
Lo sviluppo della salutogenesi realizzato 5 da Antonovsky 1979 – 1994

Hege Forbech Vinje, Eva Langeland, and Torill Bull

Introduzione

Spero che a tempo debito sarà chiaro che la mia preoccupazione non è un mero cavillo semantico e che qui, come in tutta la scienza, il modo in cui si pone la domanda è cruciale per la direzione che si prende nel cercare le risposte (Antonovsky, 1979, p. 12).

Quando una persona riflette seriamente su un argomento per un periodo di circa tre decenni, è segno di retto pensiero e di sviluppo personale se, alla fine di questo periodo, non è più in totale accordo con le idee precedenti. Lungo il percorso, le avventure diventano il germe (per usare l'espressione di Antonovsky) di nuove idee e livelli di comprensione. Così è stato anche per lo sviluppo del modello salutogenico di salute (SMH), uno sviluppo descritto a posteriori dallo stesso Antonovsky come una "odissea personale" durata decenni (Antonovsky, 1990). Mentre il capitolo 3 descrive Antonovsky uomo e ricercatore, questo capitolo descrive SMH e il suo sviluppo insieme agli eventi della vita del suo creatore fino alla sua morte prematura, nel 1994. Il capitolo si basa sui testi di Antonovsky. Particolarmente utili sono stati gli articoli scritti negli ultimi anni di vita, in cui guarda indietro e commenta lo sviluppo del suo pensiero. Questi articoli si aggiungono alle pubblicazioni in cui Antonovsky ha originariamente presentato le sue idee. In SMH sono presenti concetti importanti, di cui ripercorriamo lo sviluppo in questo capitolo: stress, rottura, risorse, senso di coerenza (SOC) e salute.

Nei suoi due libri principali (Antonovsky, 1979, 1987) Antonovsky si allontana dalla visione medica tradizionale secondo cui l'omeostasi è la condizione umana di base e introduce la visione filosofica funzionale secondo cui "*l'organismo umano si trova prototipicamente in uno stato di disequilibrio eterostatico come cuore dell'orientamento salutogenico*" (Antonovsky, 1987, p. 130). La pubblicazione nel 1979 di *Health, Stress and Coping* ha costituito l'apice di 15 anni di lavoro, durante i quali Antonovsky giunse a comprendere che la malattia, il malessere e l'entropia (il declino nel disordine) sono la norma, piuttosto che l'eccezione alla regola, di processi omeostatici autoregolati in diverso modo che vengono occasionalmente disturbati con una conseguente patologia. Per lui era un compito inutile cercare di capire e controllare ogni singolo fattore che potesse portare a questa o quella particolare malattia. Un approccio più proficuo poteva essere quello di concentrarsi su quello che riteneva essere il problema generale dell'adattamento attivo a un ambiente in cui gli stressor sono onnipresenti e inevitabili. Egli introdusse il termine di

H. F. Vinje, The Forbech Vinje Academy (www.forbechvinje.no), Sandefjord, Norway

E. Langeland, Department of Health and Caring Sciences, Faculty of Health and Social Sciences, Western Norway University of Applied Sciences, Bergen, Norway

T. Bull, Department of Health Promotion and Development, Faculty of Psychology, University of Bergen, Bergen, Norway

entropia negativa (Antonovsky, 1987, p. 9), in cui l'obiettivo era quello di cercare nel contesto socioculturale, nell'ambiente fisico e dentro l'organismo fino al livello cellulare input utili a contrastare la normale tendenza all'entropia. Quindi, l'entropia negativa, o *negentropia* come la chiamava lui, è in realtà qualcosa di positivo.

Nel suo tentativo di studiare la salute anziché la malattia, Antonovsky coniò la famosa nuova parola: “*salutogenesi* - le origini (*genesis*) della salute (*saluto*)” (Antonovsky, 1979, prefazione vii), con l'intrigante domanda: quali sono le origini della salute? Nel corso delle sue ricerche, Antonovsky ha proposto ugualmente una risposta corretta alla domanda: “*Le origini della salute si trovano nel senso di coerenza*” (Antonovsky, 1979, prefazione vii). Questa domanda e la relativa risposta costituiscono il modello SMH, il cui sviluppo è al centro di questo capitolo. Nelle sue descrizioni del modello, e soprattutto del processo di sviluppo, Antonovsky sottolinea le lotte sostenute da lui e da altri ricercatori e professionisti, per passare da un paradigma all'altro: “*Non mi faccio illusioni. È improbabile che l'orientamento salutogenico prenda il sopravvento. La patogenesi è troppo radicata nel nostro pensiero ...*”. (Antonovsky, 1996b, p. 171). Antonovsky esortava tuttavia i ricercatori di diverse discipline e diverse metodologie a lavorare insieme per portare sempre più avanti la conoscenza delle origini della salute.

Antonovsky ha lavorato a SMH per circa 30 anni. I primi 15 anni hanno portato nel 1979 alla pubblicazione del libro *Health, Stress and Coping* e alla presentazione di SMH nella sua interezza. Nei 15 anni successivi ha migliorato, perfezionato e coltivato la comprensione del modello e degli elementi in esso contenuti. L'uscita del libro *Unravelling the Mystery of Health* (1987) ha rappresentato l'apice nella sua carriera. Questo libro doveva essere una versione rivista di *Health, Stress and Coping*, ma finì per essere un libro completamente nuovo, che presentava e spiegava principalmente il concetto di senso di coerenza, la sua risposta alla domanda salutogenica. Il suo secondo libro ha avuto un enorme successo ed è stato tradotto in diverse lingue.

Nella prefazione del primo libro, Antonovsky (1979) sottolinea che non offre soluzioni semplici alla questione salutogenica e non si sottrae a discussioni tecniche quando necessarie. I suoi scritti sono rivolti non solo ai colleghi di sociologia medica, ma anche a sociologi, psicologi, infermieri psichiatrici, medici, organizzatori di servizi sanitari, epidemiologi, architetti, organizzatori di comunità e altri ancora, che professionalmente o personalmente desiderano comprendere e migliorare le capacità di adattamento degli esseri umani (Antonovsky, 1979, prefazione viii). La portata decisamente ampia di pubblico a cui si rivolge si riflette anche nello spaccato in cui trova ispirazione teorica e intellettuale. Esprime il suo debito nei confronti di studenti, ricercatori junior e colleghi, senza i quali non sarebbe arrivato così lontano. Sottolinea più volte la necessità e il valore delle critiche di studenti e colleghi, non solo per le idee che ne ha tratto, ma anche per la sfida intellettuale rappresentata dalla necessità di fornire spiegazioni. Non solo in *Health, Stress and Coping*, ma anche in *Unravelling the Mystery of Health* Antonovsky indica di chi è culturalmente

debitore. Cita e accredita studiosi come Hans Selye, René Dubos, George Engel, Thomas Holmes, Richard Rahe, John Cassel e Melvin Kohn. Se da un lato ritiene di aver aperto nuove strade, dall'altro afferma di vedere echi delle sue idee ovunque (Antonovsky, 1987, p. 34). Pur affermando di trovare prove dell'influenza di grandi pensatori nel suo lavoro, descrive una sensazione di relativo isolamento quando introduce il concetto di salutogenesi e sviluppa SMH. Mentre racconta che tutti gli altri ricercatori dell'epoca si concentravano sulla necessità di spiegare la patologia, la sensazione di isolamento si intensificava con l'introduzione del senso di coerenza, la risposta alla domanda salutogenica (Antonovsky, 1987, p. 33). Sviluppando SMH, non solo si distaccava dal lavoro precedente, ma anche dal lavoro di quasi tutti gli altri all'epoca. Vicino alla pubblicazione di *Health, Stress and Coping*, scopre però che la questione salutogenica viene posta sempre più spesso e nota con curiosità che vengono condotti numerosi studi di ricerca almeno in parte congruenti con il concetto di SOC. Non si sente più solo, perché stanno emergendo elementi, varianti e concezioni alternative della salute e della malattia nelle scienze sociali (Antonovsky, 1987, p. 34). Con umiltà, Antonovsky attribuisce questo sviluppo principalmente alle rigorose ricerche di colleghi e non tanto al proprio lavoro. Nel libro del 1987 dedica un capitolo alle convergenze, discrepanze e divergenze tra le ricerche di Suzanne Kobasa, Thomas Boyce, Rudolf Moos, Emmy Werner e David Reiss e dimostra ancora una volta come le sue idee e teorie si sviluppino in interazione con le teorie di altri studiosi.

In tutti i suoi scritti su SMH, Antonovsky fornisce un resoconto in qualche modo personalizzato di come è arrivato a lavorare sull'argomento in questione, presenta le sfide che incontra sul suo cammino e chiarisce e spiega come procede e raggiunge il punto in cui si trova quando scrive questo particolare libro o articolo. Sembra che abbia appreso questo approccio da studiosi orientali (Antonovsky, 1979, prologo 1). L'essere così dettagliato sul processo di ricerca rende la lettura molto interessante e dà l'impressione di uno studioso umile, in cammino, che invita altri ricercatori a partecipare alle sue riflessioni. Antonovsky dichiara che SMH è solo una parte della concettualizzazione di quello che per lui è uno dei più grandi misteri dello studio degli esseri umani: "*Come facciamo a rimanere in salute?*". (Antonovsky, 1979, prefazione vii). Sviluppando SMH, non solo si è staccato dal lavoro precedente, ma anche dal lavoro di quasi tutti gli altri all'epoca. Con una nota di speranza, in *Health, Stress and Coping* esprime l'auspicio che la questione salutogenica sia abbastanza convincente da indurre i ricercatori a raccogliere il guanto di sfida e a sviluppare ulteriormente il modello. Questo libro ne è una chiara dimostrazione.

Le ricerche sullo stress: i punti principali

Antonovsky all'inizio non era particolarmente interessato allo stress (Antonovsky, 1990). Tuttavia, successivamente seleziona le ricerche (Hollingshead & Redlich, 1958; Kardiner & Ovesey, 1951; Selye, 1956) che lo hanno indotto a fermarsi un po' a riflettere sulle questioni relative allo stress durante gli

anni della sua formazione a Yale, nella tradizione culturale antropologica di Sumner-Keller, negli anni Cinquanta. Tuttavia, all'epoca le riteneva periferiche rispetto ai suoi interessi principali e non credeva che avrebbe trascorso la maggior parte della carriera a studiare il processo dello stress. I suoi interessi principali durante questi anni di formazione erano “*cultura e personalità, stratificazione sociale e relazioni etniche*” (Antonovsky, 1990, p. 71). Essendo cresciuto a New York e figlio di genitori ebrei, si può supporre che questo interesse sia stato risvegliato dal contatto sia con la cultura ebraica che con quella nordamericana, culture che ha messo in contrapposizione in diverse pubblicazioni (si veda, ad esempio, Antonovsky, 1971). Nel 1955/1956, Antonovsky concludeva la sua tesi di dottorato, nella quale aveva studiato le risposte cognitive di coping a stressor psicosociali socialmente strutturati (Antonovsky, 1979). Minoranze etniche e situazioni sociali marginali erano al centro della ricerca di dottorato. Ha continuato su questa strada per altri sei anni, anche se l'interesse si è spostato sulla risposta organizzativa a livello di gruppo all'immigrazione, e agli stressor da basso reddito e da discriminazione (Antonovsky, 1979). Questo spostamento è stato determinato dal suo lavoro sulla storia del movimento operaio ebraico negli Stati Uniti (Antonovsky, 1961) e come direttore della Commissione contro le discriminazioni dello Stato di New York. La risposta organizzativa a livello di gruppo agli stressor da povertà e da immigrazione è diventata una delle sue principali preoccupazioni e ha avviato diversi studi sulle conseguenze di questi stressor (Antonovsky & Lorwin, 1959). Perciò, sebbene negli anni Cinquanta avesse lavorato anche a una serie di progetti non collegati ai suoi interessi principali (un'esperienza ben nota a molti giovani ricercatori), stressor e risposte di coping a livello individuale e di gruppo erano per lui di particolare interesse. Descrive sé stesso come un sociologo di orientamento antropologico, interessato a comprendere gli aspetti particolari di una società – aspetti socioculturali - nel fronteggiare gli stressor (Antonovsky, 1979). In maniera retrospettiva, nel suo articolo *Odysey* (Antonovsky, 1990), si presenta come un sociologo della salute impegnato nello studio del processo di stress, torna indietro di circa 25 anni e scrive che il punto di partenza è stato il suo lavoro sugli stressor nella vita.

Dopo essere emigrato in Israele nel 1960, gli impegni di ricerca di Antonovsky suscitarono maggiori stimoli per il lavoro che avrebbe portato avanti per il resto della vita e lo misero sulla strada per diventare un sociologo della medicina (Antonovsky, 1990, p. 72). Accettò un posto presso l'Israel Institute for Applied Social Research di Gerusalemme e iniziò a insegnare nel Dipartimento di Medicina Sociale. Insieme a Judith Shuval avviò un progetto di ricerca sulle funzioni potenziali delle istituzioni sanitarie (Shuval et al., 1970), cui seguirono progetti sulla malattia coronarica, la sclerosi multipla, la menopausa e una serie di studi su classi sociali e aspetti di salute e malattia (Antonovsky, 1979, l'autore, xiv). Nel 1963, fu invitato da colleghi neurologi a partecipare alla progettazione di uno studio epidemiologico sulla sclerosi multipla, soprattutto perché aveva esperienza nella ricerca epidemiologica. Antonovsky vi partecipò perché il questionario dello studio includeva item su questa particolare area di

interesse per lui - i fattori socioculturali (Antonovsky et al., 1965; Antonovsky & Kats, 1967). Tra gli item era incluso un elenco di stressor di tipo oggettivo, come la classe sociale e le cattive condizioni di vita. Questo fa parte della svolta di Antonovsky verso un interesse su classe sociale, morbosità e mortalità. Gli studi di questo periodo mostrano il suo impegno nell'ipotizzare un legame diretto tra stressor e malattie, in particolare tra classe sociale e condizioni di vita precarie.

Definì gli stressor oggettivi come quelle esperienze che chiunque, ovunque, sarebbe d'accordo a considerare tali, indicando come esempio illuminante la fame per un lungo periodo di tempo. In questa fase la sua preoccupazione principale fu quella di mettere insieme dati relativi a stressor e malattie, piuttosto che andare più a fondo al di là dei dati, e chiedersi perché? (Antonovsky, 1967a, 1967b, 1968).

In questo periodo, è stato anche coeditor del libro *Poverty and Health* con colleghi nel campo della sociologia (Kosa et al., 1969). Insieme pongono la domanda: "Quali sono gli stressor nella vita delle persone povere che soggiacciono al fatto brutale che riguardo a tutto ciò che è in relazione alla salute, malattia e stato di paziente, i poveri vengono fregati?" (Antonovsky, 1979, p. 3). La domanda sul perché cominciò a imporsi al centro del suo interesse.

Riflettendo su questo periodo di lavoro, Antonovsky racconta che è il momento in cui inizia a discostarsi da quello che chiama l'orientamento patogeno (Antonovsky, 1990). Ad alimentare le sue riflessioni furono gli scritti di Marc Fried sulle differenze sociali in salute mentale nel libro *Poverty and Health*. Non solo gli stressor erano importanti, sosteneva Fried, ma i poveri avevano anche meno risorse per combattere questi stressor (Antonovsky, 1979, p. 3). Il libro affermava chiaramente il legame tra povertà e peggiore salute, apportando la prospettiva sociologica che la salute più scadente era dovuta non solo alla minore qualità dei servizi sanitari offerti ai poveri, ma anche alle condizioni a cui i poveri erano esposti. Come Antonovsky scrisse in seguito, la classe più povera "aveva la peggio su tutta la linea, qualunque fosse la variabile dipendente. Questa era la classe che chiaramente aveva il carico di stress più elevato" (Antonovsky, 1990, p. 73). Inoltre, c'era un'altra caratteristica dello stress dei poveri e dei gruppi marginali che dava un'idea del perché, cioè la costanza degli stressor.

La costanza degli stressor imposti in queste condizioni di vita, le continue emergenze che la vita presenta, rendono immensamente difficile risolvere la tensione. La vita, anche per i più fortunati, è piena di conflitti e di stress, ma ci sono molti momenti in cui si può respirare (Antonovsky, 1990, p. 74).

Per comprendere il legame tra stressor e malattia, Antonovsky racconta di aver lottato con il problema metodologico di ottenere il giusto elenco di eventi di vita o di stressor da chiedere in una indagine. Alla fine, si rese conto che non si trattava di un problema metodologico, ma piuttosto di un problema filosofico; un risultato di quello che chiamava orientamento patogenico, o visio-

ne parsoniana dell'esistenza sociale, riferendosi alla teoria sociologica di quel tempo di Parsons (Parsons, 1951). All'epoca, la ricerca che si concentrava sugli stressor tendeva ad assumere la vita come intrinsecamente stabile e regolare, con gli stressor principali che si verificavano solo occasionalmente. Antonovsky (1990) sosteneva, tuttavia, che questa visione non era utile e piuttosto inadeguata per comprendere il processo di stress. Una visione più proficua era quella di vedere la vita come turbolenta e intrinsecamente piena di conflitti e di stress. Ancora una volta, egli si è ispirato a Fried e a ciò che ha definito "stress cronico" di vita, riferendosi a situazioni strutturali e culturali di lunga durata come la povertà, la disoccupazione, l'emarginazione, ecc. È importante, sostiene Antonovsky, comprendere la tensione continua di tali situazioni, poiché esse sono anche la fonte di molti dei principali eventi della vita, nonché delle difficoltà quotidiane che le persone devono affrontare.

Proseguire indisturbati lungo questa linea di ragionamento nel riprendere la ricerca di Antonovsky ci farebbe tuttavia trascurare un altro importante sviluppo che è nato da un'evoluzione parallela: uno studio sui fattori di rischio psicosociali della malattia coronarica come stressor negli immigrati in Israele dal Nord America (Antonovsky, 1967b). Essendo di fatto un rispondente nel suo stesso studio, Antonovsky ha osservato che sì, era esposto a stressor, ma che questi non avevano provocato disturbi, e che si era adattato con successo. Questo lo portò a concentrarsi sul modo in cui venivano affrontati stressor specifici e gravi (Antonovsky, 1990, p. 74).

Questo passo ha segnato il germe della distinzione che adesso faccio tra tensione e stress. Non negavo, e non nego ora, le potenziali conseguenze di malattia di molti stressor. Negli anni '70 tendevo ancora a considerare tutti gli stressor come spiacevoli e patogeni. Ma ho cominciato a chiedermi: che cosa succede davvero quando si incontra uno stressor?

L'osservazione fu che l'esposizione a stressor non porta inevitabilmente a stress e a malattia. Stressor di vario tipo creavano una tensione immediata nell'organismo, ma se veniva risolta non sfociava nello *stress*, che era la condizione dannosa per la salute da evitare. Il coping e la gestione della tensione sono emersi come concetti importanti e variabili di intervento tra tensione e stress/malattia. A questo punto della ricerca, c'è stato un cambiamento decisivo nel suo pensiero, e nella sua riflessione accademica si è rivolto per trovare ispirazione sia a Lazarus (Lazarus & Cohen, 1977) che a Selye (1956). Nel rimuginare sul "perché", si rese conto che in questa immagine non sono solo gli stressor a essere molto importanti, i poveri hanno anche meno risorse per farvi fronte. Ci sarà una differenza se due persone sono esposte allo stesso stressor e una ha molte risorse, mentre l'altra non ne ha praticamente nessuna. Sia l'esperienza che le conseguenze saranno diverse per entrambi. Lo studio di Antonovsky sulle malattie cardiovascolari e lo stress ha dimostrato un legame tra loro. Presentando questi risultati a un uditorio, il professor J.N. Morris gli pose una domanda stimolante: "*Perché solo le malattie cardiovascolari, perché*

non il cancro o qualsiasi altra malattia?” (Antonovsky, 1972, p. 537). Questo fece riflettere Antonovsky, che si rese conto di non essere realmente interessato ad alcuna specifica malattia, sia essa il cancro o la cardiopatia. Era interessato alle conseguenze di malattia degli stressor psicosociali, al *processo di rottura* che aveva luogo indipendentemente dal modo in cui la conseguenza si esprimeva (Antonovsky, 1979, prologo 4):

E allora sono rimasto colpito. Per Dio, Morris ha ragione. Non mi interessano le malattie cardiache, la sclerosi multipla o il cancro; mi interessa la rottura. Questa è l'origine del mio primo grande allontanamento dal pensiero corrente.

Antonovsky si rendeva conto di essere interessato a uno stato generale, che avrebbe voluto chiamare *dis-ease*. Tuttavia, trovò questo termine poco pratico perché sarebbe stato difficile, secondo lui, ottenere una distinzione sufficientemente chiara da *disease*. Ci sono esempi sfortunati nelle pubblicazioni successive ad Antonovsky, in cui “dis-ease” si è trasformato in “disease”, ignorando il trattino. Non è stato dunque trasmesso il senso che voleva dare Antonovsky. Nel tentativo di favorire la comprensione di questa importante distinzione, suggeriamo di utilizzare lo slash (*dis/ease*) al posto del trattino, quando necessario. Scelse allora il termine “*breakdown*” (rottura), che era stato usato dal professor Morris, al quale diede merito in un successivo articolo, noto come l'articolo sul *breakdown* (Antonovsky, 1972). Per ragioni tecniche non fu pubblicato fino al 1972, ma il messaggio principale di questo articolo era che gli stressor, affrontati senza successo, portano al rottura. “*Conteneva la prima risposta al problema posto dalla distinzione tra tensione e stress, una risposta espressa nel concetto di risorse generali di resistenza*” (Antonovsky, 1990, p. 76). Come mostra questa descrizione schematica, gli ultimi anni '60 sembrano anni importanti per lo sviluppo del suo modello. Antonovsky indica il 1967 e il 1968 come anni particolarmente essenziali in questo senso (Antonovsky, 1979, 1990). Negli anni successivi, si impegnò a concettualizzare le sue intuizioni, iniziando con un focus esplicito sulle risorse.

Risorse generali di resistenza (GRR): lo spostamento su un'altra chiave di lettura

Poiché le persone si trovano ad affrontare una molteplicità di richieste, Antonovsky trovò utile concentrarsi sulla comprensione delle *risorse generali di resistenza* (GRR), perché potevano essere applicate a un'ampia gamma di richieste e stressor. Egli propose di distinguere tra due tipi di problemi: (1) il classico problema medico del perché un individuo o un gruppo abbia la disposizione per una particolare malattia e (2) il problema di vivere l'esperienza di *dis-ease* o *rottura*, non correlata a diagnosi e malattia. Quest'ultimo divenne il suo obiettivo. Inoltre, teorizzava che tutte le malattie hanno qualcosa in comune e che esistono GRR per contrastarle tutte (Antonovsky, 1979). Ancora una volta si rivolse al lavoro di Selye e trovò particolare ispirazione nel termine di Selye “*sindrome generale di adattamento*” (Selye, 1956, 1975). Antonovsky (1979,

prologo 5) sostiene che: “*sembra imperativo concentrarsi sullo sviluppo di una comprensione più completa di quelle risorse generali di resistenza che possono essere applicate per soddisfare tutte le richieste*”.

Nel 1967, Antonovsky ha affermato che “*l’impatto di una determinata situazione esterna su una persona è mediato dalle risorse psicologiche, sociali e culturali a sua disposizione*” (Antonovsky & Kats, 1967, p. 16). Tuttavia, Antonovsky in seguito definisce in sostanza questo accenno alle risorse un’osservazione fatta di sfuggita (Antonovsky, 1974, p. 246). Nell’articolo sulla rottura, ritorna sulla questione delle risorse con un intento chiaro e introduce la sua definizione più generale di GRR: “*qualsiasi caratteristica della persona, del gruppo o dell’ambiente che possa facilitare una gestione efficace della tensione*” (Antonovsky, 1972, p. 99). Nello stesso articolo, egli classifica tre grandi gruppi di risorse: (1) adattabilità a livello fisiologico, biochimico, psicologico, culturale e sociale; (2) legami profondi con gli altri concreti e immediati; (3) impegno e legami istituzionalizzati tra l’individuo e la comunità complessiva (Antonovsky, 1972, p. 100). Tuttavia, la sua definizione formale di GRR è stata pubblicata solo nel 1979 (cfr. Fig. 5.2).

In *Health, Stress and Coping*, Antonovsky ha anche sottolineato l’importanza delle *risorse specifiche di resistenza* (SRR), ritenendole numerose e spesso benefiche in specifiche circostanze di tensione (Antonovsky, 1979, p. 99):

Esse (le SRR) sono numerose e spesso utili in particolari situazioni di tensione. Un certo farmaco, le ancore di salvezza telefoniche delle agenzie per la prevenzione del suicidio o uno sguardo comprensivo negli occhi di un pubblico a cui si sta tenendo una conferenza possono essere di grande aiuto per affrontare particolari stressor. Ma troppo spesso si tratta di questioni legate al caso o alla fortuna, oltre a essere utili solo in particolari situazioni.

Riassumendo, un’osservazione importante di questo periodo è stata che gli stressor non devono necessariamente portare alla malattia, perché la gestione dello stress e il coping possono funzionare come variabili di intervento (modificatori di effetto). Il grado di esposizione allo stress e il grado di risorse per affrontarlo variano. Certo, gli stressor creano tensione, ma questa tensione può essere risolta con successo. Influenzato da René Dubos e dai suoi avvertimenti contro il *miraggio della salute* e l’intensificarsi delle guerre contro ogni possibile malattia (Dubos, 1960), Antonovsky è passato a esplorare il termine *adattabilità* in contesti psicologici, sociali e culturali. Antonovsky lo chiama *adattamento attivo* e lo presenta come un termine complementare alla *bacchetta magica* nel paradigma patogenetico: “*La salutogenesi (...) ci porta a concentrarci sul problema generale dell’adattamento attivo a un ambiente inevitabilmente ricco di stressor*” (Antonovsky, 1987, p. 9).

Nei suoi resoconti dal 1990, Antonovsky si trova in questa fase del lavoro ancora saldamente ancorato al pensiero patogenetico. Vedeva gli stressor come una minaccia e il coping come un mezzo per prevenire disturbi e malattie. Tutta-

via, nel 1967-1968 si verificò un altro importante sviluppo. Parallelamente al lavoro sulle malattie cardiache, Antonovsky stava lavorando a uno studio sulle donne in menopausa (Antonovsky et al., 1971).

Uno dei risultati è stato che le donne esposte a importanti stressor ottenevano risultati peggiori nelle fasi successive della vita. Uno di questi importanti stressor a cui si viene prestata attenzione nello studio è stato l'aver vissuto l'Olocausto (Antonovsky preferiva chiamarlo *orrore*, ritenendo che stressor fosse un'espressione troppo banale). La maggior parte delle donne che avevano vissuto l'Olocausto ottenevano risultati significativamente inferiori a quelli delle altre donne. Tuttavia, un terzo di loro non era affatto più povero! Ciò ha indotto Antonovsky a chiedersi: "*Qual è stato il miracolo?*" (Antonovsky, 1990, p. 76). Qui vediamo un esempio di Antonovsky che si concentra sul caso deviante (vedi il paragrafo "Armonizzare: l'importanza di SMH per la promozione della salute" per ulteriori commenti su questo principio). Nel questionario dello studio sulla menopausa erano incluse voci sull'integrazione sociale. Antonovsky osservava che questo studio, antecedente allo sviluppo principale del concetto di *sostegno sociale*, poi così popolare, chiedeva piuttosto *quanto senti che hanno bisogno di te il coniuge, i figli, ecc.* L'attenzione si stava spostando verso la parte che dava piuttosto che verso quella che riceveva il sostegno, e questo, ha commentato nella sua rielaborazione, è stato il germe dell'elemento *significatività* del senso di coerenza (Antonovsky, 1990, p. 75). Quindi, all'inizio degli anni Settanta Antonovsky giunge alla conclusione di non essere interessato a malattie specifiche, ma a uno stato generale di rottura che deriva dall'incapacità di affrontare gli stressor.

... il rottura è il risultato di un disturbo irrisolto dell'omeostasi Non è quindi lo squilibrio a essere patogeno. È piuttosto l'incapacità prolungata di ripristinare l'equilibrio che porta al crollo. Quando le risorse di resistenza sono inadeguate a soddisfare la domanda, a risolvere il problema che è stato posto, l'organismo si rompe (Antonovsky, 1972, p. 541).

Aveva anche osservato il miracolo di persone che stavano bene nonostante esperienze orribili. Come era possibile? (Antonovsky et al., 1971). Inoltre, aveva condotto uno studio sulla salute della comunità di Beersheba, trovando un legame tra GRR e salute, che in seguito sarebbe stato pubblicato come capitolo in un libro curato dai noti ricercatori sullo stress, Barbara e Bruce Dohrenwend (Antonovsky, 1974). Nel 1973, lo studio sulla salute della comunità di Beersheba veniva presentato a un grande incontro di ricerca sullo stress a New York, organizzato dagli stessi Dohrenwend. A questo punto, i GRR non sono ancora stati definiti in modo completo dal punto di vista teorico. Antonovsky affermava che:

... c'era una certa sensazione generale che si riferisse a qualche risorsa che, intuitivamente, pensavamo fosse bene avere, un'intuizione a volte supportata da dati empirici. (...) tutti noi avevamo a che fare con la mancanza di GRR e ipotizzavamo che le per-

sone con un elevato carico di stressor che mancavano di GRR si sarebbero ammalate (Antonovsky, 1990, p. 76).

Sebbene gli elementi di SMH stessero prendendo forma, Antonovsky non era ancora pronto a formulare il modello completo. Descrive uno sviluppo nell'arco di 10 anni, a partire dal 1968 (Antonovsky, 1990, p. 76):

Nel 1968, come ho indicato, avevo capito che ero interessato al *dis-ease*, non alle malattie. Ma ci è voluto quasi un altro decennio, coinvolto nella crescente consapevolezza dell'ubiquità degli stressor e in una maggiore attenzione alle risorse di resistenza, prima che fossi in grado di fare il passo successivo.

Uno degli eventi importanti di questo decennio è stato il trasferimento da Gerusalemme a Beersheba nel 1973. L'aver contribuito alla creazione di una Facoltà di Medicina orientata alla comunità e alle cure primarie ebbe come conseguenza una riflessione approfondita sul tipo di medici che lui e loro volevano formare (Antonovsky, 1990, p. 76). A partire dal passaggio al concetto di GRR, ancora non adeguatamente definito, fu ispirato, durante lo sviluppo del curriculum, a strutturare i risultati delle ricerche e le sue idee teoriche in un quadro più completo. Scelse di chiamare il nuovo dipartimento all'interno della Facoltà "*Sociologia della salute*" (non sociologia medica, come era in uso comunemente altrove).

Come segno dello spirito dell'epoca, racconta che il Comitato di Ricerca dell'Associazione Sociologica Internazionale ha avuto bisogno di 13 anni per cambiare il suo nome da Sociologia Medica a Sociologia della Salute (ibidem, p. 76). Presentando l'illustrazione de *il fiume della vita* e il pregiudizio del concentrarsi sul flusso a valle di cui si discuteva all'epoca, Antonovsky voleva formare medici che dedicassero le loro energie per evitare che le persone venissero spinte nel fiume, piuttosto che a tirarle fuori dall'orlo del fiume a valle. Nel corso del tempo, tuttavia, la prospettiva di Antonovsky su stress e salute si è sviluppata ed è arrivata a riconoscere che non ci sono persone sulle sponde del fiume: si trovano tutte nel fiume, e sono tutte esposte a stressor e malattie. "*Naturalmente, siamo diversi a seconda di quanto siamo vicini all'annegamento. Ma come mi ha insegnato la mia amica e collega Rose Coser, 'siamo tutti casi terminali'*" (Antonovsky, 1990, p. 76).

Era diversa la sua visione della salute e della malattia da quella dei colleghi: non siamo tutti bene e ogni tanto ci ammaliamo, siamo tutti lungo un continuum con diversi livelli di salute (Antonovsky, 1990, p. 76):

È stato a questo punto che ho iniziato a vedere il lavoro dei miei colleghi nella ricerca sullo stress come caratterizzato da un orientamento patogenico. Si chiedevano: "Cosa fa sì che le persone abbiano un attacco di cuore? Sviluppano un cancro? E così via." Prima ero partito dalla domanda "Cosa fa ammalare le persone?", ma ora ho fatto un ulteriore passo decisivo. Non si trattava solo di capovolgere la domanda e chiedere

“Che cosa rende le persone sane?”. Ho proposto piuttosto di chiedere: “Che cosa fa muovere le persone verso il polo della salute del continuum ease/dis-ease?”

Dal momento che non era un clinico, sosteneva, non aveva l’abitudine di classificare le persone come sane o malate. Inoltre, si rese conto che la sua formazione su stressor e GRR lo conduceva più lontano rispetto alla prospettiva della medicina preventiva (Antonovsky, 1990).

Esaminò la necessità di superare la tradizionale dicotomia medica salute-malattia del paradigma patogenico. Dal punto di vista dell’eterostabilità e dell’entropia, era ovvio per lui che ognuno di noi, finché vive, è in parte sano e in parte malato (Antonovsky, 1979, prologo 5). Egli chiamò questo *continuum di salute ease/dis-ease, o continuum di rottura*, e definì operativamente il costrutto mediante una mappatura con frasi (Fig. 5.1).

Tuttavia, divenne sempre più riluttante ad usare la parola rottura:

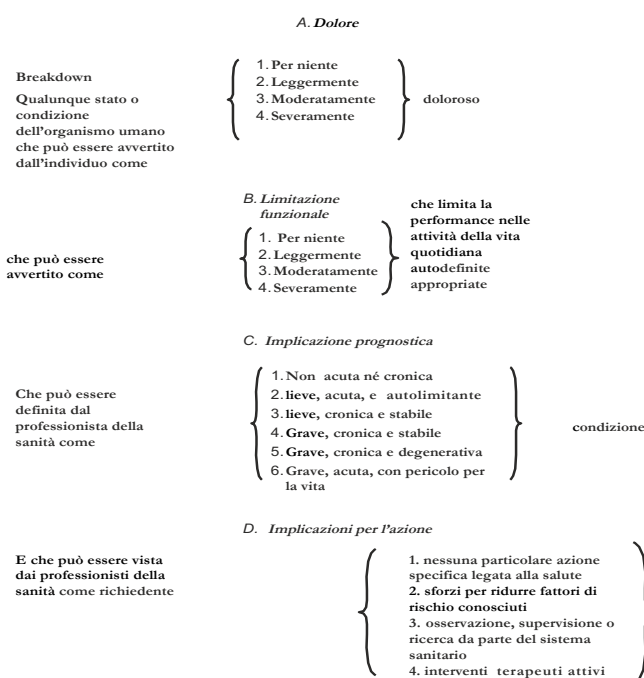
Ho usato il termine rottura (nel 1972). Ho poi indicato che avrei preferito utilizzare dis-ease. Il termine rottura sembra aver preso piede e continuerò a usarlo, chiedendo al lettore di sopportarmi e di tener presente che il termine più appropriato è il continuum di salute ease/dis-ease (Antonovsky, 1979, p. 57)

“Nel 1979, Antonovsky ricorda, tuttavia, che l’uso stesso del termine rottura indica il fatto che nei primi anni Settanta aveva un orientamento patogenico, “*come tutti gli altri*”, aggiunge (Antonovsky, 1979, prologo 5). La comprensione del “continuum di salute ease/dis-ease” ha esteso il suo interesse dai sopravvissuti all’Olocausto a tutti gli esseri umani. Poiché alcuni stavano meglio di altri, a metà degli anni ‘70 ha formulato la domanda: “*Cosa fa muovere le persone verso il polo della salute del continuum ease/dis-ease?*” Aveva bisogno di un termine per questo - per il movimento verso l’estremo della salute del continuum - e approdò alla salutogenesi, che aveva usato lui stesso in un altro contesto dieci anni prima. Nel ricordo, osserva (Antonovsky, 1996b, p. 171): “*Non mi sono veramente allontanato dal pensiero corrente fino a quando non ho coniato nel 1978 il termine salutogenesi* “. Più avanti in questo capitolo ci concentreremo sullo sviluppo del concetto di salute da parte di Antonovsky, ma per ora seguiamo Antonovsky fino a Berkeley, dove ebbero luogo importanti sviluppi. In *Odyssey* (Antonovsky, 1990), racconta di essere partito per l’anno sabbatico con un fastidioso senso di insoddisfazione. Pur essendo soddisfatto di aver posto la questione salutogenica radicalmente nuova a metà degli anni ‘70, non era completamente entusiasta della risposta provvisoria, le GRR.

Fig. 5.1

Frasi schematiche per definire il continuum di salute case/ dis-ease

(Antonovsky, 1979, p. 65. Published with permission of © Avishai Antonovsky. All Rights Reserved)



Senso di coerenza (SOC): ulteriori osservazioni sulla Scala

Con molte idee nel bagaglio, nel 1977 partì per un anno sabbatico a Berkeley. Durante questo anno, scrisse *Health, Stress and Coping*, pubblicato nel 1979, che: “conteneva la prima dichiarazione completa di quello che io chiamo il modello salutogenico e del suo concetto principale, il senso di coerenza” (Antonovsky, 1990, p. 77). Si avvicinò alla domanda salutogenica, sapendo di avere già una parte della risposta: le GRR. Lavorando sui dati con una tecnica chiamata *analisi dello spazio più piccolo*, che fornisce una mappa grafica delle variabili, ha visto costantemente comparire un *fattore X*, più vicino alla salute di quanto non lo fossero le altre GRR. Si trattava di un elemento comune a tutte le GRR? Che cosa avevano in comune le GRR che portavano alla salute? Antonovsky sapeva che il sostegno sociale era una GRR e che Cassel (1976) aveva teorizzato che il sostegno sociale funzionava fornendo vari tipi di feedback. Antonovsky ha teorizzato che tutte le GRR forniscono un qualche tipo di feedback, “... inviando messaggi come: Questa è la strada giusta; sei in grado di gestire le cose; vali” (Antonovsky, 1990, p. 78). Ora si trovava nella posizione di poter definire formalmente le GRR (Fig. 5.2).

Inoltre, ora poteva anche descrivere il fattore X che operava a un livello diverso rispetto alle altre GRR, rivelando un fenomeno relativo a uno specifico orientamento alla vita. Messaggi ripetuti e coerenti del tipo descritto sopra portavano a un livello alto di X, mentre messaggi confusi e negativi portavano a un livello basso di X. Egli chiamò X *senso di coerenza (SOC)* e lo definì nel modo seguente (1979, p. 123):

Un orientamento globale che esprime la misura in cui si ha un sentimento pervasivo, duraturo ma dinamico, di fiducia nel fatto che il proprio ambiente interno ed esterno

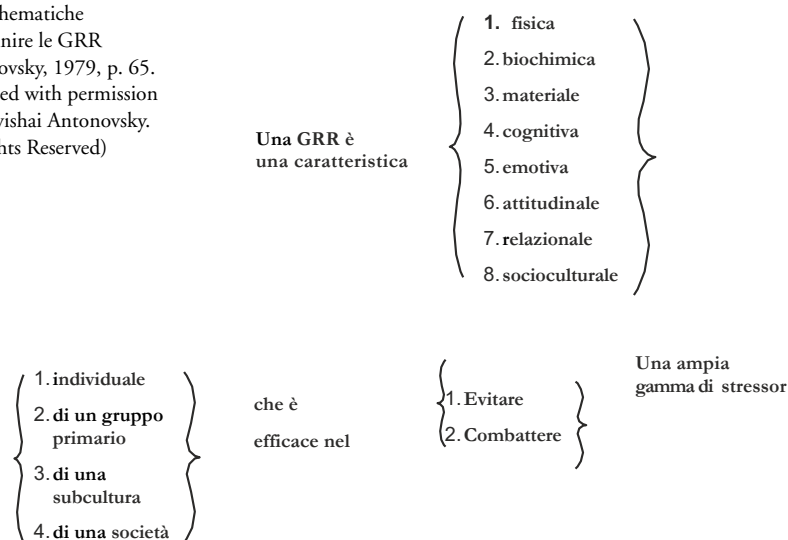
siano prevedibili e che c'è un'alta probabilità che le cose andranno nel modo migliore che ci si possa ragionevolmente aspettare.

Nella prefazione di *Unraveling the Mystery of Health*, Antonovsky attribuisce alla moglie Helen il merito di aver proposto l'espressione *senso di coerenza*. Essendo una psicologa dell'età evolutiva con una formazione antropologica, era in grado di cogliere esattamente ciò che lui voleva dire, e Antonovsky la considerava un critico esperto molto competente (Antonovsky, 1987, prefazione xviii). Antonovsky era in grado adesso di raffigurare il modello nella sua interezza, e la Fig. 5.3 mostra come è stato reso nel libro del 1979. Nel 1990, Antonovsky commenta che gli stressor erano periferici nel suo modello del 1979 perché all'epoca si era concentrato sulle risorse. Questo dimostra come Antonovsky stesso non vedesse il modello come fisso una volta descritto, ma aperto a ulteriori sviluppi e a nuove intuizioni.

Antonovsky era adesso desideroso di testare empiricamente il nuovo concetto di

Fig. 5.2

Frase schematiche
per definire le GRR
(Antonovsky, 1979, p. 65.
Published with permission
of © Avishai Antonovsky.
All Rights Reserved)



SOC e, dopo il suo ritorno a Beersheba, sviluppò uno strumento a 29 item che riteneva valido. Con questo, nel 1983 tornò a Berkeley per un secondo anno sabbatico con l'obiettivo di testare il questionario. Nel frattempo, gli era stato chiesto di scrivere una seconda edizione dell'opera *Health, Stress and Coping*, che era stata ben accolta. Lui propose piuttosto di aggiungere un capitolo di epilogo, che si trasformò in un libro completamente nuovo: *Unraveling the Mystery of Health* (Antonovsky, 1987). Questo libro tratta in modo più approfondito il senso di coerenza e ne amplia la definizione (Antonovsky, 1987, p. 19):

Il senso di coerenza è un orientamento globale che esprime la misura in cui si ha un sentimento pervasivo, duraturo ma dinamico di fiducia nel fatto che (1) gli stimoli

derivanti dall'ambiente interno ed esterno nel corso della vita siano strutturati, prevedibili e spiegabili; (2) le risorse siano disponibili per soddisfare le richieste poste da questi stimoli; e (3) queste richieste siano sfide degne di investimento e impegno.

Nel 1990, Antonovsky è ancora fedele a questa definizione e chiarisce che gli elementi (1) *comprensibilità* e (2) *gestibilità* erano presenti nella definizione del 1979, ma che l'elemento (3) *significatività* è nuovo e questo elemento è diventato sempre più importante nel suo pensiero (Antonovsky, 1990, p. 78). Ha chiarito altresì che la seconda definizione, dunque, ha un' enfasi meno cognitiva di quella iniziale. Il processo di rendere operativo il concetto per poter testare il modello porta Antonovsky a rendersi conto dei suoi limiti.

Riferisce che all'epoca era venuto anche a conoscenza dei lavori di Moos (Moos, 1984, 1985), Kobasa (1979, 1982) e Victor Frankl (Frankl, 1975), che riteneva, con le sue parole, stessero lavorando sul problema salutogenico (Antonovsky, 1990). Nella versione del 1979 della definizione di SOC, era chiaramente influenzato dalla teoria dei sistemi e dalle idee di ordine e disordine, e dava molto spazio a delineare la prima componente, la *comprensibilità*. Una persona non può affrontare uno stressor se non sente di avere una chiara comprensione delle caratteristiche del problema. Nel delineare la seconda componente, la *gestibilità*, si ispirò al lavoro su competenza e coping, in particolare al locus del controllo (Rotter, 1966). Mentre continuava a rafforzare la sua visione del coping, in *Unraveling the Mystery of Health* divenne importante per lui sottolineare che l'aspetto cruciale della *gestibilità* è la sensazione che si possano trovare risorse adeguate per far fronte agli stressor: "... *nelle proprie mani o nelle mani di altre persone legittime*" (Antonovsky, 1990, p. 79). La terza componente, la *significatività*, è nuova e viene delineata in modo completo nel libro del 1987. Nel 1979 era stata citata solo brevemente ed espressioni come "*il mondo ha senso*" erano state usate principalmente per descrivere la percezione cognitiva dell'ordine. Ispirandosi al lavoro, ad esempio, di Victor Frankl, Antonovsky intende ora la significatività in senso emotivo come un modo di vedere la vita come degna di essere vissuta, che fornisce la forza motivazionale: "... *che porta a cercare di ordinare il mondo e a trasformare le risorse da potenziali a reali*" (Antonovsky, 1990, p. 79).

Antonovsky ha usato i termini *entropia* ed *entropia negativa* (*negentropia*) per esplorare e descrivere la connessione tra caos e ordine e ha sostenuto che la teoria dei sistemi è certamente un framework teorico prezioso per comprendere il senso di coerenza come risposta alla ricerca di creare ordine dal caos. In *Health, Stress, and Coping*, Antonovsky si è concentrato sul SOC individuale e ha suggerito solo vagamente che il concetto potesse essere impiegato a livello sociale. In *Unravelling the Mystery of Health* metteva in discussione questo assunto e discuteva più approfonditamente il SOC come caratteristica del gruppo. Con una domanda retorica si chiede (Antonovsky, 1987, p. 170): "*È un'ambizione troppo grandiosa porsi come obiettivo avvicinarsi a una teoria integrata che proponga in che modo ogni sistema affronta la propria realtà?*". Antonovsky discute le precondizioni rilevanti, e le dimensioni perché abbia senso

parlare di SOC di gruppo. Considerava la dimensione come il parametro più importante ed era abbastanza sicuro che il SOC fosse una caratteristica emergente del gruppo in gruppi primari come la famiglia, una piccola comunità locale, un gruppo di lavoro o di amici, e simili. Però, si sentiva sempre meno sicuro del fatto che il SOC “... sia applicabile a una collettività su larga scala, complessa e diversificata” (1987, p. 175). Tuttavia, faceva una distinzione tra collettività che sono categorie sociali e collettività che hanno un carattere associativo, sostenendo che deve esistere un senso di consapevolezza di gruppo, una collettività soggettivamente identificabile, prima che abbia senso o sia possibile parlare di un SOC di gruppo.

Ancora, Antonovsky sottolineava che la dimensione del gruppo e il senso di consapevolezza di gruppo non indicano se il gruppo ha un SOC debole o forte. Sugeriva che un gruppo con un forte SOC si caratterizzasse (Antonovsky, 1987, p. 174): “*Un gruppo i cui singoli membri tendono a percepire la collettività come un gruppo che vede il mondo come comprensibile, gestibile e significativo, e tra i quali c'è un alto grado di consenso in queste percezioni*”. Descrivendo la situazione in questo modo, si deve andare oltre la semplice aggregazione di dati sul SOC degli individui in un gruppo e prendere in considerazione le percezioni dei singoli membri del gruppo su come il gruppo vede il mondo. Inoltre, sosteneva che bisogna anche considerare l'entità del consenso sulle percezioni osservando la varianza dei punteggi individuali.

Antonovsky (1987, p. 176) ha evidenziato ancora due dimensioni rilevanti per il SOC di gruppo: (1) la durata dell'esistenza di una collettività identificabile e (2) la centralità dell'appartenenza alla collettività nella vita di ciascun membro, a tal punto che il sé e l'identità sociale sono profondamente intrecciati. La sua argomentazione sulla durata dell'esistenza del gruppo è strettamente legata all'ipotesi che il SOC sia una proprietà piuttosto stabile per l'individuo e che la sua posizione lungo il continuum non cambi molto dopo i 30 anni. Sosteneva quindi che sarebbe stato difficile immaginare un SOC di gruppo, forte o debole, se il contesto sociale e le condizioni non fossero stati relativamente stabili e coerenti per diversi anni. Un gruppo con la caratteristica di durata di un anno vuol dire che molto probabilmente ci sarà un ricambio tra i singoli membri del gruppo. Tuttavia, il ricambio non deve compromettere la stabilità e la coerenza della collettività. Il gruppo deve rimanere soggettivamente identificabile (Antonovsky, 1987, p. 176). Un'ultima importante possibilità del SOC di gruppo evidenziata da Antonovsky è se faccia differenza per la salute di un individuo appartenere a uno o più gruppi con un SOC debole o forte. Si chiede (Antonovsky, 1996a, p. 17): “*Qual è la relazione tra il movimento della persona verso il benessere e la forza del suo SOC collettivo?*”. La sua ipotesi è che, sì, fa differenza in termini di previsione della salute, al di là della semplice conoscenza del livello SOC della persona. In primo luogo, per l'importanza dell'ambiente sociale nel fornire esperienze decisive per lo sviluppo di un SOC forte o debole. Sottolineava che i gruppi con un forte SOC tendono a strutturare le situazioni e, quindi, a fornire esperienze che nel tempo miglioreranno

il SOC dei singoli membri del gruppo. In secondo luogo, e ancora più importante, riteneva che per far fronte ad alcuni stressor siano necessari interventi da parte delle collettività piuttosto che degli individui, indicando la vita lavorativa come un esempio dimostrativo (Antonovsky, 1987, p. 178). Alcuni stressor derivano da condizioni profondamente radicate nelle organizzazioni e/o nella struttura della società, e si confrontano con l'intera collettività.

La questione riguarda la capacità del gruppo di mobilitare e attivare le proprie risorse collettive per affrontare il problema e ridurre la tensione, non il fatto che la persona ha bisogno del gruppo per affrontare uno stressor che non può affrontare da sola. In questi casi, il SOC individuale è rilevante e importante nella regolazione dell'emotività. Nell'affrontare direttamente lo stressor collettivo, Antonovsky sostiene (1987, pp. 178-179):

... è quello che fa il gruppo che conta... Soltanto gli individui sono più o meno sani, a seconda, tra l'altro, di come gestiscono bene la tensione, ma di fronte a stressor collettivi, la forza del SOC di gruppo, piuttosto che del singolo è spesso decisiva nella gestione della tensione.

Attraverso le sue argomentazioni, Antonovsky ha cercato di dare un senso al SOC come caratteristica del gruppo utilizzando misure quantitative, il che ov-

Freccia A: le esperienze di vita modellano il senso di coerenza.

Freccia B: gli stressor influenzano le risorse generali di resistenza a disposizione.

Linea C: per definizione, una GRR fornisce una serie di esperienze di vita significative e coerenti.

Freccia D: un forte senso di coerenza mobilita le GRR e le SRR a disposizione.

Freccia E: modelli educativi per l'infanzia, ruoli sociali complessi, fattori idiosincrasici e il caso costruiscono GRR.

Freccia F: le fonti di GRR creano anche stressor.

Freccia G: gli stressor fisici e biochimici traumatici influenzano lo stato di salute in modo diretto; lo stato di salute influenza l'entità dell'esposizione agli stressor psicosociali.

Freccia H: gli stressor fisici e biochimici interagiscono con gli agenti patogeni endogeni e gli "anelli deboli" e con lo stress per influenzare lo stato di salute.

Freccia I: interventi sanitari pubblici e privati evitano o neutralizzano gli stressor.

Linea J: un forte senso di coerenza, che mobilita GRRS e SRR, evita che gli stressor si manifestino in modo negativo.

Linea K: un forte senso di coerenza, che mobilita GRRS e SRR, definisce gli stimoli come non stressanti.

Freccia L: gli stressor onnipresenti creano uno stato di tensione.

Freccia M: le GRR (e le SRR) mobilitate interagiscono con lo stato di tensione e gestiscono un'azione di contenimento e il superamento degli stressor.

Freccia N: una gestione efficace della tensione rafforza il senso di coerenza.

Freccia O: una gestione efficace della tensione fa mantenere la posizione nel continuum salute-malattia.

Freccia P: l'interazione tra lo stato di stress e gli agenti patogeni e gli "anelli deboli" influisce negativamente sullo stato di salute.

Freccia Q: lo stress è un precursore generale che interagisce con i potenziali agenti patogeni endogeni ed esogeni esistenti e con gli "anelli deboli".

Freccia R: Un buono stato di salute facilita l'acquisizione di altre GRR.

Nota: le affermazioni in grassetto rappresentano il nucleo del modello salutogenico.

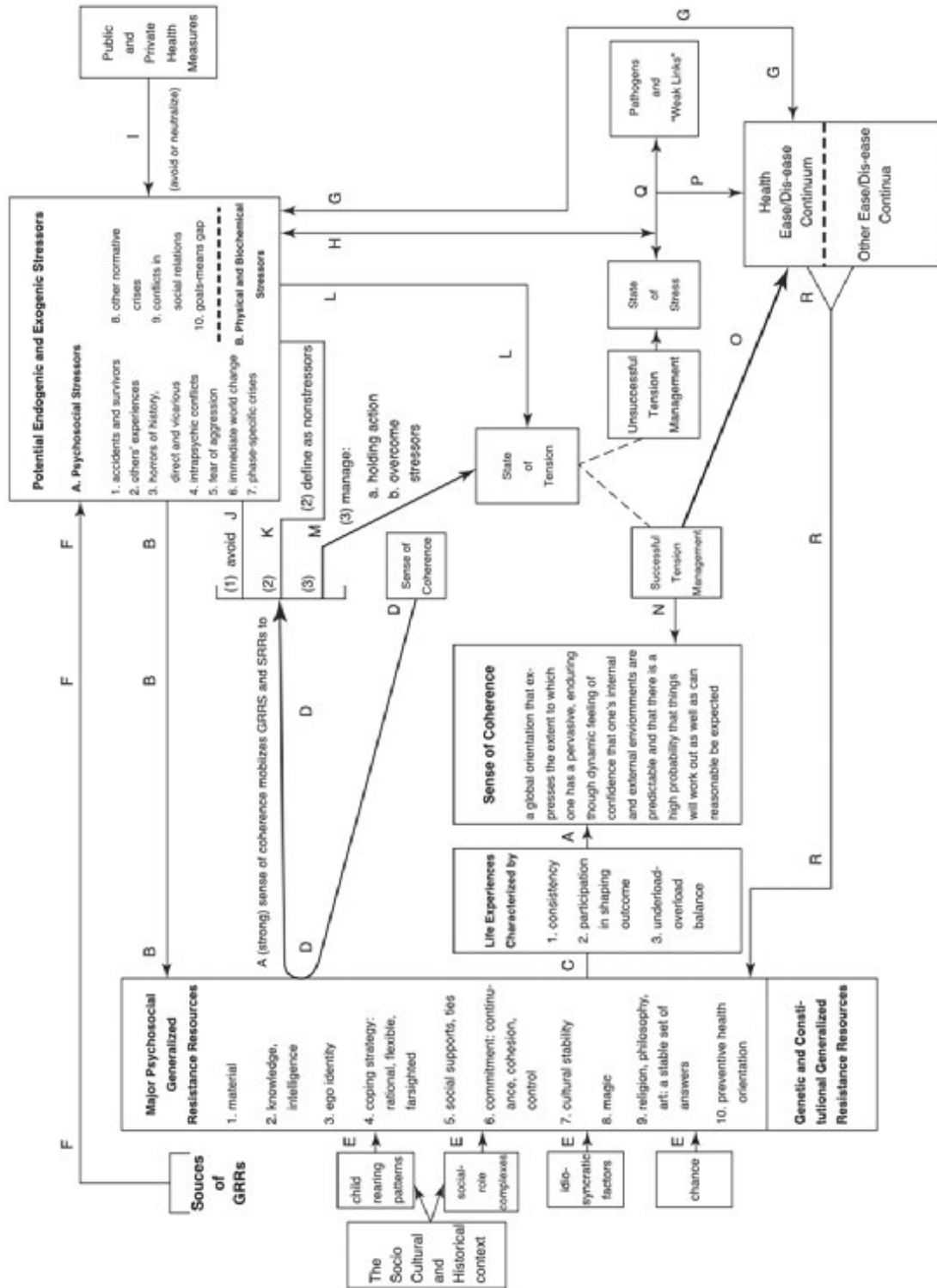


Figura 5.3 Il modello salutogenico di salute (Antonovsky, 1979).
 Pubblicato con l'autorizzazione di © Avishai Antonovsky. Tutti i diritti riservati

viamente riflette la sua formazione e il modo dominante di fare scienza all'epoca. Tuttavia, sosteneva che le convinzioni ontologiche dell'entropia e della negentropia e la ricerca dell'ordine dal caos richiedono approcci molteplici tra diverse discipline. La sua idea di prendere in considerazione le percezioni dei singoli membri del gruppo va nella direzione della ricerca qualitativa. Così come il suo suggerimento di andare oltre i dati aggregati individuali del SOC e di occuparsi della produzione culturale del gruppo come fonte di dati per la comprensione del SOC di gruppo. Raccomandava l'osservazione del comportamento collettivo, ad esempio miti, rituali, senso dell'umorismo, linguaggio, cerimonie e così via del gruppo (Antonovsky, 1987, p. 176), e ciò, per come possiamo comprendere, richiede una varietà di approcci metodologici. Questa è una richiesta che forse ha più possibilità di essere esaudita nel nostro tempo che nel suo.

Messa a punto del modello: Risorse Generali di Resistenza - Deficit Generale di Resistenza

Un altro degli elementi di SMH di cui ha cambiato la concettualizzazione nel libro del 1987 è quello degli *stressor*. Nel 1979, citando Lazarus e Cohen (1977, p. 109), definiva gli stressor come: “*Uno stimolo che pone una richiesta alla quale non si ha una risposta pronta, immediatamente disponibile e adeguata*” (Antonovsky, 1979, p. 72). La forza di questa definizione, secondo Antonovsky, era che si potevano classificare gli stimoli senza conoscere le conseguenze: se la tensione si trasforma in stress o meno. Tuttavia, nel 1987 collegò la definizione di stressor alle risorse. Sosteneva che l'assenza di una GRR poteva diventare uno stressor (Antonovsky, 1987, p. 28). Qui un esempio illustrativo può essere l'assenza di denaro (commento degli autori). Definì tale assenza di risorse *Deficit Generale di Resistenza* (GRD). Sugerì che la situazione complessiva di stressor e risorse (GRR-GRD) poteva essere catturata da un continuum, con molti potenziali subcontinui.

Proposi, allora, che potevamo parlare di “principali risorse generali psicosociali di resistenza - deficit di resistenza” (GRR-RD) come di un concetto unificato per ogni situazione - ricchezza, forza dell'ego, stabilità culturale e così via - come una persona può essere classificata lungo un continuum. Più si è in alto nel continuum, più è probabile che si abbiano esperienze di vita che favoriscono un SOC forte; più si è in basso, più è probabile che le esperienze di vita vissute favoriscano un SOC debole. Uno stressor, in sintesi, può essere definito come una caratteristica che introduce entropia nel sistema, ovvero un'esperienza di vita caratterizzata da incoerenza, sovraccarico, ed esclusione dalla partecipazione al processo decisionale.

Pertanto, qualsiasi fenomeno può essere caratterizzato dalla misura in cui produce queste tre importanti esperienze di vita: *consistenza, bilanciamento del carico e partecipazione al processo decisionale*. Queste sono le esperienze di vita che favoriscono il SOC e ogni individuo può essere collocato lungo un continuum per ciascuna di queste esperienze di vita. Se un'esperienza si colloca verso l'estremità fortunata di questi continuum, indica l'esistenza e l'uso di GRR, mentre se si colloca verso l'estremità sfortunata indica la mancanza di

GRR e, quindi, GRD. Antonovsky era fiducioso sull'utilità di questa nuova riconcettualizzazione degli stressor (Antonovsky, 1987, pp. 30-31):

Inscrivere gli stressor, e in particolare gli stressor cronici ed endemici, sotto il concetto generale di GRR-RD fornisce la base teorica per costruire uno strumento di misura che collega le risorse e gli stressor - vorrei poter coniare una parola sola! - attraverso il SOC ad outcome di salute.

Questo evidenzia la concezione di Antonovsky di non concentrarsi solo sugli stressor, né solo sulle risorse, ma di concentrarsi sul loro effetto combinato per creare esperienze di vita caratterizzate da consistenza, bilanciamento del carico e partecipazione al processo decisionale. Queste esperienze favoriscono un elevato SOC e, quindi, portano la persona verso la salute.

SMH dimostra che il senso di coerenza e le diverse risorse di resistenza lavorano insieme in un gioco reciproco. Maggiore è il numero di risorse di resistenza di cui le persone sono consapevoli e che sono in grado di mobilitare e utilizzare, maggiore è il SOC. Un SOC più elevato aiuterà a sua volta le persone a mobilitare più risorse, con conseguente miglioramento della salute e del benessere. Pertanto, il SOC è flessibile, anziché essere costruito attorno a un insieme fisso di strategie dominanti, come le classiche strategie di coping (Antonovsky, 1987, 1992, 1993). Antonovsky elenca una gamma di modalità in cui il SOC influisce sulla salute (Antonovsky, 1990, p. 78):

- Il SOC porta a impegnarsi in comportamenti che promuovono la salute, ad esempio attraverso atteggiamenti.
- Il SOC influenza il processo di definizione di uno stimolo come stressor – non stressor. Alcuni stimoli possono essere visti come neutri o addirittura salutari.
- Il SOC porta a interpretare uno stressor come qualcosa di ordinato.
- Il SOC porta a cercare nel proprio repertorio le GRR appropriate alla specifica situazione, comprese le risorse disponibili nel proprio network, dando così un modello di risposta flessibile piuttosto che rigido.
- I modelli di risposta indotti dal SOC fanno sì che il cervello trasmetta messaggi per attivare risorse appropriate da parte dell'organismo.
- Il SOC apre all'analisi dei risultati del proprio comportamento e rende pronti a riprogettare la risposta in base alle necessità.
- Il SOC rende consapevoli della necessità di affrontare il problema sia dal punto di vista strumentale che emotivo.

Nel capitolo 5 di *Unravelling the Mystery of Health*, Antonovsky scrive che, a suo avviso, è nella prima età adulta che la posizione di una persona lungo il continuum SOC diventa più o meno fissa. Sostiene che il SOC sviluppato in questo periodo della vita si stabilizza e rimane a questo livello e che solo raramente le esperienze della vita possono in seguito migliorare il livello del SOC (Antonovsky, 1996b, p. 175):

Mi sono spesso impegnato, oralmente e per iscritto, nell'ipotesi che la forza del SOC di una persona sia più o meno stabilizzata all'incirca all'età di 30 anni, cioè quando è stata per un certo numero di anni nella normale situazione lavorativa e familiare della propria cultura e subcultura.

L'ipotesi si basa sul fatto che sostiene che non ci siano grandi cambiamenti nella qualità delle esperienze che influenzano il SOC dopo i 30 anni (Antonovsky, 1987, p. 123):

Per l'adulto di mezza età, un nuovo matrimonio, un nuovo lavoro, un nuovo Paese, un nuovo clima sociale o un nuovo terapeuta possono solo, nel migliore dei casi (o nel peggiore), iniziare ad avviare un cambiamento, nella misura in cui questo stimolo fornisce un diverso insieme di esperienze di vita a lungo termine, caratterizzate da diversi livelli di consistenza, equilibrio di carico e partecipazione a processi decisionali socialmente apprezzati.

Tuttavia, sottolinea che la sua posizione è un'ipotesi basata su considerazioni teoriche e non si fonda su prove empiriche (Antonovsky, 1996b). Inoltre, sostiene che è importante chiarire cosa si intende per rafforzamento del SOC e afferma che se un numero considerevole di persone sperimenta una determinata modalità di terapia e migliora il proprio punteggio SOC di 5 punti in media, "non è da prendere sottogamba" (Antonovsky, 1996b, p. 176). Poi, Antonovsky suggerisce che gli operatori possono organizzare esperienze che migliorano il SOC e scrive: "*Questo sarebbe vero per qualsiasi modalità terapeutica che faciliti un cambiamento duraturo e consistente nelle esperienze di vita reale che le persone vivono*" (Antonovsky, 1987, p. 126).

Salute e benessere: una chiave dentro o fuori?

Uno degli scostamenti di Antonovsky dalla patogenesi è consistito nel rifiutare la dicotomizzazione nelle categorie di malato e sano. Attraverso un ampio uso di statistiche, ha sostenuto che è davvero molto raro essere completamente in salute (Antonovsky, 1979).

Tutti noi siamo più o meno malati e in buona salute in un determinato momento, collocati verso il polo della salute del continuum salute-malattia che va dalla massima malattia (polo del dis-ease del continuum) al massimo della buona salute (polo della ease del continuum). Il punto importante è concentrarsi su ciò che fa muovere un individuo verso il polo della salute del continuum, indipendentemente dalla sua posizione iniziale. Questo è il processo della salutogenesi (Antonovsky, 1979, prefazione xiv-xv):

... Sono convinto che l'orientamento salutogenico, che pensa in termini di mistero del movimento verso il polo di ease lungo il continuum ease/dis-ease, sia un approccio significativo, e radicalmente diverso, allo studio della salute e della malattia rispetto all'orientamento patogenico.

Che cosa si trovi al polo di ease è una questione su cui torneremo in seguito. Tuttavia, prima di proseguire, ci soffermeremo un po' sugli scritti di Antono-

vsky su malattia e patologia e sulla possibilità o meno di studiare la malattia all'interno del paradigma salutogenico. Sebbene Antonovsky dichiarasse che il suo pensiero era fortemente debitore del lavoro di Dubos sulla capacità di adattamento e sul coping adattativo, criticava tuttavia Dubos per non essere andato esplicitamente oltre il concetto di multipla causalità di specifiche malattie, pur sostenendo che questo era il suo programma principale. Comunque, Antonovsky affermava (Antonovsky, 1972, p. 538): "... *la sua attenzione (di Dubos) sulla capacità di adattamento è certamente congeniale al concetto di rottura*". Sembra che Antonovsky abbia introdotto il termine rottura per definire il processo di allontanamento (Antonovsky, 1972, p. 537): "*dalla norma sociale che chiamiamo salute*". Non è chiaro se con questo termine Antonovsky intendesse dire che rottura si traduce in vari tipi di malattie e quindi, di fatto, è quasi sinonimo di malattia, oppure che rottura è solo una descrizione dell'esperienza soggettiva di non sentirsi bene (essere malati) - e dunque un movimento verso il dis-ease). Nel delineare la filosofia salutogenica della vita, Antonovsky sosteneva che l'entropia è la norma e che le esperienze di malattia e di malessere sono da considerare come un requisito della condizione umana. Quindi, la malattia come esperienza soggettiva del non sentirsi bene è un'esperienza più ampia e olistica di una specifica malattia, non è vero? Ne consegue che si può sperimentare malattia o malessere senza che venga diagnosticata una malattia. Il rottura può includere o meno una particolare malattia, ma non includerà sempre esperienze di dis-ease e malattia?

Nonostante l'intenzione di Antonovsky di superare la dicotomia sano/malato nel paradigma patogenico, è come se si fosse rimasti all'interno del paradigma utilizzando i termini patologia e malattia in modo intercambiabile. Intendeva dire che il movimento verso il polo di ease è un movimento salutogenico, mentre il movimento verso il polo di dis-ease è un movimento patogenico (Antonovsky, 1979, p. 69):

Inevitabilmente, sia perché sono stato condizionato come tutti dalla questione della patogenesi, sia perché la stragrande maggioranza dei dati disponibili pone questa domanda, anch'io cadrò nell'errore di chiedere: "Perché le persone si trovano, o perché si muovono, verso il polo del continuum di dis-ease? Cercherò di evitare di farlo e chiedo al lettore di unirsi a me in questo sforzo.

In alternativa, trovava utile e rilevante studiare, nell'ambito dell'orientamento salutogenico, i movimenti verso il polo del dis-ease del continuum ease/dis-ease (Antonovsky, 1979, p. 37): "*La salutogenesi chiede quali siano i fattori che fanno muovere una persona verso questo o quel polo del continuum*". Impegnarsi in questo sforzo non ha forse nulla a che fare con la patogenesi in quanto tale. Forse può essere importante per comprendere i processi di promozione della salute. Come risulta dalle due citazioni precedenti, Antonovsky non sembra chiaro e sembra contraddirsi su questo punto. Tenendo conto della critica di Antonovsky a Dubos, si è tentati di sostenere che, nel paradigma patogenico, la rottura sia la controparte alla malattia nel paradigma salutogenico, ossia

l'esperienza soggettiva di essere malati, compresi i periodi di malattia in senso patogenico. Comunque, questo aspetto rimane poco chiaro nei testi dello stesso Antonovsky e nella letteratura ci sono esempi di diverse interpretazioni dei suoi scritti su questo tema.

Un secondo scostamento dall'orientamento patogenico è stato il rifiuto dell'esperto medico come giudice di chi è malato o sta bene, attraverso il focus su malattia e diagnosi. Un tale approccio, afferma Antonovsky (1979, p. 36): *“ci rende ciechi di fronte all'interpretazione soggettiva dello stato di salute della persona che è malata”*. Nel continuum della salute ease/dis-ease, questo aspetto è espresso dal trattino in dis-ease: dis-ease implica l'esperienza soggettiva della malattia, che può includere periodi in cui la persona si sente malato e ha una diagnosi in senso patogenico. Questo è evidente anche dall'operazionalizzazione della salute che si trova nella Fig. 5.1, che dimostra chiaramente che Antonovsky sosteneva un concetto di salute che includeva una valutazione soggettiva.

Quindi, per comprendere la salute nel paradigma salutogenico, sembra necessario definire la malattia in modo preciso e differente dall'essere malati a causa di una diagnosi. Data l'attenzione all'interpretazione soggettiva della salute e al movimento in direzione positiva, si potrebbe facilmente (ed erroneamente) pensare che Antonovsky sia un sostenitore del concetto di *salute positiva*. Al contrario, egli afferma che (1979, p. 52): *“la somiglianza tra l'attenzione alla salute positiva e il problema della salutogenesi è piuttosto superficiale”*. Si oppone fermamente alla definizione di salute dell'OMS che afferma: *“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità”* (OMS, 1948). Antonovsky ha fornito diverse ragioni per la sua opposizione a questa definizione di salute: non può essere operativa e, quindi, non può essere misurata; è troppo ottimistica senza un riferimento dinamico alle lotte della vita; e, soprattutto, apre all'*“imperialismo medico”* (Antonovsky, 1979, p. 53). Questo è un punto che Antonovsky sentiva fortemente (1979, pp. 53-54):

Tutto ciò che non piace al potere entra nella sfera propria della medicina: il dissenso politico, qualunque sia il sistema sociale, ha portato a rinchiudere le persone “per il loro bene”; educazione sessuale, pianificazione familiare e aborto, divorzio e omosessualità, assieme a studenti non brillanti e brillanti, a chi abbandona gli studi, a chi è un atleta o a chi è un ragazzo di strada, tutto questo e molto altro rientra nella sfera della salute con la benedizione dell'OMS.

Lo scetticismo nei confronti dell'idea ampia di salute dell'OMS, che richiede un giudizio di merito (includendo il benessere sociale e mentale in senso lato), ha fatto sì che Antonovsky sostenesse la necessità di una definizione più precisa di salute. Una definizione più limitata di salute sarebbe misurabile e, quindi, utile nella ricerca empirica, e - non meno importante - limiterebbe la portata della “sfera propria della medicina” e le possibilità di abuso di potere da cui la storia ci mette in guardia. La operazionalizzazione del continuum

di salute ease/dis-ease (Fig. 5.1) dimostra questo desiderio di una definizione piuttosto precisa di salute, evitando l'imprecisione di una dimensione positiva. Uno sguardo più attento a questa figura rivela che il massimo stato di salute secondo Antonovsky è un punteggio di 1 su ciascuna delle componenti (1-1-1-1): nessun dolore (secondo il giudizio soggettivo), nessuna limitazione funzionale (secondo il giudizio soggettivo), nessuna condizione medicalmente definita (secondo il giudizio dell'autorità sanitaria) e nessun trattamento necessario (secondo il giudizio dell'autorità sanitaria). Si tratta di una definizione negativa di salute, in quanto si basa sull'assenza di alcune caratteristiche: non è altro che "l'assenza di malattia o di infermità".

Tuttavia, sempre nel 1979, faceva un'interessante osservazione su ciò che si può potenzialmente trovare al polo di massimo ease del continuum ease/dis-ease. Riconosce che questo continuum sembra formulare la categoria di salute più desiderabile in termini negativi. E apre alla possibilità di andare oltre il negativo, anche se non si interessa molto a questo aspetto, perché *"innanzitutto l'orientamento salutogenico non si occupa di spiegare come le persone raggiungano la salute perfetta - nel migliore dei casi, una nozione euristica"* (Antonovsky, 1979, p. 67) e aggiunge:

Eppure, se volessimo studiare le persone veramente in salute, per quanto poche siano, potrebbe essere utile avere un modo per identificarle al di là della categoria 1-1-1-1. A tal fine, proporrei una domanda aggiuntiva, da porre dopo che alle prime quattro domande si è risposto in ciascun caso con la prima alternativa: "Lei ha detto che il suo stato di salute non comporta dolore e non impone limitazioni. Il referto del medico le dà un certificato di buona salute. Ma queste sono cose negative. Lei direbbe che il suo stato di salute va oltre, che sente di avere energia in abbondanza, che lei rappresenta l'immagine della salute perfetta?"

Antonovsky si è attenuto a questa concezione della salute per tutta la sua attività di autore o la sua visione si è sviluppata dopo queste prime dichiarazioni del 1979? Nel 1995 (in un articolo pubblicato pochi mesi dopo la morte), ripeteva le argomentazioni del 1979, mettendo in guardia contro la definizione di salute basata sui valori. In questo articolo, ha utilizzato i medici nazisti come esempio di come i presunti devianti venissero torturati non solo per la salute degli altri, ma a volte anche per il proprio bene. Ha scritto del suo desiderio di una ricerca che definisca la salute in modo relativamente ristretto e *"lontano dalla coesistenza con tutto il benessere o la felicità"* (Antonovsky, 1995, p. 10). Riteneva che questo fosse fondamentale per evitare di offuscare il confine tra SOC e salute, per distinguere la salute da altri aspetti del benessere e per proteggere contro l'uso della salutogenesi per fare pressione sulle persone affinché vivano una vita etica. Metteva in guardia dal pericolo di ritenere che *"quello che è buono eticamente è salutare"* (ibidem, p. 11). Il bene etico può essere esattamente l'opposto di qualcosa di salutare, come nel caso del sacrificio della propria salute per il bene degli altri. Inoltre, una cosa salutare può essere dal punto di vista etico contraddittoria, come nel caso di persone che fanno del male agli altri, servendosi del loro forte SOC. Tuttavia, ha sottolineato che

spesso si è trovato in difficoltà mentre insegnava agli studenti di medicina. Nonostante le argomentazioni di cui sopra, riteneva (Antonovsky, 1979, p. 67) che: «è fondamentale che imparino a vedere la salute in un contesto ampio che vada ben oltre il livello fisiologico». Sottolineava che vedere la salute in un contesto ampio significava andare oltre il dualismo post-cartesiano e prendere in considerazione la fantasia, l'amore, il gioco, il significato, la volontà e le strutture sociali che li promuovono (Antonovsky, 1987).

Antonovsky ha scritto riguardo il benessere. Tuttavia, ha messo in guardia dal confondere il benessere con la definizione di salute (Antonovsky, 1979, p. 197):

Ho insistito sul fatto che il continuum di salute ease/dis-ease non deve essere considerato come coestensivo dell'intero reame del benessere. Esistono altri continuum ease/dis-ease (...) è stato fatto un riferimento (quindi) nella loro direzione; essi sono altamente rilevanti e interconnessi con la salute, ma sono distinti (...) Se il nostro interesse è comprendere la salute, allora la posizione delle relazioni familiari, sociali o delle risorse materiali dei continuum ease/dis-ease possono essere visti in modo proficuo come un GRR.

Una possibile interpretazione di questo è che Antonovsky ritenesse che solo la salute fisica fosse compresa nel continuum salute-malattie e nella sua operazionalizzazione. Metteva in guardia dai pericoli legati alla classificazione del benessere mentale e sociale come elementi della salute, poiché ciò avrebbe aperto la strada all'imperialismo medico. Comunque, era favorevole al concetto di benessere come qualcosa di più ampio (*l'intero reame del benessere*), di cui la salute come lui la definiva era una sola una dimensione. Questo può essere il motivo per cui specificava così spesso ciò come il continuum di *salute* ease/dis-ease – in quanto esistono altri continuum. Per quanto riguarda il benessere sociale, Antonovsky sembra abbastanza disposto a classificare una serie di continuum sociali ease/disease come GRR, ad esempio per relazioni familiari e relazioni sociali (cfr. la citazione precedente, 1979, p. 197).

Tuttavia, quando si trattava di salute mentale Antonovsky si contraddiceva e lo ammetteva. Scriveva (Antonovsky, 1985, p. 274):

La salute mentale, come la concepisco io, si riferisce alla posizione, in qualsiasi momento del ciclo della vita, di una persona lungo un continuum che va da una estremità, da un dolore emotivo lancinante e da un totale malfunzionamento psicologico, fino a un pieno ed esuberante senso di benessere psicologico all'altra estremità.

Antonovsky descrive il movimento lungo il continuum verso una migliore salute mentale come mutevole, e prosegue:

... dall'uso di meccanismi psicologici di difesa inconsci verso l'uso di meccanismi di coping consapevoli ... dalla rigidità delle strutture di difesa alla capacità di regolazione e crescita interiore costante e creativa ... dallo spreco di energia emotiva verso il suo uso produttivo ... dalla sofferenza emotiva verso la gioia ... dal narcisismo verso il dono di sé ... dallo sfruttamento degli altri verso l'interazione reciproca.

Più tardi commentava, riferendosi a sé stesso, che questa era una definizione basata su valori (Antonovsky, 1995, p. 9):

Ho fatto un tentativo, che è in stampa, di definire formalmente la salute mentale (...). Non stavo forse chiedendo, per la definizione, che qualcuno per essere mentalmente sano sia una persona che a me (o anche alla maggior parte degli altri) piaccia, sia rispettata, sia ammirata?

Sebbene Antonovsky abbia trattato il concetto di salute in maniera dettagliata e a volte sorprendente, pare lecito concludere che i suoi messaggi principali siano rimasti invariati in tutte le sue opere. La salute fa parte di un più ampio dominio di benessere. La salute viene compresa al meglio se vista come un continuum, non come una dicotomia. La salute deve essere definita in senso stretto per facilitare la ricerca empirica e per evitare definizioni basate su valori che potrebbero aprire ad abusi di potere. Inoltre, anche se non è chiaro, sembrava ritenere che la salutogenesi si concentri sul movimento verso il polo della salute del continuum di salute ease/dis-ease, senza considerare fino a che punto - nell'ambito del positivo - quel continuum possa estendersi. Pur sostenendo, quando si discute di salute ed etica, una definizione fisiologica in senso stretto di salute in altri testi allarga la portata e scrive (Antonovsky, 1996a, p. 13): *“Tuttavia, essa (SMH) non è una teoria che si concentra sul mantenere le persone “in salute”. Piuttosto, (...) è una teoria della salute di quel sistema complesso che è l'essere umano”*, suggerendo una concezione ecologica della salute. Questa concezione è evidente anche in citazioni come la seguente (Antonovsky, 1994, p. 10):

Lo studio del macrosociale è essenziale per comprendere il movimento verso la salute ... (ma) la sensibilità al macrosociale è solo un punto di partenza. È necessaria una cornice sistemica all'interno della quale comprendere le sorgenti strutturali della salute.

Queste citazioni ci fanno lasciare il paragrafo relativo a salute e benessere su una nota un po' incerta e stonata. Tuttavia, le stesse affermazioni dimostrano che SMH e Antonovsky sono in sintonia con i valori fondamentali della promozione della salute.

Essere in armonia: l'importanza del modello salutogenico (SMH) per la promozione della salute

In *Unravelling the Mystery of Health* Antonovsky comincia con una spiegazione dettagliata ed esplicita del perché è convinto che l'orientamento salutogenico sia un approccio radicalmente diverso da quello patogenico. Attraverso sei diversi aspetti, illustra con la sua visione la distinzione tra salutogenesi e patogenesi (Fig. 5.4). Afferma che questi aspetti hanno implicazioni per la ricerca, per la comprensione della salute e della malattia e per la pratica clinica. L'assunto filosofico fondamentale di Antonovsky è che tutti gli esseri umani si trovano nel fiume della vita. Nessuno rimane sulla riva. Gran parte del fiume è inquinato, in senso letterale o figurato. Nel fiume ci sono biforcazioni che

portano a dolci ruscelli o a rapide e gorghi pericolosi, e la domanda cruciale è: “*Che cosa determina la capacità di nuotare bene?*” (Antonovsky, 1987, p. 90). Questa metafora illustra che l’eterostasi e non l’omeostasi è la caratteristica prototipica dell’organismo vivente. Le strutture quotidiane in cui siamo tutti inseriti sono inevitabilmente e ininterrottamente stressanti.

Il primo aspetto che Antonovsky considera importante per la promozione della salute è la comprensione della salute come un continuum e non come una dicotomia tra persone malate e sane. Sottolinea che per spiegare la salute si deve studiare il movimento verso il polo *ease* del continuum *ease/dis-ease*. La sua attenzione si concentra sull’interazione dinamica tra i fattori che promuovono la salute e gli stressor nella vita umana e sul modo in cui le persone possono spostarsi verso il polo *ease* del continuum *ease/dis-ease*. Viene proposto che il senso di coerenza sia la variabile significativa per realizzare questo movimento (Antonovsky, 1985).

Il secondo aspetto è quello di concentrarsi sulla storia delle persone e non solo sulla diagnosi. Sottolinea che ascoltare la storia del paziente (Antonovsky, 1987, p. 5):

... non garantisce la soluzione di complesse circolarità della vita delle persone, ma almeno porta a una comprensione e a una conoscenza più profonde, un prerequisito per muoversi verso l’estremità sana del continuum.

Inoltre, nel terzo aspetto sottolinea l’importanza dei fattori salutari, quando ci si concentra sulla promozione del movimento verso una migliore salute e afferma che i fattori salutari contribuiscono direttamente alla salute (Antonovsky, 1996a, p. 14):

Ponendo la domanda salutogenica, cioè “come possiamo comprendere il movimento delle persone in direzione del polo di salute del continuum?” - si noti: ci riferiamo a tutte le persone, ovunque si trovino in un dato momento, dal paziente terminale all’adolescente vigoroso - non possiamo accontentarci di una risposta limitata a “essere a un basso livello di fattori di rischio”... Per rispondere alla domanda occorre un altro neologismo: fattori **salutari**. Non discuterò di “fattori che promuovono la salute” o di qualsiasi altra espressione, purché il concetto sia chiaro: fattori che sono negentropici, che promuovono attivamente la salute, piuttosto che limitarsi a essere a un livello basso di fattori di rischio.

Quindi, la salute, secondo Antonovsky, è molto di più di essere a un livello basso di fattori di rischio. Nel quarto aspetto, spiega il punto di vista sullo stress e sostiene che lo stress può essere patogeno, neutro o salutogeno. Poiché lo stress è onnipresente, la salutogenesi si apre alla riabilitazione degli stressor nella vita umana. Il quinto aspetto è legato al punto di vista terapeutico. Nella salutogenesi, l’ideale della terapia è la capacità della persona (non usa la parola paziente) di adattarsi attivamente, non è un colpo di bacchetta magica, nel senso che sulla base di una giusta diagnosi si cerca di trovare la giusta cura nella terapia medica o nella chirurgia. Per sottolineare il significato dell’adattamento attivo come ideale nella terapia, scrive (Antonovsky, 1987, p. 9):

Quando si cerca un adattamento efficace dell'organismo, si può andare oltre il dualismo post-cartesiano e guardare all'immaginazione, all'amore, al gioco, al significato, al desiderio e alle strutture sociali che li alimentano.

L'ultimo e sesto aspetto riguarda il focus sulla ricerca e Antonovsky chiede se stiamo cercando il *caso anomalo o la conferma dell'ipotesi*. Utilizza un esempio per illustrare il suo punto di vista: un'ipotesi confermata è che la depressione sia predittiva della mortalità per cancro. Tuttavia, la differenza tra depressi e non depressi morti per cancro è, rispettivamente, del 7,1% e del 3,4%, il che significa che la grande maggioranza non è morta di cancro e questo è un caso anomalo. Afferma di conseguenza che è possibile generare ipotesi per spiegare la salutogenesi (Antonovsky, 1987).

In un articolo del 1996, Antonovsky sosteneva che l'orientamento salutogenico può essere la base per la promozione della salute e, in quanto tale, (Antonovsky, 1996a, p. 14) *“indirizza gli sforzi sia della ricerca che dell'azione in modo da comprendere tutte le persone, ovunque si trovino lungo il continuum, e concentrarsi sui fattori salutari”*. Una terza importante conseguenza dell'adozione di un orientamento salutogenico nella promozione della salute - continuava - è l'attenzione alla storia della persona e non alla diagnosi e alla malattia. Sosteneva che questo è un atteggiamento etico, e che è (ibid.): *“inammissibile identificare un essere umano ricco e complesso con una specifica patologia, disabilità o caratteristica”*. Mentre coloro che lavorano all'interno dell'orientamento patogenico sono spinti a dimenticare la complessità dell'essere umano, il promotore di salute è spinto, e deve esserlo, a relazionarsi con tutti gli aspetti della persona (e della collettività) per aiutare il movimento verso l'estremità positiva del continuum. Di conseguenza, la questione non è solo etica ma anche scientifica (Antonovsky, 1996a). Antonovsky affermava chiaramente che un orientamento salutogenico offre una direzione e un focus verso la promozione della salute, e dichiarava che il modello salutogenico può rappresentare la base per lo sviluppo di una teoria che sarebbe stata produttiva in questo specifico campo (Antonovsky, 1996a, p. 18): *“Il modello salutogenico, credo, è utile per tutti i campi dell'assistenza sanitaria. Tuttavia, per la sua stessa essenza, è particolarmente adatto per la promozione della salute”*.

Orientamento salutogenico	Orientamento patogenico
Eterostasi	Omeostasi
<ol style="list-style-type: none"> 1. Continuum di salute ease/dis-ease 2. La storia della persona 3. I fattori salutari 4. Gli stressor e la tensione possono essere patogenici, neutri o salutari 5. L'adattamento attivo 6. Il caso deviante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dicotomia sano/malato 2. La diagnosi/la malattia della persona 3. I fattori di rischio 4. Lo stress è patogenico 5. La bacchetta magica 6. La conferma dell'ipotesi

Figura 5.4 Una sintesi dei sei aspetti principali dell'orientamento salutogenico e di quello patogenico come presentati da Antonovsky in *Unravelling the mystery of health*. Figura realizzata dagli autori (adattata da Antonovsky, 1987. Pubblicata con l'autorizzazione di Avishai Antonovsky. Tutti i diritti riservati)

Conclusioni

Immergersi negli scritti di Antonovsky, cercando di fornire una panoramica del suo modello salutogenico della salute, è stato impegnativo ma anche assolutamente proficuo. Nel complesso, è stato un processo di apprendimento interessante e, per lo più, salutare. Ci sentiamo sicuri e sostenuti da Antonovsky quando vi esortiamo a continuare a riflettere, ricercare e sviluppare ulteriormente SMH. Antonovsky sostiene che uno dei vantaggi del modello è proprio questo, che ci permette, anzi ci stimola a porre domande, qualunque siano le risposte.

Vogliamo concludere questo capitolo come abbiamo iniziato, con le parole dello stesso Antonovsky (1987, prefazione xvii):

Se sono stato motivato da un unico scopo a scrivere questo volume, è quello di rafforzare coloro che sono già all'opera e suscitare idee nelle menti di quei colleghi che condividono con me l'incanto per il mistero della salute.

Bibliografia

- Antonovsky, A. (1961). The early Jewish labor movement in the United States. YIVO Institute for Jewish Research.
- Antonovsky, A. (1967a). Social class and illness: A reconsideration. *Sociological Inquiry*, 37, 311–322.
- Antonovsky, A. (1967b). Social class, life expectancy and overall mortality. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 45, 31–73.
- Antonovsky, A. (1968). Social class and the major cardiovascular diseases. *Journal of Chronic Diseases*, 21, 65–106.
- Antonovsky, A. (1971). Social and cultural factors in coronary heart disease. An Israel-North American sibling study. *Israel Journal of Medical Sciences*, 7(12), 1578–1583.
- Antonovsky, A. (1972). Breakdown: A needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine. *Social Science & Medicine*, 6(5), 537–544. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(72\)90070-4](https://doi.org/10.1016/0037-7856(72)90070-4)
- Antonovsky, A. (1974). Conceptual and methodological problems in the study of resistance resources and stressful life events. In B. Dohrenwend & B. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events: Their nature and effects*. Wiley.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1985). The life cycle, mental health and the sense of coherence. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 22(4), 273–280.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1990). A somewhat personal odyssey in studying the stress process. *Stress Medicine*, 6(2), 71–80.
- Antonovsky, A. (1992). Can attitudes contribute to health? *Advances*, 8(4), 33–49.
- Antonovsky, A. (1993). The implications of salutogenesis: An outsider's view. In A. P. Thurnbull, J. M. Patterson, S. K. Behr, D. L. Murphy, J. G. Marquis, & M. J. Blue-Banning (Eds.), *Cognitive coping, families and disability* (pp. 111–122). Brooks.
- Antonovsky, A. (1994). A sociological critique of the “well-being” movement. *Advances*, 10(3), 6–12.
- Antonovsky, A. (1995). The moral and the healthy: Identical, overlapping or orthogonal? *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 32(1), 5–13.
- Antonovsky, A. (1996a). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.

- Antonovsky, A. (1996b). The sense of coherence—An historical and future perspective. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32(3–4), 170–178.
- Antonovsky, A., & Kats, R. (1967). The life crisis history of a tool in epidemiological research. *Journal of Health and Social Behavior*, 8(1), 15–21. <https://doi.org/10.2307/2948487>
- Antonovsky, A., Leibowitz, U., Smith, H. A., Medalie, J. M., Balogh, M., Kats, R., et al. (1965). Epidemiologic study of multiple sclerosis in Israel. An overall review of methods and findings. *Archives of Neurology*, 13, 183–193.
- Antonovsky, A., & Lorwin, L. (1959). *Discrimination and low incomes*. New York State Commission Against Discrimination.
- Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N., & Wijsenbeek, H. (1971). Twenty-five years later: A limited study of the concentration camp experience. *Social Psychiatry*, 6(4), 186–193.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107–123.
- Dubos, R. J. (1960). *The mirage of health*. Allen & Unwin.
- Frankl, V. (1975). *The unconscious god*. Simon & Schuster.
- Hollingshead, A. B., & Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness: A community study*. Wiley.
- Kardiner, A., & Ovesey, L. (1951). *A psychosocial study of the American Negro*. Norton.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1–11.
- Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In G. S. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness*. Erlbaum.
- Kosa, J., Antonovsky, A., & Zola, I. K. (1969). *Poverty and health: A sociological analysis*. Harvard University Press.
- Lazarus, R. S., & Cohen, J. B. (1977). Environmental stress. In I. Altman & J. F. Wohlwill (Eds.), *Human behavior and environment*. Plenum.
- Moos, R. H. (1984). Context and coping: Toward a unifying conceptual framework. *American Journal of Community Psychology*, 12(1), 5–25.
- Moos, R. H. (1985). Creating healthy human contexts: Environmental and individual strategies. In J. C. Rosen & L. J. Solomon (Eds.), *Prevention in health psychology*. University Press of New England.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Free Press.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monograph: General and Applied*, 80(1), 1–28.
- Schuval, J. T., Antonovsky, A., & Davies, A. M. (1970). *Social functions of medical practice: Doctor-patient relationships in Israel*. Jossey-Bass.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.
- Selye, H. (1975). Confusion and controversy in the stress field. *Journal of Human Stress*, 1(2), 37–44.
- WHO. (1948). WHO definition of health: Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (official records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Retrieved March 19, 2014, from <http://www.who.int>.