

PSICOTERAPIA E FORMAZIONE: UN PUNTO DI VISTA SULLA LAUREA DI BASE

Mentre medici e psicologi si accapigliano piuttosto sterilmente sul problema della "diagnosi" in tema di psicoterapia convenzionata, l'Italia fa a meno di quest'ultima e cio' indebolisce le sue risorse umane, economiche e produttive.

Non occorre credo essere specialisti nel ramo per capire che il benessere e la salute psicologici si traducono in scelte di vita piu' congrue e quindi, a cascata, in scelte lavorative idonee, in una maggiore efficienza e motivazione sul lavoro, in una maggiore salute fisica, in comportamenti sociali adeguati e non a rischio ecc., con la conseguenza di un migliore utilizzo economico delle risorse umane e di un risparmio di costi sull'assistenza sociale e sanitaria.

I rapporti tra salute psichica e fisica sono molto piu' stretti di quanto l'odierna informazione medico-scientifica ci lascia conoscere. E' sperimentalmente provato ad es. ("Tra mente e corpo". L.Solano. Ed Cortina 2001) che e' sufficiente scrivere per 4 giorni consecutivi, per 15 minuti al giorno, sulle proprie esperienze traumatiche per stare meglio in salute fisica nell'anno successivo rispetto a un gruppo di controllo. Basta questo semplice dato per rendersi conto di quanto è importante la psiche per la salute fisica e di quanti benefici potrebbero perciò apportare psicologi esperti in questo campo.

E' piu' che legittimo pertanto affermare che **non utilizzare psicologi esperti nel campo della salute** nella assistenza sanitaria **significa sprecare soldi e salute.**

Un disegno di legge sulla psicoterapia convenzionata ha recentemente rischiato di arenarsi a causa della forte contrapposizione di medici e psicologi sul tema della diagnosi necessaria per autorizzare un trattamento psicoterapeutico; questo articolo vuole essere un contributo sull'argomento.

La professione dello psicologo dall'inizio del suo riconoscimento avvenuto con la legge 56/89 e fino a tutt'oggi ha incontrato e incontra ancora notevoli difficolta' per affermarsi nella societa' italiana.

Devo dire che se da una parte mi sono riconosciuta come membro di quel popolo di psicologi che, a causa della delegittimazione continua della professione da parte di autorità, stampa ecc., soffre quanto meno di disorientamento, dall'altra durante il mio iter formativo e professionale mi sono sempre stupita che i miei colleghi fossero così poco consapevoli delle **ingiustizie perpetrate a loro danno** e così poco inclini alla protesta contro di esse.

Mi riferisco a tante piccole e grandi **disparita' di trattamento** che ho potuto osservare **confrontando il percorso universitario degli studenti in psicologia con quello degli studenti in medicina**. A cominciare dal tirocinio post-lauream che al tempo dei miei studi era di un anno contro i 6 mesi dei medici, per continuare con un estenuante, molto difficile e selettivo esame di stato contro quello dei laureati in medicina molto più facile, a giudicare dall'esigua percentuale di candidati respinti, per terminare con l'abnorme periodo di anni di studio (circa 10-11) e degli esorbitanti costi da sostenere per poter finalmente dire di essere autorizzati a effettuare una "terapia" psicologica, mentre i medici, al termine del loro corso di laurea di 6 anni sono abilitati sia alla diagnosi che alla terapia.

Il nodo e' tutto qui o diciamo molti dei nostri problemi sicuramente derivano da questa parola: "terapia". Più precisamente dalla forte opposizione esercitata da forze sociali, professionali ecc. contro la possibilità che lo psicologo dopo la laurea potesse esercitare la psicoterapia. Si e' così data vita a una professione "monca" e alla legge 56/89 che, nel definire le competenze dello psicologo all'art.1 ha usato e "inventato" tra l'altro, il termine "sostegno" invece del corretto secondo la letteratura "terapia di sostegno" con ciò che appare solo un evidentemente obbligato ma ingiusto e vergognoso compromesso e probabilmente un indebito tributo pagato a una classe medica fortemente determinata a ostacolare il più possibile che un'altra categoria professionale potesse "fare terapia".

Se andiamo ad esaminare i contenuti del corso di laurea in Psicologia si scopre che essi comprendono, oltre ovviamente alla Psicologia Generale, Evolutiva ecc., l'impianto teorico, spesso supportato da ricerche ed esperimenti ed estesamente analizzato, dei principali indirizzi terapeutici; non solo, comprendono anche nozioni sulle **"tecniche" terapeutiche**, come nel caso delle modalità operative della terapia psicoanalitica. Durante il tirocinio post-lauream si ha modo nella maggior parte dei casi e al di fuori di un'inutile ipocrisia che vieta "per legge" di nominare la parola "terapia" di **osservare e svolgere attività riconducibili alla clinica e alla psicoterapia**. Conseguentemente **la specializzazione in psicoterapia degli psicologi dopo la laurea e' fondamentalmente l'approfondimento di uno o più approcci teorici**, ma soprattutto e' **l'apprendimento pratico di "tecniche" specifiche degli stessi approcci**, oltre a comprendere altri aspetti come ad es. l'analisi personale o un perfezionamento nella psicodiagnosi.

Resta ovviamente sulla base di quanto appena detto, una **differenza notevole di competenze** tra lo **psicologo** e lo **psicologo-psicoterapeuta** che ha conseguito la specializzazione, per cui ovviamente la psicoterapia che non sia di semplice sostegno deve essere riservata agli specialisti nel ramo, ma credo sarebbe giusto riconoscere agli psicologi con la laurea specialistica quinquennale, considerati anche i contenuti del loro Esame di Stato, di poter esercitare la "terapia di sostegno", eliminando l'ambiguo e direi oggi patetico compromesso escogitato dai relatori della legge 56/89.

Del tutto diversa appare la situazione del **medico** che, al termine del suo corso di laurea in cui pure oggi sono stati introdotti nuovi insegnamenti di psicologia o psicosomatica oltre all'esame di psichiatria, **deve comunque partire praticamente ex novo se vuole intraprendere lo studio della psicoterapia.**

Lo psicologo psicoterapeuta studia per almeno 10 anni argomenti di psicologia e psicoterapia (durante la laurea, il tirocinio, la specializzazione e l'esame di stato), il medico psicoterapeuta per poco più di 4, che comprendono l'esame di psichiatria e qualche altro esame di psicologia o psicosomatica durante il corso di laurea e, dopo la laurea, la scuola privata di psicoterapia (il più spesso di un solo e specifico indirizzo terapeutico) o la specializzazione in psichiatria.

Ci si domanda pertanto come possono essere equiparate le due formazioni dello psicologo e del medico in tema di psicoterapia.

E' comprensibile che i medici, nella loro attivita' di "cura" dell'uomo malato, intendano poter e dover prendersi carico dello stesso uomo in tutti i suoi aspetti, compreso quello psicologico, come appare chiaramente espresso anche nel recente documento di accompagnamento dell'insediamento presso la FNOMCeO del Gruppo di studio per la salute mentale, ma cio' non appare molto condivisibile.

Molti fattori sembrano ostativi alla capacita' dei medici di poter condurre al meglio un trattamento psicoterapeutico, come di seguito esposti.

Una recente ricerca di Jean Decety dell'Universita' di Chicago, ha evidenziato come le aree cerebrali coinvolte nella percezione empatica della sofferenza altrui siano meno attive in medici che praticano l'agopuntura rispetto a quanto avviene in un generico gruppo di volontari; al contrario i medici attivano maggiormente aree interessate nella regolazione delle emozioni e nel controllo cognitivo. Secondo l'autore, i medici nella loro formazione e pratica clinica hanno appreso ad assumere un atteggiamento distaccato e pertanto meno coinvolto empaticamente poiche' esso permette loro una migliore lucidita', necessaria per poter svolgere al meglio una pratica clinica spesso angosciante. Con cio' si conferma quanto gia' affermato in passato da altri autori come Missenard e cioè **l'utilizzo frequente nei medici di meccanismi difensivi che li portano a contenere o reprimere le proprie emozioni con l'inevitabile conseguenza di non saper sufficientemente apprezzare gli aspetti emotivi dei loro pazienti.** Gli psichiatri non dovrebbero fare eccezione a questa regola se soltanto si pensa a quanto sia emotivamente impegnativa la pratica degli elettroshock, una volta praticati abbastanza comunemente e di cui oggi si e' tornato a parlare per la richiesta di alcuni psichiatri italiani di poterli effettuare in un maggior numero di centri.

Non e' quasi il caso di sottolineare come il "sentire empatico" sia alla base di ogni attivita' dello psicoterapeuta, il quale pertanto deve possedere questa capacita' al di sopra della media della popolazione generale e non certo al di sotto se vuole svolgere con successo la sua professione. Diversamente sarebbe un po' come pretendere che si possa suonare il violino senza avere delle attitudini musicali.

Piuttosto non si puo' certo disconoscere come la quasi totalita' dei medici non psichiatri si limiti nel migliore dei casi a prendere atto molto velocemente delle problematiche psicologiche del paziente, tradendo cosı̀ una certa resistenza ad interessarsene. Tale comportamento non e' dettato soltanto da una incompetenza nel campo specifico, ma si radica probabilmente anche nella struttura della loro vocazione; infatti il medico e' portato essenzialmente ad alleviare la sofferenza fisica, la sua attivita' di aiuto e' incentrata sul corpo e cio' lo porta quasi inevitabilmente a oscurare il peso della sofferenza psicologica.

Inoltre, quella del medico, ivi compreso lo psichiatra, appare essere una professione nella quale l'aspetto manipolativo del corpo umano, come pure un rigore scientifico e un approccio alla cura improntato a una causalita' di tipo lineare sono caratterizzanti: e' importante scoprire qual e' il disturbo con metodi ed esami il piú possibile obiettivi e ad ogni disturbo segue il rimedio. Questo approccio metodologico tuttavia non sembra sufficiente per poter condurre una psicoterapia; **l'esame dei riscontri obiettivi non esaurisce l'indagine dello psicoterapeuta.** E' per questo che i processi empatici, il saper immedesimarsi col paziente ed entrare nella sua soggettivita' hanno un'importanza cruciale.

L'azione dello psicoterapeuta e' modulata dalla sua percezione dei processi cognitivo-emotivi del paziente, percezione che deriva dall'integrazione coerente di dati osservazionali con dati piu' soggettivi provenienti dal terapeuta stesso e derivanti dai processi empatici e/o dal controtransfert (si intende per controtransfert la reazione emotiva suscitata dal paziente nel terapeuta). Tale processo porta lo psicoterapeuta ad aggiornare continuamente la diagnosi psicologica e ad adattare in base ad essa le manovre terapeutiche.

La diagnosi psicologica non e' soltanto una descrizione di sintomi e vissuti applicabili ad una popolazione piuttosto omogenea classificabile come sofferente di un determinato disturbo. Questo tipo di diagnosi puo' essere effettuata tramite strumenti come il **DSM IV**, ovvero il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali o anche i test psicologici, ma non esaurisce il compito dello psicologo clinico ne' puo' essere sufficiente per impostare una psicoterapia.

La diagnosi psicologica e' anche ricerca e individuazione di nessi tra quegli stessi sintomi e vissuti da una parte e la storia, l'ambiente, il comportamento, le relazioni dell'individuo medesimo dall'altra. Essa e' "ricerca di senso", di significato coerente nell'universo dei sintomi.

In virtu' di questo "aggancio" alla storia individuale, i vissuti, i processi mentali di interesse clinico, seppure potranno essere raccolti in grandi categorie, saranno comunque peculiari per ciascun individuo ed essi costituiscono come dire "il nocciolo" della diagnosi psicologica. Esso, per sua essenza, ovviamente sfugge alle categorizzazioni del DSM IV, ovvero della diagnosi psicopatologica medica. Il cambiamento in psicoterapia passa attraverso il cambiamento di questo "nocciolo" qualunque strategia si usi, diretta o indiretta, per affrontarlo.

Per fare un esempio, la diagnosi psicopatologica di "disturbo di panico", pur comportando una precisa individuazione del disturbo e una minuziosa descrizione dei sintomi, nulla ci dice sulle problematiche psicologiche sottostanti e scatenanti che possono variare enormemente da individuo a individuo perche' collegate ovviamente alla storia personale e sulle quali si incentra la diagnosi psicologica. Un paziente potrebbe avere una paura di fondo di non riuscire a realizzare le sue aspirazioni lavorative, un altro di perdere il coniuge e così via.

Taluni approcci psicoterapeutici focalizzano l'attenzione principalmente e soprattutto inizialmente sui meccanismi mentali che perpetuano il disturbo perche' piu' operativi, lasciando in secondo piano le tematiche piu' profonde; anche questa analisi comunque differisce completamente da una diagnosi psicopatologica e non prescinde dagli aspetti relazionali ed esistenziali del soggetto.

Accade anche talvolta che la diagnosi psicologica si chiarifichi completamente nel corso del trattamento psicoterapeutico, ma in ogni caso si avra' una guarigione completa quando le problematiche rilevanti saranno rielaborate o risolte.

Dal momento che i medici non sono abilitati ad eseguire una "diagnosi psicologica" non si vede come possano condurre al meglio una psicoterapia e sarebbe pertanto opportuno che dimostrassero con uno specifico Esame di Stato di saperla esercitare.

Giustamente e' stato osservato da alcuni che la diagnosi non puo' essere separata dalla terapia; conseguentemente se, come ripeto e mi sembra ovvio, per effettuare una psicoterapia e' necessaria essenzialmente e inderogabilmente una diagnosi psicologica, i medici non possono neppure essere autorizzati a prescrivere una psicoterapia se non per esclusione di patologie organiche, ma questa sarebbe un'indicazione molto restrittiva e senza solido fondamento psicodiagnostico.

Essi sono idonei a formalizzare una diagnosi psicopatologica che e' "descrittiva" nel senso sopra indicato ma non realmente "operativa" in quanto le categorie del DSM IV non sono operative o lo sono minimamente ai fini dell'impostazione di una psicoterapia.

Gli psicologi d'altra parte possono utilizzare le suddette categorie per fini di chiarezza e praticita'. Credo che basti leggere una qualunque perizia diagnostica di uno psicologo per rendersi conto della sua specificita' e di come sia naturalmente collegabile con un eventuale trattamento psicoterapeutico, rispetto a una diagnosi psicopatologica medica.

In merito alle recenti discussioni sull'accertamento diagnostico in occasione della proposta di legge sulla psicoterapia convenzionata, mi sembra pertanto che nel procedimento di autorizzazione alla psicoterapia la diagnosi medica differenziale e psicopatologica sia atto a cui devono seguire una diagnosi psicologica e una valutazione di idoneita' al trattamento da parte dello psicologo-psicoterapeuta.

Alla diagnosi del medico di base (che mi sembra sufficiente per i casi non di pertinenza psichiatrica) o dello psichiatra dovrebbe seguire la diagnosi psicologica e la valutazione di idoneita' al trattamento psicoterapeutico da parte dello psicologo. Il riscontro di patologie organiche o funzionali da parte del medico non costituisce una controindicazione per un trattamento psicoterapeutico ritenuto opportuno dallo psicologo.

Questo modello che prevede un doppio accertamento diagnostico ricalca quanto gia' avviene oggi in molti casi nella pratica clinica e "costringerebbe" in un certo senso medici e psicologi ad una più chiara collaborazione e comunicazione: **resterebbe ai medici la competenza sulla terapia farmacologica e sulla diagnosi differenziale e psicopatologica, mentre sarebbero riservati agli psicologi la diagnosi psicologica, il trattamento psicoterapeutico e la valutazione di idoneita' allo stesso.**

Anche quand'anche ci fosse un dissenso fra i due professionisti sulla diagnosi, caso possibile anche fra professionisti appartenenti alla stessa categoria, la rilevanza di tale dissenso sarebbe comunque mitigata dal fatto che le due diagnosi (medica e psicologica) sono solo parzialmente sovrapponibili.

Il modello proposto lede comunque il diritto del cittadino di poter accedere alla psicoterapia senza dover necessariamente passare attraverso un controllo medico per tutti quei casi (conflitti di coppia, genitori-figli, problemi psicologici vari che non rientrano nella psicopatologia ecc.) che non necessitano di visita medica, per cui sarebbe meglio mantenere i due canali attualmente esistenti:

l'uno più medicalizzato del medico di base e eventualmente del DSM in presenza di disturbi psichiatrici e psicosomatici, l'altro esclusivamente psicologico del Consultorio per tutti gli altri casi.

Resta ovviamente il vicendevole obbligo per medici e psicologi di inviare ad altri professionisti i propri pazienti/clienti ove ravvisino la presenza di disturbi psicologici o somatici non di loro competenza.

La Psicoterapia non è una specializzazione della facoltà di Medicina mentre lo è per la facoltà di Psicologia. I medici psicoterapeuti, dietro semplice domanda, sono annotati presso ogni Ordine regionale dei Medici in un apposito elenco di psicoterapeuti e già questa particolare procedura denota la diversa natura di questo ramo rispetto all'area medica e alle sue specializzazioni.

Per quanto sopra esposto, e in particolare per le considerazioni sulla diagnosi psicologica, ritengo che i medici non dovrebbero esercitare la psicoterapia, a meno che non dimostrino con uno specifico Esame di Stato, che attualmente e disinvoltamente evitano, di saperla effettuare, congiuntamente alla correlata e necessaria diagnosi psicologica.

In effetti, l'Esame di Stato dei medici non tratta di psicoterapia, essendo essa argomento appena accennato nei programmi di psichiatria, ben diversamente dalla seconda prova clinica dell'Esame di Stato per psicologi che è nel merito specifica e circostanziata.

Bibliografia

1. *Missenard A. Modèles du medecin. Problèmes d'identification et formation psychologique. Revue de Medicine Psychosomatique 1, 1-7, 1970;*
2. *Yawei Cheng, Ching-Po Lin, Ho Ling Liu, Yuan Yu Hsu, Kun Eng Lim, Daisy Hung and Jean Decety. Expertise Modulates the perception of pain in others. Current Biology, vol 17, 1708 - 1713, 09 October 2007;*
3. *Solano L., Coda R. Relazioni emozioni salute - 1994 Piccin.*

Valentina Sciubba