agli agenti patogeni che innescano i processi somatici, separati da quelli psicosociali, e che siano gli unici responsabili della genesi della malattia. La diagnosi e il relativo trattamento, invece, sono compito dei medici esperti in materia, capaci di fare un'analisi dei difetti biofisici e di prescrivere un'adeguata terapia.

Il punto di forza del modello biomedico, soprattutto grazie all'attuale sviluppo delle scienze e al progresso in campo della diagnostica strumentale, è quello di riuscire a dare una diagnosi clinica ben precisa. Il punto debole, invece, è legato alla difficoltà di formulare una diagnosi clinica là dove la malattia non sia legata ad un danno anatomico-strutturale o funzionale, ma alla presenza di problematiche di carattere psico-sociale.

In ogni modo, in un quadro di sviluppo delle conoscenze scientifiche in area medica, il paradigma cartesiano-newtoniano, non poteva e non può essere considerato un gran progresso. Mantenere l'approccio meccanicistico significava minare l'intera correttezza del processo terapeutico in cui il paziente rischiava di rimanere un destinatario passivo delle cure. Per questa ragione, tra molti altri motivi, immediatamente dopo la II guerra mondiale, che ha lasciato dietro di sé milioni di persone inferme non solo nel corpo ma anche nella mente e molto spesso private dalle relazioni sociali, è nata un'impellente esigenza di rivisitare il modello biomedico, integrandolo con la dimensione psicologica e sociale.

Modello "biopsicosociale"

L'introduzione del modello "biopsicosociale" (BPS), risale al 1946, quando l'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS), nella sua costituzione, adottò una nuova definizione di salute, secondo la quale essa: "*è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto di assenza di malattia o infermità.*" Anche se Roy R. Grinker già nel 1964 ha usato il termine "biopsicosociale" (Grinker, 1964), ci sono voluti circa trent'anni affinché il mondo psichiatrico, grazie all'intervento di George Libman Engel del Medical Center della Rochester University (NY) nel 1977, si accorgesse di questa breve citazione della costituzione dell'OMS e la accettasse definitivamente come un paradigma di riferimento nell'approccio alla persona (Engel, The need for a new medical model. A challenge for biomedicine, 1977). Tre anni dopo, lo stesso Engel ha ribadito la necessità di introdurre il modello "biopsicosociale" in clinica, confermandolo come "status quo" della psichiatria contemporanea (Engel, The clinical application of the biopsychosocial model, 1980).

Nei successivi decenni il modello BPS ha acquisito sempre più importanza sia negli interventi nell'area della salute fisica o mentale che nei progetti socio-educativi. Sin dalla sua comparsa tale modello è stato ampia-

mente accettato dalle scienze mediche, dalla psicologia della salute e dalle scienze dell'educazione. Attualmente i medici, gli psicologi, così come diversi centri di psichiatria e istituzioni educative in tutto il mondo, approvano ufficialmente l'approccio BPS.

Il modello "biopsicosociale" impiega sistematicamente i fattori biologici, psicologici e sociali, incluse le loro complesse interazioni, nella comprensione della salute psicofisica e nella scelta dell'intervento terapeutico. Le più recenti normative e le guide internazionali prevedono lo sviluppo di approcci integrati nelle situazioni complesse, sia per assicurare la qualità degli interventi, sia per perseguire la loro efficienza operativa. Inoltre, diversi professionisti della salute, considerano il modello BPS come una guida nell'approccio terapeutico. Come sostiene ad esempio Gatchel, ogni intervento "*che si concentra solo su uno di questi insiemi di fattori fondamentali sarà incompleto*" (Gatchel, 2004, p. 797). Di conseguenza il modello BPS, focalizzando l'attenzione sull'approccio unitario e globale della persona, è una piattaforma favorevole all'approccio interdisciplinare tra le varie professioni, quali i medici, gli psicologi, i professionisti sociali e gli educatori. La stessa Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) ha promosso questo modello all'interno della ricerca d'interventi sanitari e socioassistenziali complessi. L'esempio più significativo riguarda l'impiego del modello nella classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, per strutturare le linee guida cliniche sia per gli adulti sia per i bambini ed adolescenti (Organizzazione Mondiale di Sanità [OMS], 2001), (Organizzazione Mondiale di Sanità [OMS], 2007).

Modello integrale

Da quando George Engel ha messo in dubbio il predominio del modello biomedico e presentato il modello "biopsicosociale", basato sulla teoria dei sistemi (von Bertalanffy, 1968), è ancora in corso il dibattito, non solo puramente speculativo ma anche pratico, che riguarda principalmente tre questioni: 1) quale approccio è più efficace nelle cure della persona, quello biomedico o quello "biopsicosociale"?; 2) il modello BPS può reggere dal punto di vista epistemologico?; 3) le dimensioni incluse nel modello BPS abbracciano realmente tutti gli aspetti dell'esistenza umana o ci sono altre aree che, integrate all'interno del medesimo modello, offrirebbero una visione più completa della salute e della malattia?

Innanzitutto, diversi autori concordano che i due modelli non si escludono a vicenda nei percorsi terapeutici, anzi, si integrano. Nel 2005 Elena Klimenko con i suoi collaboratori ha condotto un'interessante indagine qualitativa tra gli operatori sanitari provenienti dalle tre aree di medicina: tradizionale *mainstream medicine* (MM), integrativa *integrative medicine* (IM) e complementare-alternativa *complementary and alternative medicine* (CAM), per capire se questi approcci si escludono reciprocamente perché considerati contraddittori, oppure se si combinano tra di loro. Per chiarezza, IM e CAM fanno riferimento al modello BPS. I risultati hanno dimostrato che la maggior parte degli operatori sanitari, ovviamente, utilizza l'approccio biomedico soprattutto perché questo è il loro mestiere, ma è inoltre emerso che tutti gli operatori combinano tra loro differenti modelli e definizioni della salute, fornendo le chiavi di lettura per una migliore comprensione dello stato di salute del paziente (Klimenko, Julliard, Lu, & Song, 2006).

Nonostante il riconoscimento dell'importanza del modello BPS nel superamento dell'approccio biomedico, sono state avanzate alcune critiche nei suoi confronti, soprattutto riguardo alla sua impostazione epistemologica. Nel 1998 Niall McLaren ha sfidato la stessa affermazione di Engel, secondo cui il modello BPS deriva fedelmente dalla Teoria Generale dei Sistemi *General Theory of Systems* (GTS), affermando che esistono caratteristiche intrinseche della GTS che ne precludono questo passaggio. Il modello BPS, dal punto di vista metodologico, non è conforme ai criteri per essere un modello. I modelli sono concreti e la loro applicazione

può essere misurata, ciò è particolarmente difficile per il modello BPS (McLaren, 1998). La stessa poca chiarezza rispetto alle relazioni tra i tre concetti indebolisce sensibilmente la coerenza interna del modello (Borrell-Carrió, Schuman, & M., 2004). C'è da aggiungere, inoltre, che i sistemi sono “complessi” e contemporaneamente “aperti”, quindi come tali sono soggetti all'influenza di fattori non identificati (Benning, 2015). Secondo David Pilgrim, anche l'impianto epistemologico del modello BPS rimane debole e perfino ingenuo, perché il modello nasce per spiegare in modo ampio l'emergere delle malattie o disabilità e non può essere considerato come una solida teoria della salute e della malattia applicabile all'intero campo della medicina (Pilgrim, 2015).

Le critiche brevemente sopra riportate prospettano un interessante campo di esplorazione e riflessione relativamente all'integrazione ed al consolidamento del modello BPS. Esaminando l'applicazione dello stesso fuori dal contesto puramente ospedaliero, (ad esempio in una comunità terapeutica per pazienti psichiatrici o tossicodipendenti, o infetti dal virus HIV) ci si accorge che i modelli biomedico e “biopsicosociale”, non solo “convivono” ma si integrano perfettamente. Gli operatori, avendo come obiettivo primario la cura della salute del paziente (chiamato anche utente), da anni adottano i due modelli parallelamente, a seconda delle problematiche di salute che egli presenta. Ad esempio, il sospetto che un utente abbia la cirrosi epatica, dovuta all'uso di sostanze, richiede una specifica diagnosi di tipo biomedico; ma se lo stesso paziente soffre anche di depressione, poiché rifiutato dalla famiglia, è prassi ormai consolidata ricorrere al modello BPS, sia nella fase di formulazione della diagnosi, che di scelta della terapia. L'esperienza di lavoro con gli utenti ci porta, però, alla convinzione che tale positiva ed utile convivenza dei due modelli non sia sempre sufficiente. L'uomo non è una riduttiva somma degli organi che lo compongono, funzionanti o non, una mente sana o malata, ma una realtà etica. Per questo motivo i moderni approcci alla malattia trattano il paziente come una Persona con tutta la sua complessità e totalità, dove accanto alla dimensione biologica, psicologia e sociale sono presenti anche altre dinamiche che incidono significativamente sul benessere o malessere della persona. Per integrare ulteriormente il modello BPS, propongo d'includere altre tre fondamentali dimensioni: culturale, esistenziale e spirituale.

La dimensione culturale. Una delle influenze meno esplorate in tema di salute e malattia, è l'impatto che ha la cultura sulla percezione del benessere soggettivo delle persone (Compton & Hoffman, 2005). La cultura è stata definita come l'insieme degli atteggiamenti, dei valori, delle credenze e dei comportamenti condivisi da un gruppo di persone, comunicata da una generazione all'altra attraverso il linguaggio o altri mezzi di comunicazione (Matsumoto, 1994). Della cultura fanno parte anche la lingua, le tradizioni, la storia del proprio paese, la religione e tutto ciò ha un enorme influsso sull'identità della persona e sulla sua sensibilità. La domanda che nasce spontanea è: “cosa c'entra la cultura con la salute o la malattia?” Innanzitutto la cultura è una dimensione che, accanto a quella biologica, psicologica e sociale, non può essere dimenticata, perché fa parte dell'essere Persona. Misurando i livelli di benessere psicologico, questi variano tra le culture a seconda del modo in cui le persone usano le emozioni positive e negative (Wirtz, Dhiu, Diener, & Oishi, 2009). Ed Yong sostiene che diverse culture forniscono alle persone modi differenti per interpretare le esperienze e le emozioni. I giudizi riguardanti i livelli di felicità e di soddisfazione per la vita di ciascuno, a loro volta, potrebbero influire sulla salute generale della persona (Yong, 2009). Una delle scienze che analizza i cosiddetti determinanti sociali e culturali della psicopatologia e i trattamenti psicosociali della gamma di problemi mentali e comportamentali, è la *psichiatria transculturale*, chiamata anche *etnopsichiatria*. Essa nasce come psicologia comparativa delle razze umane che, consacrando un legame tra l'antropologia ed etnologia, studia le malattie mentali in una prospettiva interculturale (Coppo, 2003). Recentemente è emersa una nuova area di ricerca, chiamata *neuroscienze culturali*, dove si indagano le variazioni culturali nei processi psicologici,

neurale e genomici. Innumerevoli risultati confermano un stretto legame tra l'evoluzione socioculturale e i processi mentali della persona (Cacioppo, Berntson, & Decety, 2010) e spiegano le problematiche attuali nelle disparità di salute della popolazione (Chiao, et al., 2010). Trovo pertanto rilevante e significativo considerare la dimensione culturale parte fondamentale del modello integrale.

La dimensione esistenziale. La seconda dimensione che propongo d'includere nel modello integrale è la dimensione esistenziale, in cui l'uomo elabora il proprio progetto di vita, basato sui valori, e mentre lo realizza trascende sé stesso trovando il senso e il significato della propria esistenza. La complessità dei contesti sociali e culturali in cui è immerso l'uomo, con la sua storia individuale, trasforma la domanda di senso in un bisogno esistenziale e trasversale (*meta-need*), il quale, finché non trova la sua piena soddisfazione, diventa una delle maggiori preoccupazioni dell'essere umano. Secondo la psicologia esistenziale, la domanda di senso è uno dei più importanti fattori legati alla salute mentale e all'agire dell'uomo, perché è presente in ogni sua dimensione: biologica, psicologica, sociale, culturale e spirituale. Per questo motivo la dimensione esistenziale deve far parte del modello integrale. Viktor Emmanuel Frankl, un precursore della corrente esistenzialista, sosteneva che il significato che attribuiamo alla vita è soggettivo ed in continuo cambiamento (Frankl, *Man's search for meaning*, 1963). Secondo Frankl nell'essenza dell'uomo esiste una forte tensione tra l'essere e la volontà di senso. Quest'ultima, è la motivazione primaria degli atteggiamenti e delle scelte quotidiane dell'uomo. La percezione significativa di sé e del proprio vissuto favorisce l'equilibrio psichico della persona. Contrariamente, la percezione del vuoto esistenziale, caratterizzato da forti conflitti interiori, problemi di coscienza, carenza di valori e da altre angosce della vita, porta alla nevrosi noogena (in greco *noos* = spirito) che in casi estremi può spingere la persona verso il suicidio (Frankl, *Alla ricerca di un significato della vita*, 1993), (Frankl, *La sfida del significato. Analisi esistenziale e ricerca di senso*, 2005).

La dimensione spirituale. Potrebbe sembrare che la dimensione della spiritualità sia molto distante dalle questioni psicologiche e dagli argomenti trattati. Credo che sia importante capire che cosa si intende per spiritualità, prima di procedere con i prossimi ragionamenti. È un compito abbastanza arduo e sono convinto che il tentativo di definirla, nella sua essenza e nel suo significato, catturato con le parole, dipenda dalla propria esperienza di spiritualità. Senz'altro la spiritualità non implica che una persona debba essere per forza legata a qualche religione, anzi, essa non può essere delimitata da una forma istituzionale. La distinguerei anche nettamente dalla religiosità, un'espressione della fede attraverso i riti religiosi. Semmai, la spiritualità è un costante e dinamico processo di cura: della propria armonia interiore, della coerenza di vita con il proprio sistema valoriale e della profonda relazione con la propria anima e con l'aldilà. In ogni modo, grazie ad una serie di studi, è stato confermato che il tema della spiritualità sia rilevante, poiché essa è considerata uno dei predittori del benessere psicologico, quindi anche della salute mentale. Negli ultimi anni c'è stato un notevole interesse della ricerca nel descrivere il ruolo della spiritualità nel miglioramento del benessere psicologico (Ellens, 2008). La spiritualità è la capacità di un individuo di sviluppare un modo innovativo di comprendere la propria vita. È un fenomeno universale che ha un impatto diretto sul benessere psicologico. Le ricerche mostrano, infatti, che esiste una correlazione positiva tra spiritualità e benessere psicologico (Foskett, Marriott, & Wilson-Rudd, 2004). Coloro che hanno credenze spirituali più forti, di qualsiasi tipo, mostrano un migliore adattamento alla soddisfazione della vita (Koenig, 2007). È stato anche documentato che la spiritualità è clinicamente rilevante rispetto alla salute delle persone (Miller & Thoresen, 2003), (Powell, Shahabi, & Thoresen, 2003). Essa può offrire dei benefici per il raggiungimento del benessere soggettivo. Tali benefici si estendono verso l'area biologica, psicologica e sociale dell'uomo. Poiché la spiritualità è in grado di fornire uno scopo e una speranza, è un facilitatore naturale del raggiungimento del benessere mentale, oltre al fatto che può stabilire le condizioni per il perseguimento dell'armonia interiore. Personalmente, ritengo che la

spiritualità possa influenzare notevolmente la definizione di salute oltre a facilitarne il suo mantenimento.

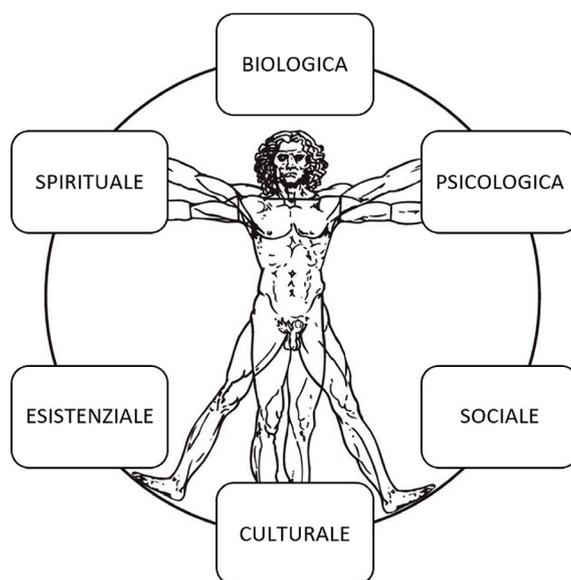
Conclusione

La prospettiva di un ulteriore sviluppo delle scienze mediche e di celeri cambiamenti in ambito sanitario ed educativo, determina la necessità di una seria riflessione riguardo lo sviluppo ed integrazione del modello di George Engel.

Osservando l'attuale prassi clinica e socio-educativa, ci si rende conto che l'approccio integrale è già presente, ma non sempre in modo consapevole e riconosciuto. Molto spesso gli interventi degli operatori socio-sanitari e degli educatori sociali e professionali, si basano su anamnesi ricche e complesse che utilizzano l'intera gamma di indicatori. Queste anamnesi vanno oltre l'approccio BPS, permettendo così l'aumento della probabilità di successo degli interventi sanitari o socio-educativi. Questa prassi fa emergere una visione più completa della salute e della malattia. L'attenzione alla visione integrale dell'uomo ha aperto anche la possibilità di potenziare gli interventi preventivi e di promozione di stili di vita sani. Sono quindi convinto che il modello "biopsicosociale", richieda una revisione strutturale attraverso l'inclusione di nuove dimensioni: *culturale*, *esistenziale* e *spirituale*, anche perché esse definiscono e specificano meglio la dimensione sociale che rimane troppo generica.

Figura 1

Dimensioni del Modello Integrale



L'inclusione delle nuove dimensioni da una parte mette in discussione gli equilibri già esistenti nel modello precedente, ai quali ci siamo abituati nei nostri schemi mentali, dall'altra parte permette di potenziare il dinamismo ed efficacia dei nostri interventi nel campo clinico e socio-educativo.

Rimangono ancora numerosi temi aperti rispetto alla proposta della revisione del modello BPS. Ne segnalo almeno due. Il primo, particolarmente importante, riguarda la necessità di svincolare il modello dai legami con la teoria generale dei sistemi, la quale resta sempre un'ottima teoria, ma che non aggiunge alcuna robu-

stezza al modello BPS (White, 2005). Questo ci permetterebbe di utilizzare diversi sistemi concettuali in grado di descrivere in modo sempre più completo ed integrale lo stato di salute del nostro paziente/utente. Il secondo tema riguarda la comunicazione tra le varie professioni appartenenti alle equipe interdisciplinari (OSS, infermieri, medici, psicologi, psichiatri, neuropsichiatri, assistenti sociali educatori, antropologi, politici, ecc.). Per mettere a sistema i contributi di diverse specializzazioni servirebbe non solo un dialogo costruttivo, che in molti casi concreti è già presente, ma soprattutto un linguaggio comune e l'utilizzo di strumenti condivisi.

Insomma, la proposta del modello integrale non vuole alimentare la percezione che il modello BPS sia inadeguato o sbagliato. Per diversi anni è stato un ottimo punto di riferimento per innumerevoli interventi nel campo clinico e socio-educativo. Alla luce degli ultimi sviluppi delle scienze e della società, la dimensione sociale, parte del modello BPS, necessita però di una migliore e più aggiornata definizione che valorizzi le dimensioni sopra citate. L'approccio integrale consentirebbe di avere una visione unitaria dell'uomo, elevando al massimo le possibilità di successo, quando si affronta la malattia o le condizioni di debolezza, vulnerabilità e fragilità.



The current status of the Biopsychosocial Model in health psychology and education is contested and needs to be reviewed. The most frequently made criticisms often contemplate the "holistic" or multilevel perspective. The article discusses possible revisions of the model that go towards an integral approach.

Bibliografia

- Benning, T. B. (2015). Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Advances in Medical Education and Practice* (6), pp. 347-352.
- Borrell-Carrió, F., Schuman, A. L., & M., E. R. (2004). The Biopsychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), pp. 57-582.
- Cacioppo, J., Berntson, G., & Decety, J. (2010). Social neuroscience and its relation to social psychology. *Social Cognition*, 28, 675-684.
- Chiao, J. Y., Hariri, A. R., Harada, T., Mano, Y., Sadato, N., Parrish, T. B., & Iidaka, T. (2010). Theory and methods in cultural neuroscience. *Social cognitive and affective neuroscience*, 5(2-3), pp. 356-361.
- Compton, W., & Hoffman, E. (2005). Positive Psychology. *The Science of Happiness and Flourishing*. Belmont, CA, USA: Wadsworth Cengage Learning.
- Coppo, P. (2003). *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cosmacini, G. (2016). *Elogio della materia. Per una storia ideologica della medicina*. Milano: Edra.
- Davey Smith, G. (2005). The biopsychosocial approach: a note of caution. *Biopsychosocial medicine: An integrated approach to understand illness*, pp. 77-102.
- Ellens, J. (2008). *Understanding religious experiences: what the Bible says about spirituality*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), pp. 129-136.
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*(137), pp. 535-544.
- Foskett, J., Marriott, J., & Wilson-Rudd, F. (2004). Mental health, religion and spirituality: Attitudes, experience and expertise among mental health professionals and religious leaders in Somerset. *Mental Health, Religion & Culture*, 7(1), pp. 5-22.
- Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning*. New York, NY, USA: Pocket Books.
- Frankl, V. (1993). *Alla ricerca di un significato della vita*. Milano: Mursia.
- Frankl, V. (2005). *La sfida del significato. Analisi esistenziale e ricerca di senso*. Trento: Centro Studi Erickson.
- Gatchel, R. J. (2004). Comorbidity of Chronic Pain and Mental Health: The Biopsychosocial Perspective. *American Psychologist*, 59, pp. 792-794.
- Giannetto, E. (2004). Note sulla "meccanica classica" e la concezione meccanicistica della natura. In P. Tucci, a. Garuccio, & M. Nigro (Ed.), *Atti del XXIII Congresso Nazionale di Storia della Fisica e dell'Astronomia, 5-6 giugno 2003* (pp. 212-220). Bari: Progedit.
- Grinker, R. S. (1964). A struggle for eclecticism. *American Journal of Psychiatry*(121), pp. 451-457.
- Klimenko, E., Julliard, K., Lu, S. H., & Song, H. (2006). Models of health: a survey of practitioners. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 12(4), pp. 258-267.
- Koenig, H. G. (2007). Religion, spirituality and medicine in Australia: research and clinical practice. *Medical Journal of Australia*, 186(10), pp. 45-46.

-
- Matsumoto, D. (1994). *People: Psychology from a cultural perspective*. Pacific Grove, CA, USA: Brooks/Cole.
- McLaren, N. (1998). A critical review of the biopsychosocial model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), pp. 86-92.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American psychologist*, 58(1), p. 24.
- Organizzazione Mondiale di Sanità [OMS]. (2001). *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Trento: Erickson.
- Organizzazione Mondiale di Sanità [OMS]. (2007). *ICF-CY. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Versione per bambini e adolescenti*. Trento: Erickson.
- Pilgrim, D. (2015). The Biopsychological Model in Health Research: Its Strengths and Limitations for Critical Realists. *Journal of Critical Realism*, 14(2), pp. 164-180.
- Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American psychologist*, 58(1), p. 36.
- von Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory. Development, Applications* (Mondadori ed.). (t. it., Trans.) New York: George Braziller.
- White, P. (2005). *Biopsychosocial Medicine. An integrated approach to understanding illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Wirtz, D., Dhiu, C., Diener, E., & Oishi, S. (2009). What constitutes a good life? Cultural differences in the role of positive and negative affect in subjective well-being. *Journal of Personality*, 77(4), pp. 1167-1193.
- Yong, E. (2009). Secrets of the centenarians. Life begins at 100. *New Scientist*,(7), pp. 42-45.

TEORIA E PRASSI
Rivista di Scienze dell'Educazione

Anno 1
Numero 1
Ottobre 2020

Direttore responsabile:
Alessandro Alvisi

Progetto grafico / Impaginazione:
Francesco Galli

Hanno collaborato:
Daniele Bisagni
Elisa Bisagni
Claudia Gasparini
Krzysztof Szadejko
Chiara Tasselli
Daria Vellani
Umberto Vitrani

Segreteria di redazione:
Lia Poggi

Pubblicazione semestrale edita
dall'Istituto Superiore di Scienze dell'Educazione
e della Formazione "Giuseppe Toniolo"



tel.: +39 059 7112617
e-mail: segreteriarivaista@igtoniolo.it
sito: www.igtoniolo.it/teoria-e-prassi

Aut. Tribunale di Modena
3273/2020 del 03/06/2020
RG. n. 1333/2020