

Il modello medico in psicologia clinica

di Paola Pagano*

Premessa

La psicologia clinica è attualmente caratterizzata da due opzioni professionali molto differenti tra loro, fondate su ruoli, funzioni, metodologie di prassi completamente diverse con obiettivi sovente divergenti e con differenti rapporti rispetto alla domanda del committente. Nella prima opzione la prassi psicologica è fondata sul modello medico, nella seconda la psicologia si propone di intervenire entro la relazione tra individuo e contesto per promuoverne lo sviluppo. Queste due opzioni professionali sono in stretta connessione con il contesto culturale più ampio entro cui la psicoterapia si sviluppa e con il sistema di valori a cui essa fa, consapevolmente o no, riferimento.

Le peculiarità di questo momento storico, tra cui la crisi economica, le difficoltà lavorative per i giovani, lo spostamento verso alcune ideologie estremiste, ravvisabile nelle ultime elezioni Europee, il cambiamento storico segnato dalle elezioni del Presidente Obama, ci portano ad interrogarci su quali saranno le sorti della psicologia e quale opzione professionale prevarrà all'interno di un contesto culturale così caratterizzato.

Nel complesso dibattito sulla psicologia clinica, c'è concordanza nel rilevare che il paradigma fondante la psicologia clinica sia stato di tipo individualistico e che il modello utilizzato sin dai suoi esordi fosse quello medico.

L'utilizzo del modello medico da parte della psicologia clinica è spesso considerato uno degli aspetti problematici della prassi psicologico clinica.

Nella letteratura statunitense, un'estesa analisi critica della questione si trova già a partire dagli anni '60, negli scritti di George Albee, uno dei più infervorati esponenti del dibattito statunitense su questo tema, ma in seguito numerosi autori se ne sono occupati. Negli anni '90, R. L. Peterson ha criticato fortemente la natura asociale della psicologia professionale (Peterson, 1991; 1996) e la contemporanea assunzione, da parte degli psicologi clinici, del modello medico che, comprensibilmente, enfatizzava la psicopatologia individuale. Recentemente anche autori quali Wampold, Duncan, Cardemil, La Roche, Christopher si sono occupati della questione.

Il dibattito ha assunto spesso toni molto accesi. Si pensi che Albee ha dichiarato che gli psicologi hanno venduto la propria anima al diavolo: il modello che definisce il disturbo mentale come malattia (Albee, 1998). In passato aveva indicato l'adozione del modello medico quale "errore fatale della psicologia clinica". Wampold, invece, ha proposto l'urgenza di disancorare la psicoterapia dalle catene della fondazione medica (Wampold, 2001), e Duncan (2002) ha raccomandato di non assumere un modello medico in psicopatologia: "un invito è aperto per l'applicazione dei fattori comuni basati su un modello relazionale delle abilità del cliente" (Duncan, 2002, p. 32).

In Italia, l'esponente principale del dibattito è Renzo Carli, il quale ha definito e criticato il modello medico e il suo utilizzo da parte della Psicologia Clinica italiana analizzando il contesto storico-culturale entro il quale esso ha preso piede.

In questa sede ci proponiamo di trattare alcuni dei nodi salienti della discussione.

Il contesto storico-politico statunitense

Nella letteratura statunitense, l'affermazione di questo modello è attribuita a motivazioni diverse inerenti l'ordine economico-politico e la storia della psicologia clinica. Tra i vari motivi vi è l'introduzione del sistema diagnostico fondato sul DSM (Stricker, 2005), la

* Psicologa, Dottore di Ricerca, Professore a contratto, Università del Salento.

diffusione del modello di Boulder¹ (Albee, 1964; 1969; 1975; 1998; 2000), le caratteristiche della cultura americana, come anche lo sviluppo della psicologia clinica entro gli ospedali per i reduci di guerra (Peterson, 2006).

Nella visione di Peterson, la cultura tradizionale Americana con il suo spiccato individualismo ha permeato la cultura delle università, influenzando le differenti facoltà. In Psicologia, la teoria psicodinamica come la teoria comportamentista, assieme alla più recente teoria cognitivista, hanno sostenuto un orientamento centrato sull'individuo. Sono state proposte anche alcune versioni interpersonali e sociali di queste teorie, ma a molti psicologi sono sembrate marginali, mentre nella formazione è prevalsa l'enfasi sull'impostazione individualista delle teorie come s'è detto (Peterson, 2006).

A questo dato culturale generale, si è aggiunta la forte influenza degli Ospedali retti dall'Amministrazione dei Reduci, con la loro marcata medicalizzazione dei problemi. Nell'adesione al modello medico, infatti, le ragioni storico-culturali si intrecciano con quelle economico-politiche e attraverso la collaborazione tra APA, USPHS² e VA³ la psicologia ebbe il supporto finanziario e iniziò ad affermarsi come professione.

Dopo la Prima Guerra Mondiale, l'esercito statunitense ebbe la necessità di sviluppare notevolmente i servizi per la salute mentale; poiché non c'erano abbastanza psichiatri per soddisfare la domanda (Humphreys, 1996), gli psicologi furono massicciamente utilizzati per l'assessment e il trattamento dei soldati che mostravano problemi psicologici (Strickland, 1988). Va peraltro ricordato che gli psicologi, in quel periodo, non avevano accesso alla formazione clinica ed erano, pertanto, poco competenti nell'ambito delle questioni cliniche (Belar, 1998; Roe *et al.*, 1959).

Il bagaglio di conoscenze fino ad allora appreso con la ricerca scientifica, si rivelò inutile per capire e trattare i problemi dei reduci di guerra. I primi psicologi clinici si trovarono nella necessità di intervenire, anche se privi di teorie e modelli di intervento psicologico ai quali far riferimento; non disponevano, inoltre, di luoghi di formazione in cui poterli apprendere. La psicologia clinica nacque, in definitiva, da una domanda del contesto sociale che la psicologia non era preparata ad affrontare, perché chiusa nei laboratori sperimentali. Gli ospedali militari e l'Amministrazione dei Reduci (Veterans Administration, VA) fornirono crescenti opportunità per la formazione "applicata", e gli studenti iniziarono ad essere utilizzati come assistenti degli psichiatri nel trattamento dei reduci di guerra. (Thorp *et al.*, 2005). Queste le circostanze entro le quali si è sviluppata la prassi psicologico-clinica: con un riferimento alla tradizione psichiatrica da un lato e con una prassi orientata dall'esperienza sul campo dall'altro. Accanto al sapere prodotto in laboratorio, iniziò a costituirsi un corpus di conoscenze e di strumenti messi a punto sul campo, nel trattamento dei reduci di guerra. Come si è detto, per Albee (2000) gli psicologi hanno commesso "un errore fatale che da sempre ha distorto e danneggiato lo sviluppo della Psicologia Clinica" (p. 247). L'errore, riconducibile al modello di formazione Boulder, sta "nell'accettazione acritica del modello medico, della spiegazione organica dei disturbi mentali⁴, e insieme, nell'avallo dell'egemonia psichiatrica e del modo di procedere del pensiero e del linguaggio medico" (Albee, 2000, p. 247). Per anni gli psicologi sono stati formati nei centri psichiatrici ed era loro richiesto di fornire "servizi psichiatrici", in particolare nei confronti dei reduci di guerra che avevano bisogno di interventi motivati da disturbi mentali o emozionali (Albee,

¹ Il modello di formazione di Boulder prende il nome dalla conferenza in cui fu definito e prevede l'utilizzazione del metodo scientifico nella pratica clinica e intende formare gli psicologi ad avvalersi dei risultati della ricerca, nell'ambito della pratica. Ha lo scopo di formare *scientist-practitioner* in grado di valutare i propri interventi avvalendosi di tecniche empiriche e di diffondere tali risultati dai setting clinici alla comunità scientifica (Drabick & Goldfried, 2000). Il modello di Boulder ha fornito la struttura di riferimento per la maggior parte dei programmi di formazione in psicologia clinica, sviluppati negli anni successivi negli Stati Uniti: una preparazione pratica nella ricerca scientifica, contemporaneamente ad una preparazione nella professione clinica.

² United States Public Health Service (Servizio sanitario pubblico statunitense).

³ Veterans Administration (amministrazione dei reduci di guerra).

⁴ Secondo Albee, ad influenzare il campo della psicologia nella direzione della medicina fu in particolare un importante clinico, David Shakow che, facendo ricerca al Worcester State Hospital, fece in modo che il concetto di disturbo mentale fosse accettato e chiaro.

1998). La formazione degli specializzandi in psicologia clinica era sistematicamente realizzata entro setting psichiatrici; così gli psicologi hanno fuorviato le loro risorse in formazione, accettando che aderissero alla visione fragile, teoricamente poco precisata, spesso incompetente, proveniente dalla cultura psichiatrica (Albee, 2000).

Secondo Albee, gli psicologi hanno violato - per ignoranza o per inesperienza - il principio fondamentale della formazione professionale: forma gli studenti a casa tua, altrimenti diventerai una professione ausiliaria (Albee, 1964).

Negli anni in cui è prevalso il modello di Boulder, molti psicologi si sono opposti alla dominazione della psicologia clinica da parte della psichiatria e dei modelli psichiatrici, spronando la psicologia a fondare i propri centri di formazione e di pratica, coerenti con i modelli d'apprendimento psicologico e dotati di supervisione e mentoring psicologici (Albee, 1964). Se ciò fosse stato fatto, il corso della storia psicologica sarebbe stato completamente differente, ma la psicologia ha rifiutato un modello di apprendimento più appropriato per il suo intervento (Albee, 1975) e gli psicologi clinici hanno imparato a trattare con i loro "pazienti" negli studi privati, con una committenza che chiedeva una diagnosi medico-psichiatrica, per ottenere il rimborso dalle compagnie d'assicurazione.

Il contesto economico-politico statunitense

La spiegazione del disturbo mentale attraverso il modello del difetto medico/organico/cerebrale "è supportata dalla classe dominante perché non richiede un cambiamento sociale e un riadattamento maggiore dello status quo" (Albee, 2000, p. 248).

D'altro canto, la spiegazione dei problemi attraverso il modello sociale "cerca di porre fine o ridurre la povertà con tutti gli stress ad essa annessi, così come alla discriminazione sociale, allo sfruttamento e al pregiudizio come alle altre fonti di stress che portano ai problemi emozionali" (Albee, 2000, p. 248). Schierandosi con il punto di vista conservativo sulla causalità, la psicologia clinica si è unita alle forze che perpetuano l'ingiustizia sociale. Gli psicologi sono ora impantanati in un vicolo cieco bloccati da un sistema sanitario lucroso, una logica aziendale in cui l'unica preoccupazione è per il profitto.

Negli Stati Uniti, "i servizi di psicoterapia occupano una piccola nicchia nell'enorme universo dei servizi della salute mentale. Le forze interne a questo universo stanno comprimendo la psicoterapia in minuscoli comparti e stanno cambiando la natura del progetto terapeutico" (Wampold, 2001, p. 1-2). Negli anni 90, l'intervento biomedico è diventato, sempre più, il tipo di trattamento utilizzato per trattare problemi psicologici a discapito dell'intervento psicologico che continua ad essere sempre meno utilizzato. Per esempio, dal 1987 al 1997 la percentuale di pazienti depressi trattata dai medici di base con gli antidepressivi è aumentata dal 69% al 87%, mentre la proporzione trattata dagli psicologi si è ridotta dal 30% al 19% (Barlow, 2004). "La psicoterapia è efficace, ma è troppo costosa per essere redditizia per il sistema sanitario aziendale, così la psicoterapia non è sostenuta. La farmacoterapia sviluppata dalle giganti case farmaceutiche va per la maggiore e la psicologia clinica, da tanto tempo bloccata nel modello medico/organico, ha poche chance di andare avanti" (Albee, 2000, p. 248).

Secondo Wampold (2001), le pressioni del sistema dei servizi sanitari hanno forgiato la psicoterapia entro il modello dei trattamenti medici. La psicoterapia è ascritta entro la terminologia medica: diagnosi, piani di trattamento, trattamenti validati e condizioni mediche necessarie per nominarne solo alcuni.

L'aziendalizzazione del sistema sanitario ha amplificato la necessità di provare i benefici della psicoterapia. Il sistema sanitario è controllato da committenti privati e istituzionali che chiedono di provare che valga la pena rimborsare il lavoro svolto dagli psicologi nella psicoterapia (La Roche & Christopher, 2008).

Nel 1995 è stata organizzata una Task Force in risposta alla soverchiante egemonia degli interventi biomedici. Appena insediata, essa ha chiesto di supportare i propri sforzi dichiarando in toni molto allarmanti: "Se la psicologia clinica vuole sopravvivere nell'era della psichiatria biologica, l'APA deve attivarsi per enfatizzare il valore di ciò che abbiamo da offrire - una varietà di psicoterapie di comprovata efficacia" (Task Force, 1995, p. 3)

L'adesione acritica della psicologia clinica al modello medico ha fatto sì che nella psicologia si utilizzassero gli stessi metodi di validazione dei trattamenti, primo fra tutti la procedura dei trials controllati e randomizzati (RCT) (Wallace, 2001; Cardemil, 2008; La Roche & Christopher, 2008). Ora "per sopravvivere gli psicologi devono sforzarsi di ottenere una prescrizione dei privilegi, uno sforzo che appoggi ulteriormente il modello della malattia organico/cerebrale" (Albee, 2000, p. 248).

La prescrizione dei privilegi sembra costringere sempre più gli psicologi a conformarsi al modello della prassi medica. Per Wampold, inoltre, è evidente che la psicoterapia sia incompatibile con il modello medico e la concettualizzazione della psicoterapia entro le categorie mediche snatura la sua essenza e ne mostra le prove all'interno del suo libro,.

Approdando nell'area medica, la cosiddetta *talk therapy* diventa tronca e prescrittiva e gli psicologi e gli psicoterapeuti sono costretti, per ragioni economiche, a praticare forme di terapie diverse da quelle per cui si sono formati e che preferirebbero praticare. Detto in toni più allarmanti, "la medicalizzazione della psicoterapia potrebbe distruggere la *talk therapy* quale trattamento benefico dei problemi psicologici e sociali" (Wampold, 2001, p. 2).

Secondo Wampold, nell'attuale panorama statunitense, per i terapisti non è più possibile ottenere un rimborso dalle aziende del sistema sanitario (HMOs) conducendo trattamenti a lungo termine. Molto spesso, i trattamenti possono essere rimborsati solo se rivolti a particolari disturbi mentali con specifiche diagnosi. Per esempio, per giustificare (e ottenere il rimborso) di un trattamento rivolto ad un cliente con un matrimonio tribolato che sta attraversando una sequela di problemi, come l'abbassamento della performance lavorativa, l'assenteismo, la malinconia, deve necessariamente essere attribuita una diagnosi rimborsabile, come un disturbo depressivo maggiore. Parallelamente, la pianificazione di un trattamento rivolto ai pazienti assicurati deve essere orientata all'obiettivo di alleviare i sintomi della depressione, piuttosto che al trattamento di divergenze familiari, al cambiamento di pattern relazionali oppure al miglioramento della comunicazione nella coppia. Di seguito approfondiremo le conseguenze di tale situazione.

Il panorama europeo ed italiano

Un problema che si affronta nel considerare il panorama scientifico nel contesto europeo è l'assenza di una definizione condivisa e chiara della psicologia clinica (Pagano & Potì, 2007). La tendenza dominante in ambito letterario sembrerebbe proporre e reiterare in particolare l'identificazione della psicologia clinica con la psicoterapia e l'utilizzo di un modello medico - psicopatologico di "cura", che considera l'oggetto della psicologia clinica il disagio, la sofferenza o la malattia mentale (Circolo del Cedro, 1991; Golse, 2005; Hoffman & Douville, 2005; Lombardo & Stampa, 1991; Robinson, 2005). Rispetto a ciò, Lunt (1996) sottolinea come la psicologia clinica in Europa sia segnata dalla dominanza della psicoterapia. Questo dell'assimilazione concettuale tra psicologia clinica, psicoterapia e psicopatologia, è un orientamento rintracciabile nelle pubblicazioni della comunità scientifica o nelle prassi professionali ed è dato per scontato, assunto come dato di fatto, raramente oggetto di riflessione e definito nelle sue premesse o nelle sue implicazioni teoriche e per l'intervento (Pagano & Potì, 2007).

Una simile tendenza è riscontrabile anche in Italia, ed ha costituito un orientamento che ha profonde radici storiche e culturali ed è stato oggetto di riflessione da parte di alcuni psicologi clinici (Carli, 1987; 2005; 2006; 2007; 2008; Circolo del Cedro, 1991; Lombardo & Stampa, 1991).

Più volte, questa Rivista di Psicologia Clinica ha ospitato tale dibattito approfondendo in particolare i temi di una *psicoterapia volta a correggere deficit* e di una *psicoterapia volta a promuovere sviluppo*. Come si è detto, si tratta di due opzioni professionali molto diverse, fondate su ruoli, funzioni e rapporti con la domanda del committente letti diversamente, su

metodologie di azione professionale distinte, con obiettivi spesso divergenti⁵. Il primo tema concerne la psicologia clinica che fonda la propria prassi sul modello medico, il secondo, invece, la psicologia che si pone come obiettivo l'intervento entro la relazione tra individuo e contesto e pertanto lo sviluppo delle capacità produttive e di scambio da parte di chi chiede l'intervento.

Nel caso della correzione di un deficit, la posizione dello psicologo clinico è quella di chi pensa di essere legittimato ad intervenire sulla base di una situazione problematica, letta quale scarto da un modello che si ipotizza condiviso e legittimato socialmente. Questo modo di intendere la psicologia è l'esito di una scissione, tra psicologia quale scienza e psicologi, attraverso la quale si relega la competenza professionale di questi ultimi all'applicazione di tecniche e alla psicoterapia. Area, quest'ultima, comprendente molteplici metodi, spesso teoricamente incompatibili tra loro, volti all'intervento ortopedico che tratta la domanda quale richiesta di cura dei disturbi mentali, della sofferenza psichica, ristretta a singoli individui. Nella seconda opzione, la psicologia è considerata una scienza che consente di intervenire nella relazione tra individuo e contesto, quindi entro i problemi di convivenza, per un loro sviluppo. Lo sviluppo è l'obiettivo di chi interviene entro la relazione tra individuo e contesto, ed assume la capacità produttiva e la competenza a scambiare i parametri sui quali intervenire (Carli, 2006; 2007; 2008). La teoria della tecnica dell'"Analisi della domanda" proposta da Carli, si colloca all'interno di quest'ultima opzione. In quest'ottica, attraverso l'assunzione dello sviluppo quale parametro di riferimento per l'intervento psicologico rivolto all'adulto, vengono a cadere le differenze tra l'intervento che concerne la domanda di singoli o quella di strutture sociali ed organizzative. In entrambi i casi, l'obiettivo dello psicologo comprenderà sistematicamente lo sviluppo nella relazione delle persone o delle componenti organizzative con il loro contesto. Con l'analisi della domanda s'intende dare un contributo alla psicologia intesa quale scienza che fonda l'intervento psicologico, quindi una professionalità con suoi obiettivi e una sua teoria della tecnica.

E' evidente la differenza tra obiettivi ortopedici, volti a ricondurre l'individuo alla normalità (o, se si vuole, all'ortodossia), e obiettivi di sviluppo. La cura è una tipica modalità d'intervento ortopedico, che vede quale parametro da perseguire la normalità della singola persona. L'intervento di riduzione del deficit si appoggia al modello medico, assumendo lo scarto dal modello quale "malattia", e l'intervento ortopedico (che riconduce all'*ortos*, alla retta via) quale terapia, quale cura della malattia, con obiettivi di guarigione.

Ciò giustifica la confusione, nell'ambito della psicoterapia, tra professione medica e professione psicologica. Confusione curiosa e poco discussa, nonostante la profonda diversità, epistemologica e pragmatica, che differenzia la formazione del medico e dello psicologo e malgrado la fondazione biologica della prassi medica, ancorata non tanto

⁵ Per Carli, la caratteristica più interessante della psicologia, è data dal fatto di aver sviluppato specifiche teorie e concreti modelli dell'intervento. Gli interventi, nelle varie aree della società, possono essere declinati entro due ordini di condizioni che rendano possibile l'intervento stesso. Il riferimento è all'intervento professionale, generalmente inteso e fondato su una specifica competenza: intervento economico, intervento politico-legislativo, intervento culturale, intervento medico o sanitario in generale. Potremmo continuare a lungo. Ebbene, a ben guardare, ciò che rende possibile l'intervento, è riassumibile in una duplice condizione:

- l'intervento fondato sul *mandato sociale*;
- l'intervento fondato su una *committenza*.

Secondo Carli, il *mandato sociale* media tra scientificità e valori consensualmente accettati. Tale processo di mediazione con la scientificità che fonda la prassi, quindi di costruzione del consenso sulla credibilità della stessa prassi è in elaborazione continua, nelle più svariate sedi istituzionali. La *committenza*, invece, non ha a che fare, univocamente, con norme e valori prestabiliti. La *committenza*, infatti, porta in campo i suoi obiettivi. Comporta il consenso tra interlocutori - psicologo e cliente - che traduca in dimensioni operative, storiche e contingenti, le grandi finalità del mandato sociale, entro la specificità di quella *committenza*. La storicità e la contingenza della prassi fondata sulla *committenza*, implicano la necessità della verifica, orientata dagli obiettivi del committente, in base a criteri appositamente individuati. Con la *committenza*, vengono messe in gioco conoscenza ed utilizzazione delle risorse locali, proprie della specifica situazione entro la quale s'interviene.

all'individuo quanto al suo statuto biologico, corporeo; e la fondazione psicologica, appunto, della prassi psicologica, ancorata alla relazione tra individuo e contesto.

A fondamento del mandato sociale su cui poggia l'intervento di riduzione del deficit, s'invoca la funzione diagnostica, fondata sulle classificazioni dei disturbi mentali quali il DSM-IV o l'ICD 10. "Tali manuali diagnostici, d'altro canto, pur rappresentando uno sforzo importante, per la Psichiatria, di trovare un linguaggio comune per una definizione condivisa dei disturbi mentali, non possono essere di certo un buon punto di partenza per un intervento psicologico clinico. Innanzitutto, si tratta di manuali che fanno riferimento alla Psichiatria, non alla Psicologia Clinica. In secondo luogo, ed è questo un grande limite della Psichiatria e della sua pretesa di assimilarsi ad altre aree della medicina, questi manuali sono descrittivi di fenomeni, non proponendo alcuna ipotesi eziopatogenetica dei fenomeni stessi" (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004, p. 39).

Si sa, d'altro canto, che l'intervento medico poggia le sue basi scientifiche e la sua efficacia pragmatica sulla conoscenza eziopatogenetica di gran parte delle forme curabili della malattia. Pensare di legittimare un intervento di correzione del deficit, sulla base di diagnosi riferite alla nosografia presente in questo tipo di manuali significa, quindi, prescindere radicalmente dal vissuto del singolo sullo "scarto dal modello"; ed al contempo definire lo stesso "scarto dal modello" tramite dimensioni diagnostiche non aiuta a discernere tra le differenti tecniche d'intervento psicoterapeutico in quanto non si evidenzia l'utilità dell'una o dell'altra (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004).

Il modello medico è fondato sulla valutazione dell'altro entro la logica "modello-scarto dal modello". Vale a dire che si guarda al comportamento, alle emozioni, ai vissuti dell'altro, valutandone la corrispondenza ad un modello di normalità, o allo scarto da tale normalità. Quindi, "l'intervento di riduzione dello scarto è legittimo nel caso in cui la domanda provenga dalla persona portatrice dello scarto, come quando è posta da altre persone del contesto: un medico, un superiore gerarchico dell'interessato, un genitore" (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004, p. 38). La denuncia, la rilevazione, l'evidenza di uno scarto dal modello implicano, sempre, una relazione di potere sociale efficace, tra chi denuncia, rileva, rende evidente lo scarto, e chi ne è l'oggetto. E' possibile sostenere che tale rapporto di asimmetria di potere sia funzionale al controllo: evidenziare uno scarto dal modello e correggerlo sono espressioni di una implicita volontà di controllo sociale. Questo fa capire come il *comportamento* sia l'oggetto più rilevante di questo modo d'intervenire (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004).

L'intervento di riduzione dello scarto dal modello è rivolto al singolo individuo considerato in senso acontestuale. Con la stessa logica si può intervenire anche entro il contesto familiare, ma nell'ottica di trattare la famiglia come un "individuo" che scarta da un modello prefissato, del quale il terapeuta è il depositario (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004).

Il medico è una delle figure professionali che operano con uno specifico riferimento al potere del mandato sociale. Ricordiamo che, quando si è ammalati o si sta male, si è obbligati a ricorrere alle cure di una persona professionalmente competente, vale a dire al medico. Parallelamente, il medico è obbligato ad erogare la prestazione, ne consegue il reato di omissione di soccorso. Entro l'area medica, poi, i pazienti potranno scegliere in base alla reputazione dei vari professionisti. Il mandato sociale e la reciproca costrizione nella prestazione e nella domanda, da parte del medico e del paziente, trovano il loro corrispettivo in una competenza medica che si propone come forte. Entra in gioco, con tutto il suo potere, il sapere medico con le sue codificazioni, classificazioni della patologia e con gli apporti scientifici alla diagnosi ed alla terapia. La competenza medica consiste nel ricondurre il disagio, denunciato dal paziente, ad una precisa codificazione del quadro patologico, al fine di una iniziativa terapeutica adeguata alla diagnosi. E' l'esistenza di questo insieme di codificazioni conoscitive della patologia, su cui si fonda il protocollo delle iniziative terapeutiche, che rende "obbligato" il ricorso al medico, nel caso di una malattia.

La psicologia ha tentato di porsi entro l'area medica, al fine di evitare l'incontro con la domanda del cliente, quindi nella speranza di poter fruire dei vantaggi di una professione "obbligata" (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004). Questo può aiutare a comprendere il fermo e costante ancoraggio degli psicologi alla psicoterapia, quale unica via professionale per loro possibile. Affrontare la domanda di chi si rivolge allo psicologo richiede, da parte di

quest'ultimo, la conoscenza e l'uso di modelli adeguati all'analisi ed alla traduzione in prassi della domanda stessa. Fare psicoterapia in riferimento a un mandato, di contro, significa trattare la domanda di chi si rivolge allo psicologo quale richiesta scontata di diagnosi e terapia, nell'ipotesi di poter trattare quanto il cliente propone, quale espressione di una forma psicopatologica, da ricondurre ad una classificazione entro il corpus della psicopatologia (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004). Di qui il privilegiare la domanda che concerne "individui", estrapolando la domanda stessa dal contesto; ed il contemporaneo tentativo di ricondurre a problemi acontestuali anche le domande che segnalano problemi organizzativi e di convivenza. "Tutto questo è stato possibile, non occupandosi della domanda sociale rivolta alla psicologia, dando per scontata la modalità "terapeutica" dell'intervento psicologico, ignorando quei segnali che mostrano un'attesa diversa, da parte del sistema sociale, nei confronti dello psicologo" (Carli, Paniccchia & Salvatore, 2004, p. 20).

Conseguenze legate all'utilizzo del modello medico

Passiamo ora ad analizzare più in dettaglio le conseguenze connesse all'utilizzo del modello medico in psicologia clinica.

Secondo Wampold, uno dei più rilevanti problemi concerne la *perdita dell'essenza dell'esperienza psicoterapeutica*, laddove la psicoterapia è considerata un'esperienza di cambiamento personale e di vita che non può essere forzata entro un trattamento fondato sul modello medico.

Nel modello medico, l'enfasi non si pone sul processo condiviso tra cliente e professionista, ma sulla specificità del trattamento. Sulla base del modello medico, sono formulate le spiegazioni dei disturbi, dei problemi e dei disagi; si suppone che i trattamenti contengano "ingredienti specifici" considerati necessari al cambiamento. Nel loro lavoro, i terapeuti si focalizzano su tali "ingredienti specifici", i principi attivi ai quali i ricercatori attribuiscono i benefici della psicoterapia (Wampold, 2001). In questo modo si perde tutta la questione inerente il senso della psicoterapia sia per chi si avvicina all'esperienza da cliente sia per chi la conduce professionalmente.

L'influenza del modello medico in ambito psicologico è evidente molto nell'utilizzo della metafora farmacologica (Stiles & Saphiro, 1989). I trattamenti psicologici, infatti, sono considerati metaforicamente come farmaci che vengono somministrati alle persone e che curano i disturbi. Sono "trattamenti per condizioni", proprio come i farmaci sono trattamenti per le infezioni. Lavorano producendo cambiamenti nell'organismo con un fascino tutto meccanicistico. In quest'ottica, i clienti hanno problemi che non possono affrontare da soli perché sono bloccati nelle loro difese, condizionati dalle loro abitudini o da schemi disfunzionali: ciò di cui hanno bisogno è l'intervento esterno di un esperto che applichi le tecniche prescelte (Wampold, 2001). Entro il modello medico, l'idea che il paziente possa raddrizzarsi da solo è teoricamente inspiegabile così come è inspiegabile che un persona possa guarire dal cancro senza trattamento. Tutti sanno che queste cose accadono, ma si suppone che siano casi insoliti (Wampold, 2001).

In parte ciò è dovuto al fatto che la nostra cultura non prevede che le persone possano autogenerare i processi al loro interno. Come sostengono Bakan (1996) e Gendlin (1990), molti dei nostri modelli, da quelli religiosi a quelli dell'educazione tradizionale, quelli genitoriali e quelli psicologici considerano il cambiamento quale impiantato nelle persone da agenti esterni. I clienti cambiano attraverso l'"interiorizzazione" dei terapeuti o attraverso l'eliminazione delle paure da parte del terapeuta o attraverso la sostituzione di convinzioni disfunzionali con convinzioni funzionali.

Il modello medico può fondare trattamenti apertamente prodotti entro contesti medicalizzati, ma anche trattamenti pedagogici. Ad ogni modo, racchiude in sé l'idea che l'agente del cambiamento sia il terapeuta esperto (Bohart & Tallman, 1999; Orlinsky, 1989) e si basa su una logica di intervento ortopedico, orientato alla correzione del deficit entro un ipotesi di cambiamento lineare.

L'esito è che il cliente non si sente un promotore del suo stesso cambiamento, ma solo un oggetto *sottomesso* all'azione di fattori esterni come i farmaci o l'abilità-esperienza di uno

psicoterapeuta⁶. L'utilizzo del modello medico fa sì che si istituisca un rapporto di dipendenza tra il cliente e il tecnico, in cui il tecnico detiene il potere di intervenire sull'altro che non può far altro che attendere con fiducia il trattamento.

Le conseguenze dell'utilizzo del modello medico: la verifica in psicoterapia

Come è noto, il modello medico prevede l'attivazione di una procedura volta al miglioramento del sintomo, caratterizzata dalla diagnosi e dalla prescrizione di un trattamento (Bohart *et al.*, 1998). Il trattamento medico è farmacologico e può essere verificato attraverso disegni sperimentali di ricerca che adottano il paradigma doppio-cieco e utilizzano il gruppo di controllo (randomized double-blind placebo control group design).

Storicamente, l'utilizzo di questo metodo risale agli anni '30, fu originariamente sviluppato negli USA e Gran Bretagna per il campo medico (Shapiro & Shapiro, 1997; Wampold, 2001) con l'intento di mantenere costanti tutti i fattori eccetto il principio attivo della medicazione (Baskin *et al.*, 2003; Castelnuovo *et al.*, 2004). Dopo l'utilizzo in medicina, Rosenthal and Frank (1956) suggerirono che il "randomized double-blind placebo control group design" potesse essere adottato anche nella ricerca in psicoterapia. Il National Institute of Mental Health (NIMH) appoggiò la proposta e decise di applicare alla valutazione della psicoterapia la stessa metodologia usata nella ricerca sui farmaci (i trials controllati e randomizzati, RCT) (Duncan, 2002). In tal modo si reificò d'un tratto la suggestiva analogia tra la psicoterapia e la cura medica *tout court*.

La "*Evidence based medicine*" è divenuta un vero e proprio "fenomeno sociale" e la validazione sperimentale dei trattamenti ha acquisito "un potente ruolo di imporre 'verdicti' circa che cosa sia un buon trattamento e che cosa non lo sia" (Starcevic, 2003, p. 278).

Questo fenomeno sociale ha interessato anche la psicoterapia, ciò malgrado le procedure EBM standard siano spesso non applicabili nel campo della psicoterapia, considerando che le procedure di evidenza sono basate sull'osservazione e la ricerca che non sono mai libere da teorie o valori di riferimento. L'adozione dell'EBM è fondata sul realismo scientifico, che postula che esiste una realtà indipendente e la verità è raggiungibile attraverso le metodologie scientifiche (Starcevic, 2003).

Negli anni, l'emanazione degli standard e delle linee-guida riguardo agli EST da parte del National Institute of Mental Health ha riscosso molto successo e suscitato grandi entusiasmi in un certo numero di psicologi. Tuttavia molti altri psicologi restano scettici a riguardo come anche rispetto all'enfasi sui trattamenti manualizzati e sugli specifici effetti. Costoro sostengono l'inapplicabilità degli EST ad un ampio range di clienti per la personalità, la cultura e l'etnia (Wampold, 2001; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004).

Le conseguenze di tale processo sono state molto ampie. Molti aspetti critici sono stati evidenziati (cfr. Castelnuovo *et al.*, 2004) relativamente all'utilizzo degli EST in psicoterapia.

Innanzitutto, per permettere l'utilizzo dei protocolli di sperimentazione devono essere adottate terapie manualizzate più vicine ai protocolli farmacologici e ai sistemi di classificazione dei disturbi.

Negli USA, il sistema di erogazione dei finanziamenti incentiva l'utilizzo di questo paradigma di ricerca, in conseguenza di ciò, uno studio può includere terapie manualizzate (per avvicinarsi ai protocolli farmacologici) e disturbi basati sul DSM-IV per ottenere una

⁶ Si tralascia in questa sede di discutere la posizione diametralmente opposta che attribuisce al cliente tutti i "meriti" dei risultati ottenuti. Tale posizione, ampiamente discussa nel contributo del gruppo di Castelnuovo (2004), scaturisce dall'affermazione di Roger (1957): nella psicoterapia se i clienti hanno un'atmosfera supportiva possono generare tutti i cambiamenti da sé. Ne consegue che è principalmente il cliente a far sì che la terapia funzioni (Bohart & Tallman, 1996). In quest'ottica il cliente è il vero terapeuta e i terapeuti sono in realtà facilitatori dei processi di cambiamento già presenti nel cliente. Il cliente genera da sé i processi che sono attivi produttori del cambiamento. Dapprima i clienti apprendono in modo attivo e, in secondo luogo, essi producono cambiamento nel senso che producono nuove prospettive e significati. I clienti fanno scoperte non attese dai terapeuti e utilizzano le risposte dei terapeuti in modo creativo per crescere.

finanziamento dall'NIMH, non a caso “i fondi per studi non relazionati a specifici disturbi sono drasticamente diminuiti di circa il 200% dalla seconda metà degli anni '80 fino agli anni '90. Oltre a questi effetti limitanti, il forzare a tutti i costi la metodologia degli RCTs alla psicoterapia è praticamente una tirannia priva di ogni ragionevolezza scientifica” (Duncan, 2002, p. 45).

Questo ha delle ricadute sia sulla scelta dei trattamenti, sia sulla tipologia di ricerca svolta. Infatti, i trattamenti definiti come empiricamente supportati hanno via via determinato sempre più le terapie e i test condotti, ciò che si insegna e ricerca e, ultimamente, anche ciò che è rimborsato e penalmente perseguito (La Roche & Christopher, 2008).

Tale situazione ha fatto sì che, a discapito di qualificati trattamenti, si promuovessero maggiormente i trattamenti più facilmente specificabili in manuali e protocolli di trattamento e indirizzati verso specifiche problematiche o popolazioni (Brunswick, 1952). Ne hanno tratto vantaggio i trattamenti cognitivo-comportamentali che hanno imposto una certa supremazia in questo ambito. A farne le spese sono, da un lato, i trattamenti più complessi e meno procedurali e, dall'altro, l'innovazione clinica nella pratica e nella ricerca in psicoterapia (Castelnuovo et. al., 2004; Chwalisz, 2000; Jacobson & Christensen, 1996) dal momento che in tal modo si possono valutare solo i trattamenti già esistenti, ma non svilupparne di nuovi e migliori.

Il peso della sentenza della Task Force è evidenziato anche dal fatto che i trattamenti empiricamente supportati continuano a rappresentare gli standard di ricerca nella psicoterapia statunitense (Sternberg, 2006) e non solo. Anche Goldfried e Wolfe (1996) suggeriscono che i ricercatori degli effetti della psicoterapia sono diventati sempre più dipendenti dal metodo dei trials clinici per determinare i migliori trattamenti.

Infine, gli psicologi sono sempre più costretti ad interessarsi alle restrizioni imposte sulla loro pratica dal sistema sanitario, così come alle ramificazioni penali di questi standard.

In accordo con Beutler (1998), la frequente conseguenza di questo metodo di validazione delle psicoterapie è che si crea un “sistema imposto legalmente” per determinare quali psicoterapie sarebbero accettabili o meno e, conseguentemente, rimborsabili. Il risultato finale è che “il sistema sanitario sempre più detta legge nell'indicare agli psicoterapeuti quali approcci devono usare con specifiche diagnosi per ottenere i rimborsi” (Duncan, 2002, p. 47).

Conclusioni

Si è visto come le due opzioni della psicologia clinica, l'adesione al modello medico orientato alla correzione del deficit, e l'orientamento alla promozione dello sviluppo della relazione tra individui e contesto sono strettamente dipendenti dalle circostanze culturali entro cui la psicologia clinica viene praticata. Il sistema di valori che orienta, consapevolmente o inconsapevolmente, lo psicologo clinico ha una stretta connessione con la cultura entro la quale si lavora, con i modelli valoriali ai quali si aderisce. Il sistema di attese dello psicologo influenza direttamente e indirettamente la prassi utilizzata⁷. Ad ogni modo, tali attese non derivano sempre esplicitamente dal sistema teorico di riferimento

⁷Secondo Carli (2008) negli anni settanta: la psicoterapia e l'intervento psicosociale facevano riferimento a due grandi aree valoriali: il “cambiamento” da un lato, la diade “invidia – gratitudine” dall'altro. All'epoca si parlava molto di resistenza al cambiamento. Il cambiamento al quale si resisteva, d'altro canto, era ideologicamente orientato: concerneva l'incremento dei sistemi di partecipazione, la democratizzazione nei modi di gestione del potere organizzativo, la valorizzazione del conflitto quale dinamica che consentiva, anche se a fatica, una maggiore giustizia e una più rapida emancipazione dei gruppi socialmente più deboli (Carli, 2008). Nello stesso periodo, gli psicoanalisti d'impronta kleiniana utilizzavano quale criterio di sviluppo entro il lavoro psicoterapeutico, il passaggio dalla posizione schizo-paranoide a quella depressiva, quale evoluzione dell'invidia entro il transfert; con l'evoluzione riparatoria che portava il paziente a vivere esperienze di gratitudine (Carli, 2008).

utilizzato dallo psicologi, ma spesso hanno a che fare con la situazione culturale entro la quale si opera. D'altro canto, nelle varie situazioni storiche può cambiare anche la domanda del cliente. La dinamica collusiva che organizza la relazione tra la domanda dei clienti e il sistema di attese dello psicologo è poco studiata, ma sembra avere una forte influenza entro l'esperienza psicoterapeutica. Secondo Carli, la crisi economica, provocata dalla crisi finanziaria, i cui prodromi si stanno già vedendo (disoccupazione ingravescente, aumento della forbice tra ricchi e poveri, ricomparsa di una forte conflittualità sociale, diffusione della condizione di povertà, abbassamento della speranza di un'occupazione lavorativa per i giovani, ripresa della corruzione, aumento della marginalità sociale, nuove energie per la criminalità organizzata) avrà un effetto rilevante sulla dinamica culturale degli anni a venire. L'Autore si auspica che il mutamento delle condizioni economiche nei paesi sviluppati, si accompagni a una ricomparsa di quel sistema di valori che la "follia finanziaria" ha contribuito a eclissare.

Come emerge da questo lavoro, l'adesione della psicologia clinica al modello medico comporta inevitabilmente delle conseguenze negative. Pensare a tutto ciò ci porta a sperare che la psicologia clinica dell'intervento riesca a proporsi nel panorama internazionale riprendendo la sua strada di attenzione allo "sviluppo" delle singoli e dei gruppi sociali entro i sistemi di convivenza, più che continuare a presiedere alla "normalizzazione" delle situazioni patologiche e alla correzione dei deficit. Per far sì che la psicologia riprenda e valorizzi le proprie specificità, ci si auspica che il sistema di attese degli psicologi possa puntare sull'importanza e la peculiarità del "pensare le emozioni" senza lasciarsi attrarre dal successo sociale ricercato con la mimesi del modello medico.

Bibliografia

Albee, G.W. (1964). President's message: A declaration of independence for psychology. *Ohio Psychologist*, No. 4.

Albee, G.W. (1969). Who shall be served? My argument with David Shakow. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1, 4-7.

Albee, G.W. (1975). About Dr. Shakow. *The Clinical Psychologist*, 29, 1.

Albee G.W. (1998). Fifty years of clinical psychology: Selling our soul to the evil. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 189-194.

Albee G.W. (2000). The Boulder Model Fatal Flaw. *American Psychologist*, 55 (2), 247-248.

Bohart, A.C., O'Hara, M., & Leitner, L.M. (1998). Empirically violated treatment: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research* (8), 141-157.

Bohart, A.C., & Tallman, K. (1999). *What clients do to make therapy work*. Washington, DC: American Psychological Association.

Cardemil, E. V. (2008). Commentary: Culturally Sensitive Treatments: Need for an Organizing Framework. *Culture & Psychology*, 3 (14), 357-367

Carli, R. (2006). Psicologia Clinica: professione e ricerca. [Electronic Version], *Rivista di psicologia Clinica*, 1 (nuova serie). Retrieved from: www.rivistadipsicologiaclinica.it

Carli, R. (1987). *Psicologia clinica: Introduzione alla teoria ed alla tecnica*. Torino: UTET.

Carli, R. (1995). Il rapporto individuo contesto. *Psicologia Clinica*. 2, 5-20.

Carli, R. (Ed.) (1997). *Formarsi in psicologia clinica*. Roma: Kappa.

- Carli, R. (2005). La formazione psicologica in Italia. *Psicologia Scolastica*, 4 (3) 245-273.
- Carli, R. (2006). Psicologia Clinica: professione e ricerca. [Electronic Version], *Rivista di psicologia Clinica*, 1 (nuova serie). Retrieved from: www.rivistadipsicologiaclinica.it
- Carli, R., & Lancia, F. (1997). Formazione clinica e modelli culturali. In R. Carli (Ed.). *Formarsi in psicologia clinica* (pp.39-64). Roma: Kappa
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (1993). Percorsi per la definizione del prodotto in psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 7, 21-45.
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (1999). *Psicologia della formazione*. Bologna: Il Mulino.
- Carli, R., & Salvatore, S. (2001). *L'immagine della psicologia: Una ricerca sulla popolazione del Lazio*. Roma: Kappa.
- Carli, R., Paniccchia, R.M., & Salvatore, S. (2004). *L'immagine della psicologia in Toscana*. Ordine degli Psicologi della Toscana.
- Castelnuovo, G., Faccio, E. Molinari, E., Nardone, G., & Salvini A. (2004). Un'analisi critica degli "Empirically Supported Treatments" (ESTs) e della prospettiva dei "fattori comuni" in psicoterapia. *Rivista Europea di Terapia Breve Strategica e Sistemica*, 1, 215-232.
- Circolo del Cedro (1991). Tre Tesi e sei Questioni sulla psicologia clinica: Materiali per un confronto. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 251-259.
- Drabick, D.A.G. & Goldfried, M.R. (2000). Training the scientist-practitioner for the 21st Century: putting the bloom back on the rose. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 56 (3), 327-340.
- Duncan, B.L. (2002). The Legacy of Saul Rosenzweig: The Profundity of the Dodo Bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12 (1), 32-57.
- Golse, B. (2005). La formation à la psychopathologie en faculté de médecine. *Psychologie Clinique*, 20, 67-70.
- Hoffman, C., & Douville, D.O. (Eds.) (2005). Pourquoi la psychopathologie clinique? [Special Issue]. *Psychologie clinique*, 20.
- La Roche, M., & Christopher, M.S. (2008). Culture and Empirically Supported Treatments: On the Road to a Collision?. *Culture & Psychology*, 3 (14), 333-356.
- Lombardo, G.P., & Stampa, P. (1991). Presentazione. *Rivista di Psicologia Clinica*, 3, 246-259.
- Lunt, I. (1996). Competent to practise? A consideration of competence and qualification in Psychology and some of the issues involved in evaluating competence of psychologists in european countries. In J.Georgas, M., Manthouli, E. Besevegis, & A. Kokkevi (Eds.), *Contemporary Psychology in Europe* (pp. 43-54). Seattle: Hogrefe and Huber Publishers.
- Pagano, P., & Potì, S. (2007). Un'analisi della letteratura sulla formazione psicologico clinica. *Atti del II Convegno Nazionale: Verso una nuova qualità dell'insegnamento e apprendimento della Psicologia, Facoltà di Psicologia, Padova 2-3 febbraio 2007*.
- Peterson, D.R. (2006). Connection and Disconnection of Research and Practice in the ducation of Professional Psychologists. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(S), 47-57
- Peterson, D.R. (2004). Science, scientism and professional responsibility. *Clinical Psychology: Science e practice*, 11, 196-210.
- Peterson, D.R. (2003). Unintended Consequences Ventures and Misadventures in the Education of Professional Psychologists. *American Psychologist*. Vol. 58, No. 10, 791-800.

Peterson, D.R. (1996). Making psychology indispensable. *Applied and Preventive Psychology, Volume 5, Issue 1, Winter 1996, Pages 1-8*

Peterson, D.R. (1995). The reflective educator. *American Psychologist, Dec; 50 (12): 975-83.*

Peterson, D.R. (1991). Connection and disconnection of research and practice in the education of professional psychologists. *American Psychologist. 46(4), 422-429.*

Robinson, H.B. (2005). *Psychologie clinique: De l'initiation à la recherche*. Paris: De Boeck Université.

Starcevic, V. (2003). Psychotherapy in the era of evidence-based medicine. *Australian Psychiatry, 11 (3), 278-281.*

Stricker, G. (2005). Old wine in new bottles. *Journal of Clinical Psychology. Vol. 61(9), 1101-1103.*

Wallace, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.