

## **Re-defining the role of clinical psychologists: from the epistemological in-depth analysis of some starting points<sup>1</sup> to the representation of new proposal elements.**

*Gian Piero Turchi \**, *Michele Romanelli \*\**, *Cristiana Ferri \*\*\**

### *Abstract*

This article inserts in the debate – with reference to Salvatore’s editorial – in order to offer an epistemological and scientific contribution to be made available to Clinical Psychology with the aim of handling the critical aspects that the discipline is facing. On the one hand, these critical facets are related to current historical contingency regarding the so-called change in intervention requests made by users and, on the other hand, they concerns with structural aspects that refer to Psychology discipline origin and to cognitive, first, and operative, then, approach it acquired in the course of time. Therefore, starting from the exigencies that the Community expresses, it is necessary to draw an epistemological and scientific reflection in order to offer a proposal of guide lines addressed to handling either general critical aspects clinical psychology is facing and the aspects pertaining to and concerning with the clinical psychologist role.

The reasoning will develop describing the two cognitive ways available to human species – common sense and scientific sense. The demarcating features that define these two ways of shaping reality will be (re) proposed, with the aim of entering into the merits of elements that allow clinical psychology going along grounding on scientific sense.

On the basis of the reflections above mentioned and of epistemological analysis of the operative model that had generated Psychology - the medical model – the article will enter into the merits of implications and repercussions undermining the discipline outliving.

In conclusion, in view of what will emerge from the arguments offered as epistemological in-depth analysis, the article will advance a scenario describing other and different “chances” of Clinical Psychology that enable both handling of critical aspects that are currently characterizing it and tracing guide lines of a possible development.

*Keywords:* epistemological reflection; scientific sense; operative model *psycho-logos*; role of psychologist; guide lines for psychology development.

---

<sup>1</sup> It refers to “analysis starting points” casted in Salvatore’s editorial (2012/3).

\* Professor of Clinical Psychology at Università degli Studi di Padova. E-mail: gianpiero.turchi@unipd.it

\*\* Psychologist and “cultore della materia” (instructor) Clinical Psychology at Università degli Studi di Padova. E-mail: romanelli.michele@gmail.com

\*\*\* Dottore in Clinical Psychology and collaborator in Clinical Psychology lessons at Università degli Studi di Padova. E-mail: cristiana.frr@gmail.com

**Per una ri-definizione del ruolo dello psicologo (clinico): dall'approfondimento epistemologico di (alcuni) "spunti di analisi"<sup>1</sup> alla rappresentazione di (nuovi) elementi di proposta.**

*Gian Piero Turchi \**, *Michele Romanelli\*\**, *Cristiana Ferri\*\*\**

*Abstract*

Questo articolo, con riferimento al lavoro di Salvatore, intende inserirsi nel dibattito al fine di offrire un contributo epistemologico e scientifico da mettere a disposizione della Psicologia Clinica, con l'obiettivo di gestire gli aspetti critici che la disciplina sta affrontando. Da una parte, questi aspetti critici sono legati alla corrente contingenza storica relativa al cosiddetto cambiamento nelle richieste di intervento effettuate dagli utenti e, d'altra parte sono in rapporto con aspetti strutturali che fanno riferimento all'origine della disciplina psicologica e all'approccio conoscitivo e operativo che ha acquisito nel corso del tempo. Pertanto, a partire dalle esigenze che la comunità esprime, è necessario tracciare una riflessione epistemologica e scientifica, al fine di offrire una proposta di linee guida indirizzata sia alla gestione delle criticità che stanno interessando la psicologia (clinica), che a tutto ciò che concerne e pertiene il ruolo dello psicologo (clinico).

Il ragionamento che svilupperemo descriverà le due modalità conoscitive di cui dispone la specie umana: il buon senso e il senso scientifico. Le caratteristiche che demarcano questi due modi di costruire la realtà saranno (ri)proposti con l'obiettivo di entrare nel merito degli elementi che permettono alla psicologia clinica di percorrere i fondamenti del senso scientifico. Sulla base delle riflessioni sopra esposte e dell'analisi epistemologica del modello operativo che ha generato la Psicologia - il modello medico - l'articolo entra nel merito delle conseguenze e delle ripercussioni che stanno minando la sopravvivenza della disciplina. In conclusione, alla luce di quanto emergerà dalle argomentazioni proposte quale approfondita analisi epistemologica, l'articolo prospetterà uno scenario che descrive altre e diverse "sorti" della Psicologia clinica che le consentono sia la gestione degli aspetti critici che attualmente lo caratterizzano che di tracciare le linee di un possibile sviluppo.

*Parole chiave:* riflessione epistemologica; senso scientifico; modello operativo *psycho-logos*; ruolo dello psicologo; linee guida per lo sviluppo della psicologia.

---

<sup>1</sup> Si fa riferimento agli "spunti di analisi" che sono stati lanciati nel lavoro di Sergio Salvatore pubblicato dalla Rivista di Psicologia Clinica nel secondo numero del 2012.

\* Docente di Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Padova. E-mail: gianpiero.turchi@unipd.it

\*\* Psicologo e cultore della materia Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Padova. E-mail: romanelli.michele@gmail.com

\*\*\* Dottore in Psicologia Clinica e collaboratore del corso di laurea in Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Padova. E-mail: cristiana.frr@gmail.com

## Introduzione

Con riferimento al dibattito all'interno della Rivista di Psicologia Clinica, seguendo le riflessioni offerte nel lavoro di Salvatore (2012), è stato condotto uno studio (preliminare) relativamente alle "condizioni" (ossia alle criticità) in cui si trovano le "sorti" (presenti e future) della disciplina e della professione di Psicologo. A tal proposito si è fatto riferimento ai dati dei "posti" (di lavoro) che il Sistema Sanitario Nazionale (da qui in avanti SSN) individua come "occupabili" (e occupati) dal ruolo dello psicologo - dunque di pertinenza della psicologia (clinica) - e ai dati che danno indicazione dell'utenza che usufruisce di tali servizi. Da un'analisi delle statistiche messe a disposizione dal Ministero della Salute emerge che nel 2010 gli psicologi assunti a tempo indeterminato all'interno del SSN sono 5.788 a fronte di 110.732 medici. Sempre nel 2010, 32 sono gli psicologi e 6.467 i medici che risultano assunti nella categoria "personale universitario" (con tipo di rapporto di lavoro a tempo determinato e tempo indeterminato) (Ministero della Salute, 2012). Inoltre si osserva, come sottolinea Salvatore stesso, che alla dimensione dell'offerta di professionisti non corrisponde il numero di effettivi occupati. Quelli impegnati sistematicamente in attività professionale costituiscono una percentuale limitata rispetto agli iscritti all'Ordine (alcune stime pongono tale percentuale intorno al 50%). Proseguendo con l'osservazione dei dati riferiti all'utenza dalla ricerca epidemiologica ESEMed (per quanto risalente al 2005) emerge che i problemi di salute mentale - riportando la dizione impiegata all'interno del documento di riferimento stesso - in Europa rappresentano quasi il 20% del totale delle malattie e colpiscono una persona su quattro nell'arco della propria vita. Ancora si legge che l'offerta nei servizi sanitari non risponde alle necessità e alle esigenze dei pazienti anche in Paesi dotati di un sistema sanitario sviluppato. Il 44-70% di coloro che soffrono di malattie mentali, non trova risposta in termini di servizio, per l'appunto ([www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)). Un primo aspetto che possiamo ricavare da quanto sopra e su cui soffermarsi, è che da un lato abbiamo dei dati numerici che si riferiscono all'occupazione, dall'altro che (comunque) rimane il *vulnus* aperto del come la disciplina "Psicologia" è in grado di rispondere alle "necessità e alle esigenze" (di cui prima). Conseguentemente, e questo rappresenta una delle questioni su cui fonderemo le argomentazioni di questo contributo, non è utile ragionare rispetto ai dati in valore assoluto, ma abbiamo la necessità di interrogarci rispetto al tipo di servizio e alle proposte operative che la disciplina psicologica può offrire e a che grado di rigore essa risponde. Tutto questo considerando anche che nel contesto dei tagli degli investimenti per il SSN l'Italia è agli ultimi posti rispetto alla spesa per la salute mentale, che corrisponde al 3-3,5% di quella complessiva, rispetto al 5-6% che si ritiene sia necessaria (ma quanto riportato non si può trasformare nella giustificazione dell'impossibilità, e/o nel non impegnarsi, nell'offrire un certo servizio secondo precisi criteri). E' indubbio, infatti, che - internamente al SSN - stiamo assistendo ad una diminuzione dei "luoghi" in cui è prevista la figura dello psicologo, Come affermato da Salvatore (2012), assistiamo al progressivo indebolimento del ruolo psicologico nel SSN. Al tempo stesso, non si adottano modi che pongano le condizioni per offrire contezza dell'efficacia del servizio offerto e del valore aggiunto che la psicologia (clinica) può offrire alla Comunità e quindi dell'utilità di investire risorse finanziarie e strutturali (elemento fondante le scelte nella congiuntura storico-culturale attuale) da parte delle Politiche Pubbliche.

Tuttavia, ciò che si evince dai dati di questo studio che abbiamo condotto è, quindi, una discordanza tra la richiesta che la Comunità pone e la risposta che la psicologia (clinica) è in grado di offrire. Ossia: al numero relativo alla (non) occupabilità degli psicologi e ai tagli alla spesa per la cosiddetta salute mentale - ma su questo entreremo nel merito più avanti e se ne farà una questione (anche) di carattere epistemologico - non corrisponde una diminuzione della domanda dell'utenza e che, viceversa, la stessa (utenza) continua a non trovare risposte adeguate e pertinenti all'interno del SSN. Dunque, come propone Salvatore, serve che sia il mondo dell'accademia a trovare una risposta alle questioni che tale scenario pone. Solo per citarne due: perché, a fronte dell'incalzante e continua domanda da parte della Comunità alla psicologia, non corrisponde una equivalente offerta di servizi, anzi, si assiste alla delegittimazione (da parte del SSN stesso) della figura dello psicologo? Quale ruolo ha ricoperto (e ricopre) la psicologia nel generare tale situazioni? Si tratta di interrogativi che devono conoscere dei riscontri, a maggior ragione oggi che (più che in altri periodi), alla psicologia (clinica) viene chiesto di far fronte a, ed accettare, le sfide che si radicano nella contingenza storico-culturale. Si pensi a come sono cambiati gli ambiti che stanno caratterizzando, in modo sempre più pervasivo, le richieste di intervento: da richieste che concernono "soltanto" le biografie di singole

persone, si è chiamati a rispondere a questioni che riguardano la Comunità nella sua interezza (Turchi & Romanelli, 2012). Ne siano da esempio le domande connesse con la globalizzazione e la crisi economico-finanziaria mondiale che generano stati di precarietà e insicurezza che interessano diverse sfere e ambiti della salute (tanto del singolo, quanto della Comunità). Dunque, da un lato i campi in cui la psicologia clinica è chiamata ad intervenire sono sempre più soggetti all'incertezza degli eventi e dei loro sviluppi, dall'altro la riflessione sull'impatto che le strutture e i modelli hanno rispetto al "sostegno sociale" è necessario che sia indirizzata a quanto questi siano in grado di porsi in termini di gestione dell'incertezza. Ossia, se e in che modo, questi ultimi sono in grado di offrire risposte adeguate alle richieste di intervento e alle "sollecitazioni" (leggi anche "nuove" sfide) che giungono dalla Comunità.

Ecco allora che il presente contributo, inserendosi nel dibattito, si pone come risposta affermativa alla "chiamata", ponendo - ancora una volta, in modo fermo e convinto - l'accento rispetto all'assunzione di responsabilità (non solo) di quanto sta accadendo e di quanto (in anticipazione) potrà accadere, (ma anche) del tipo di servizio e proposta operativa che l'Accademia può mettere a disposizione della psicologia (clinica) per rispondere a questo che possiamo e dobbiamo considerare un "nuovo" mandato. Difatti, e si sottolinea come questa sia la questione da "prendere in mano" e "guardare negli occhi", se si fanno proprie le richieste che la Comunità continua a porre al mondo accademico, quest'ultimo è chiamato a declinare una riflessione epistemologica e di costruzione di un senso scientifico da cui, poi, offrire (una proposta di) linee guida, sia per la gestione delle criticità che stanno interessando la psicologia (clinica), in generale, sia per tutto ciò che concerne e pertiene il ruolo dello psicologo (clinico), nello specifico.

Da qui in avanti e sulla scorta delle argomentazioni di questo (primo) paragrafo, l'argomentazione che caratterizzerà questo scritto verrà costruita in riferimento agli "spunti di analisi" lanciati dal lavoro di Salvatore (2012). A tal proposito, in riferimento all'elemento de "la contiguità tra scienza psicologica e senso comune", l'argomentazione prenderà avvio dalla descrizione delle due modalità conoscitive di cui si dispone (come specie umana): il senso comune e il senso scientifico. Questo consentirà di (ri)proporre gli elementi che demarcano le due modalità di costruzione della realtà e, conseguentemente di entrare nel merito di come diviene possibile per una disciplina, muoversi come scienza (e non come senso comune); poi, di individuare lo snodo critico che ha fatto (e fa) scivolare la psicologia (clinica) nel senso comune a scapito della "propria" legittimità scientifica, dunque della ricaduta operativa. Proseguendo, con l'analisi (epistemologica) verranno poi presi in esame - considerando il medesimo piano argomentativo - "l'elefantiasi del sistema professionale", e "la mancanza di un modello strategico e teorico-metodologico della professione". Qui, alla luce di quanto posto nel punto precedente e con il supporto delle riflessioni del nostro precedente contributo (Turchi & Romanelli, 2012), (man)tenendo come faro la necessità di collocare la psicologia clinica nell'alveo della scienza, si svolgerà un'analisi epistemologica del modello operativo di cui la psicologia, storicamente, si è dotata: il modello (operativo) medico. Infine, a completamento del quadro delineato, verrà offerta una precisa analisi dello spunto "il deterioramento delle qualità delle prassi professionali" in termini di implicazioni e ricadute.

In conclusione, a fronte di quanto emergerà dalle argomentazioni di questo contributo, verrà prospettato uno scenario in cui le (altre e differenti) "sorti" della psicologia (clinica) si giocano in modi e indicazioni che, come spinta propulsiva al cambiamento, le consentano di gestire le criticità che la stanno caratterizzando e che hanno implicazioni non trascurabili su tutto il territorio, oltre a tracciarne le linee di un possibile sviluppo.

*A proposito della proposta di Salvatore: analisi e approfondimento degli "spunti di analisi".*

Alla luce della metafora secondo cui la professione dello psicologo (clinico) è come "un arcipelago di atolli di buone pratiche immersi in un mare di prassi a debole quanto non debolissimo, fondamento teorico - metodologico" (Salvatore, 2012, p. 4) e dell'adozione dell'assunto per cui occuparsi di scienza (qui di psicologia clinica) obbliga a doversi occupare di quale metodo la scienza si dota, per operare ed offrire risposte (Marhaba, 1979), il primo passo che muoviamo è di esplicitare la cornice conoscitiva descritta nel contributo pubblicato nel 2012 su questa Rivista (Turchi & Romanelli, 2012) e che funge da substrato - anche in questa sede - per offrire degli approfondimenti (di natura

epistemologica) volti a generare una proposta che consenta il superamento degli aspetti critici che stanno contraddistinguendo l'operato della psicologia (clinica). Per compiere questa operazione (conoscitiva), da qui in poi, risulterà imprescindibile addentrarsi negli "interstizi" aperti dalla riflessione offerta da Salvatore. Nello specifico, si offriranno delle argomentazioni che entrano nel merito di ciascuno degli "spunti di riflessione". Procediamo per punti.

1) Rispetto alle implicazioni della collocazione della psicologia clinica, in quanto disciplina contigua al senso comune (ossia tutto ciò che concerne il primo spunto di analisi: la "contiguità tra scienza psicologica e il senso comune") possiamo subito asserire che muoversi entro una proposta di tipo rigoroso, per

far fronte alla presa in carico delle questioni in oggetto, implica (necessariamente) partire da una riflessione che tocchi questioni proprie della conoscenza e del modo di conoscere. A tal proposito, la specie umana si è dotata, nel corso del tempo, di due modalità conoscitive: il senso comune e il senso scientifico; entrambe modalità di costruzione della conoscenza che impiegano presupposti e assunti differenti basati sull'impiego del linguaggio (Turchi & Della Torre, 2007). Nel senso comune il modo di conoscere coincide con quanto gli organi sensoriali "mettono a disposizione" e si caratterizza come costruzione di senso in base alla modalità dell'affermazione nel *logos*<sup>2</sup>, ossia nel linguaggio ordinario si dispone di un modo di definire cosa e quale è la realtà così configurata. Per cui, nel momento in cui si definisce cosa è reale - per esempio "questo è un albero" - la realtà che si dà è già tale e non richiede che ne siano esplicitati i presupposti. Rimanendo sull'esempio, l'affermazione (nel *logos*) configura che se questa è la realtà (l'albero), si possono intraprendere delle specifiche azioni (come ad esempio studiarne le caratteristiche morfologiche, usare il suo tronco per appoggiarsi e riposare, usarlo per appendere un'altalena, eccetera). Diversamente - e qui si gioca la "partita delle differenze" che dovrebbe essere governata dal rigore, anche e soprattutto rispetto a ciò che può essere messo a disposizione in termini di contributo - nel senso scientifico, la modalità di conoscenza è l'asserzione. Ossia, si tratta di asserire come si conosce, esplicitando i presupposti della specifica applicazione del *logos* stesso per cui se vengono cambiati i presupposti conoscitivi, cambia anche il come si conosce ossia l'asserzione e quindi la realtà che si conosce (che si configura). Infatti, cambiare i presupposti è ciò che consente (ha consentito) di generare realtà differenti (e addirittura raffigurabili come gli estremi antinomici di un *continuum*) da quelle percepite: cioè di disporre sia del dato percettivo proprio del senso comune (*il ferro va a fondo*), sia del dato osservativo (*il ferro galleggia* - come per il caso delle imbarcazioni - *e vola* - come per il caso dei velivoli), entrambi possibili ma completamente differenti rispetto alla realtà che generano (Turchi & Cellegghin, 2010). Sulla scorta della differenza tra le due modalità di conoscenza, la demarcazione tra senso scientifico e senso comune non si basa rispetto a specifici contenuti propri di una disciplina, bensì sull'organizzazione di questi in un *corpus* teorico-concettuale fondato rispetto alla definizione dell'oggetto di studio e intrinsecamente rigoroso rispetto all'adozione e all'applicazione del metodo coerente con esso (Turchi & Romanelli, 2012).

A quanto fino a questo momento rappresentato, va aggiunto che il ricorso all'etimologia consente di osservare come il termine che utilizziamo per denominare la disciplina - "psicologia", sia composto da un prefisso che rintraccia l'oggetto di indagine "psico" e dal suffisso, "-logos", che indica il presupposto conoscitivo che la disciplina impiega per conoscere. Ossia, ciò che consente (alla disciplina) di avviare un processo di conoscenza e, quindi, generare l'oggetto di studio stesso. Se ci sforziamo di inserire la psicologia (clinica) nell'alveo del senso scientifico, ecco che questo comporta (subito e necessariamente) considerare che l'impianto conoscitivo utilizzi, e si esaurisca, nell'adozione del linguaggio ordinario e che l'oggetto di studio (o della conoscenza) appartiene alla tipologia in cui sono stati collocati i costrutti teorici. Cioè, l'oggetto di studio della psicologia - la psiche - non ha alcun riferimento in termini percettivi, non è rilevabile empiricamente, non viene delineato mediante l'adozione di un linguaggio formale bensì si tratta di una astrazione categoriale (un costrutto per l'appunto) generata dall'impiego del linguaggio ordinario. Quindi, (con altre parole), di un oggetto di indagine la cui peculiarità è quella di essere il prodotto dell'impiego di produzioni discorsive culturalmente connotate e storicamente situate (Turchi & Romanelli, 2012).

Quanto sinora offerto è ciò rispetto a cui possiamo inserire la questione posta in luce da Salvatore relativamente all'aspetto critico di muoversi come senso comune, in quanto la forma dell'asserto (in

---

<sup>2</sup> La parola 'logos' viene usata in quanto sinonimo di 'linguaggio ordinario'.

psicologia) è espressa nello stesso linguaggio con cui il senso comune produce le affermazioni: il linguaggio ordinario (Turchi & Celleghin, 2010). Quindi, accade che la psicologia sia (stata) “facile preda” dell’ostensione ovvero, ogni volta che si utilizza il linguaggio, ogni volta in cui “si dice”, si teorizza “di e su la psiche”, cambia e si modifica il valore di quello che si sta dicendo, a discapito della rigosità dell’asserto e dunque della scientificità di quanto offerto. Questo è un elemento critico (epistemologicamente) che va considerato e che può risolversi, nella proposta operativa, una precisa linea di gestione, al fine di garantire lo *status* di scienza anche a questo tipo di discipline (come la psicologia).

2) Ora, proseguendo nell’analisi, è in questo scenario di contiguità tra senso comune e psicologia che Salvatore individua l’origine della genesi che ha portato la psicologia a non disporre di un modello strategico e teorico-metodologico<sup>3</sup> e tale continuità (rimanendo ancorati al lavoro di Salvatore) viene configurata come l’elemento che ha predisposto le condizioni che mantengono e consentono al “comune sentire” di configurare la psicologia come una disciplina che, proprio perché contigua al senso comune, è facilmente avvicinabile ad esso. A questo Salvatore riconduce la diminuzione della “qualità” dei servizi offerti definendo questo momento storico-culturale, una “corsa al ribasso del mandato sociale”. Ovvero, Salvatore sottolinea come, anche laddove la psicologia non si sta dimostrando efficace e la contiguità al senso comune contribuisca a rendere appetibile l’offerta formativa<sup>4</sup>, comunque ci sia una crescita quantitativa del sistema professionale a cui non corrisponde il “miglioramento della qualità, anzi concorre al deterioramento del mandato sociale”. In virtù di quanto emerso (nel paragrafo precedente) e ripercorrendo la genesi della psicologia (clinica), si aggiunge l’osservazione per cui avere a che fare (in qualità di scienza-logos) con la valenza ostensiva del linguaggio ordinario - dunque con la possibilità di generare l’oggetto di conoscenza “psiche” (che in quanto costruito assume valore in virtù della teoria adottata) - ha fatto sì che non si potesse disporre di un modello operativo unico e condiviso e tale condizione ha esposto la psicologia all’ibridazione con il modello medico. Assumere tale modello, nonostante non sia legittimato ad intervenire su un oggetto di studio il cui statuto epistemico è di costruito, ha infatti rappresentato poter disporre di un “sapere operativo” a scapito della legittimità scientifica. Ovvero, è stato promosso l’uso di prassi coerenti e adeguate per lo statuto epistemico di riferimento del modello medico: l’unità anatomo-funzionale (il corpo) che, non trovando alcuna legittimazione scientifica se riferita al costruito di psiche (Turchi & Perno, 2004), ha esposto la disciplina in oggetto ad utilizzare un modello operativo compromesso e facilmente “contaminabile” con le affermazioni di senso comune. Collocarsi entro il modello medico, infatti, ha consentito (consente) agli operatori sanitari di disporre di un insieme di prassi (di azioni che vengono rese effettive) coerenti e congruenti con i tre elementi fondativi (assunto teorico, obiettivo, criterio) e quindi offrire costantemente un supporto alla Comunità (Turchi & Romanelli, 2012); ma per la disciplina psico-logos, riprendendo Salvatore “ [...] la sostanziale mancanza di una base epistemologica, teoretica e metodologica [...] rendono possibile che in ambito psicologico possano coesistere opzioni ed affermazioni, dunque criteri di valore e di validazione, anche opposti tra loro [...] impedendo ai modelli di intervento di rendersi autonomi rispetto al senso comune” (p. 4).

L’implicazione della scelta di procedere senza compiere la riflessione epistemologica ha, quindi, comportato una serie di aspetti critici (che ancora oggi permangono all’interno della disciplina) sia di ordine teorico-epistemologico (appunto) che operativo. Ricorrendo alle parole di Salvatore, si è generata una “progressiva frammentazione in settori della professione, definiti indipendentemente dalle articolazioni concettuali e metodologiche dei saperi disciplinari” (Salvatore, 2012, p. 6). E ancora che “la psicologia risulta oggi una sorta di confederazione di domini autonomi, ognuno qualificato da una circoscritta sfera di competenza, definita in ragione di un determinato segmento di mandato sociale” (p. 6). Dunque - riprendendo elementi di genesi della disciplina (Turchi & Romanelli, 2012) - in psicologia (clinica), non essendoci alcun referente empirico-fattuale, si è assistito ad un proliferare delle teorie (psicologiche, per l’appunto) a partire dal (primo) costruito psicologico di Pinel - tra il XVIII e il XIX secolo (Turchi & Della Torre, 2007) - differenti tra di loro e

---

<sup>3</sup> Si fa riferimento al terzo “spunto di analisi” individuato da Salvatore: “La mancanza di un modello strategico e teorico-metodologico della professione”.

<sup>4</sup> Si fa riferimento al secondo “spunto di analisi” individuato da di Salvatore: “L’elefantiasi del sistema professionale”.

soggette ad una “settorializzazione” come “modalità di differenziazione del sapere teorico – pratico guidata dalla domanda sociale” (Turchi, Romanelli & Colaianni, 2012). E quindi anche dei modelli operativi. Infatti, come delineato sopra, storicamente la psicologia avendo come oggetto di studio un costrutto che si definisce nell’uso del linguaggio ordinario, facilmente confondibile dal e nell’uso di affermazioni di senso comune, dunque non disponendo di un sapere che può essere spendibile entro la Comunità, è incappata nell'errore di aver trasformato (attraverso un passaggio squisitamente retorico) il costrutto teorico di psiche, in un oggetto di indagine ancorata al percolato: ha fatto ricorso alle categorie conoscitive di 'malattia mentale', 'salute mentale' e così via. Il ricorso alla dizione 'malattia' ha comportato per la psicologia (clinica) disporre (costruire nell’uso del linguaggio ordinario) di teorie volte ad offrire una spiegazione di quei “comportamenti” (che non hanno alcun ancoraggio sul percolato, come per il “corpo”) considerati “anomali” rispetto ad una condotta “socialmente condivisa” (idem), pertanto considerata normale entro uno specifico contesto storico-culturale. Cioè, nella retorica, il ricorso al linguaggio (ossia alle categorie conoscitive) proprio dell’ambito medico, ha reso possibile - per la psicologia (clinica) - l'individuazione di presunti e ipotetici rapporti causa-effetto (nello stesso ambito ma differenti tra le teorie), al pari dell’organismo, come se il “suo” oggetto di studio fosse un ente tangibile (e quindi esistente di per sé). Va sottolineato - perché è rispetto a questo che possiamo conoscere alcune questioni che oggi stanno mettendo a rischio la sopravvivenza della disciplina - che tale scivolamento (dal piano dei costrutti, al piano del corpo) è stato possibile in virtù di un’analogia che sussiste solo nella retorica (appunto quale è l’analogia). Difatti, la “malattia” quale categoria esplicativa delle deviazioni rispetto al “normale” funzionamento dell'unità anatomico-funzionale è stata assunta come tale (anche) per quelle che vengono riconosciute come “deviazioni” rispetto al piano delle azioni (Turchi & Della Torre, 2007). Si tratta, ancora una volta, di uno scivolamento epistemologico laddove, nel tentativo di governare l'incertezza (e dunque offrire una spiegazione) degli accadimenti non direttamente riferibili al corpo e darsi una legittimazione ad operare al pari della medicina, la psicologia è ricorsa alla definizione di un oggetto di conoscenza entificato. Ossia, sono state considerate le produzioni discorsive (cioè i costrutti) come ente fattuale, esistente di per sé e non come un artefatto conoscitivo generato discorsivamente (Turchi, 2009). Questo è il passaggio per cui, ancora oggi, la psicologia continua ad adottare il modello operativo medico per la gestione degli interventi e, dunque, operare per l'individuazione di (presunte e ipotetiche) cause; ossia per la costruzione di legami tra il verificarsi di queste cause e il “comportamento” che suscita l’attenzione clinica.

In questo scenario di infondatezze epistemologiche - spingendoci nell'argomentazione - hanno comportato come ricaduta pragmatica, la generazione di una “forza centrifuga” (Turchi, 2009) che, oltre alla "contaminazione" con le professioni sanitarie, ha portato alla proliferazione di “iper-specializzazioni” (per ciascun ambito conoscitivo) che si delinea in termini di frantumazione all'interno della psicologia. Si pensi alla numerosità delle teorie afferenti alla medesima disciplina e a come gli operatori (sia se afferenti alla medesima disciplina che viceversa) si trovino a discutere su quali cause siano più o meno riscontrabili rispetto all'altra (Turchi, 2009). Si assiste - all'interno del sistema dei servizi - ad una frammentazione della prestazione offerta in virtù del contenuto della richiesta e laddove l’ambito è il medesimo in virtù della teoria dunque della causa individuata. Tutto questo con ulteriori ricadute (in termini di in-efficacia ed in-efficienza nella gestione delle azioni operative) all'interno dei singoli servizi dove gli operatori si trovano ad intervenire in una stessa équipe con ripercussioni che riguardano tutto il sistema dei servizi nel suo complesso nonché il territorio di riferimento.

3) Le riflessioni fin qui svolte ci consentono (ora) di osservare come, sempre con le parole di Salvatore, “Il processo di deterioramento delle prassi professionali”<sup>5</sup>, si sia generato (e tuttora continua a generarsi) a fronte dell'errore (quotidianamente rinnovato) di albergare nel modello medico, nonostante questo non sia adeguato e pertinente allo statuto epistemico dell’ambito psicologico. Come già (sopra) accennato, tale scorrettezza epistemologica, oltre che avere implicazioni conoscitive (appunto) e a far scivolare la disciplina su un piano conoscitivo non rigoroso, ha (anche e conseguentemente) forti implicazioni in ambito operativo. Infatti, emerge che, il modo con cui sino ad

---

<sup>5</sup> Si fa riferimento al quarto “spunto di analisi” individuato da Salvatore: “il deterioramento delle qualità delle prassi professionali”.

ora si è operato, da un lato, non consente di individuare strategie che siano in grado di offrire una risposta adeguata alla domanda dell'utenza, dall'altro comporta una ricaduta rispetto all'efficacia di quanto operato grazie alla e dalla disciplina, rendendo impossibile valutare l'adeguatezza e la pertinenza delle risposte alle richieste che vengono fatte dalla Comunità (Turchi, & Romanelli, 2012) - ricadute che si andranno ad argomentare di seguito.

*In primis*, come (sopra) descritto, rivolgersi all'oggetto di studio psiche al pari degli oggetti di indagine che afferiscono al mondo degli oggetti concreti e che trovano corrispondenza sul piano percettivo (oggetti che, impropriamente, sono fatti appartenere al mondo fisico), ha implicato per la psicologia dotarsi di un impianto conoscitivo che, nell'intento di offrire una spiegazione, è ricorso all'individuare presunte cause del "comportamento" attuato. Tali teorizzazioni hanno costretto la disciplina ad adottare prassi, diretta emanazione delle stesse, volte a perseguire l'obiettivo di guarigione. Ossia, si è assistito ad un proliferare dei modelli operativi e d'intervento (almeno uno per ciascuna teoria) volti a eliminare o evitare il verificarsi di elementi individuati (nella teoria) come causa di accadimenti e/o comportamenti per cui si è prospettata la necessità di intervenire per ripristinare la presunta condizione di partenza (afferente alla "norma"): si stabilisce che perseguire l'obiettivo di guarigione, ovvero il ripristino della condizione interrotta, modificata e/o alterata, risulta essere adeguato con lo statuto epistemico dell'oggetto di indagine 'corpo' (modello medico). Viceversa, con l'oggetto di studio della psico-logos, che ha statuto epistemico di costruito (dunque generato nell'interazione delle produzioni discorsive) la medesima "operazione", entificando (al pari di un oggetto) il costruito psiche (costruito nel concorso delle modalità discorsive) seppur non individuabile empiricamente (percettivamente), diviene scientificamente illegittima (Turchi & Romanelli, 2012). Pertanto, gli interventi progettati per l'eliminazione e/o l'evitare che si verifichino (la prevenzione) gli elementi individuati come cause, non possono albergare nell'alveo del senso scientifico ma sono, invece, il frutto di retoriche prese impropriamente dal modello medico e, quindi, il cui uso non consente alla psicologia (clinica) di scostarsi da quanto (già) si afferma dal e nel senso comune. A livello operativo questo ha comportato per la psicologia (clinica) adottare strategie che, attestandosi sul contenuto (cioè sul dato percettivo), non hanno fatto altro che riproporre quanto già disponibile, quindi, senza consentirgli di generare un cambiamento. Inoltre, l'adozione di modelli ibridi (e dunque la contiguità con il senso comune), obbligano lo psicologo ad essere alla mercé della forza ostensiva del linguaggio ordinario, consentendo il generarsi di molteplici teorie. Per mezzo di questa frammentazione che vede ciascun operatore rispondere ad un apparato metodologico che promana da uno specifico riferimento teorico (Turchi & Romanelli, 2012) e l'iperspecializzazione (Turchi, Romanelli & Colaianni, 2012), si osserva uno scenario in cui diviene possibile ad ognuno, come "monade", di intervenire in virtù del proprio riferimento teorico. Questo ri-marcare le differenze (in termini di contenuto a fronte della medesima modalità guidata dall'individuazione di legami causa-effetto) rende impossibile condividere e rendere condivisibile la propria proposta teorica e operativa. Si assiste dunque, ciclicamente, ad un sovrappiombamento di proposte di intervento ad una medesima domanda e alla generazione di "sacche di vuoto" nell'offerta dei servizi, di "buchi neri" operativi, dati dalla mancanza della risposta professionale della psicologia, con inevitabili ricadute economiche e sociali entro l'intero SSN, quindi nel tessuto di interazioni di tutta la Comunità.

Pertanto, ciò che va considerato è che, in mancanza della (fondante) riflessione epistemologica, si assiste ad un dispendio di risorse finanziarie, materiali e professionali, laddove agire ciascuno con un proprio obiettivo (emanazione del riferimento teorico che si adotta anche quando l'ambito di intervento è lo stesso) non consente allo psicologo di rispondere a tutte le richieste provenienti dal territorio. Ne consegue una sovrapposizione di (tentate) offerte di risposta alla medesima richiesta dunque ricadute in termini di efficacia (oltre che di efficienza). Quindi, l'infondatezza epistemologica delle prassi adottate, impedisce allo psicologo di disporre di strategie che gli consentono di entrare nel merito delle produzioni discorsive che costruiscono (il costruito) ciò per cui si pone la richiesta di attivazione dello psicologo stesso. Ovvero, non dotandosi degli strumenti conoscitivi che lo mettono nelle condizioni di governare il processo di costruzione della realtà, lo psicologo (clinico) si trova costretto a naufragare in balia delle correnti e dei venti e a confondere l'approdo ad un porto con il porto auspicato.

*In secundis*, e a sostegno di quanto finora posto, l'assenza di una riflessione epistemologica e dunque l'applicazione scientificamente illegittima del modello operativo medico, genera - come delineato da Salvatore - l'assenza di protocolli per la valutazione dell'efficacia coerenti con lo statuto epistemico



dell'oggetto di intervento stesso. Ossia, non interrogandosi (la psicologia) sulla contiguità del suo linguaggio con quello utilizzato nel senso comune - e dunque non muovendosi in modo scientificamente fondato - ha generato, come sostiene Salvatore, "un modello professionale basato sul bypass dell'output - vale a dire sulla tendenza a definire lo scopo dell'azione professionale direttamente in termini di outcome" (p. 5). Si aggiunge che ha tentato di camuffare in "linguaggio scientifico" ricorrendo al calcolo statistico laddove la misura senza unità di misura o unità teorica di riferimento non è (appunto) possibile. Come scrive Salvatore, con il termine 'output' ci si riferisce all'esito immediato dell'azione competente come ciò che il professionista realizza in quanto risultato dell'impiego del proprio armamentario tecnico delle metodologie che regolano tale impiego e delle teorie che ne concettualizzano l'oggetto e deve essere descritto con lo stesso linguaggio scientifico che organizza l'apparato scientifico-tecnico del professionista come condizione essenziale per permettere al professionista di mantenere il controllo competente della propria azione, dunque il nesso tra essa e i suoi esiti attesi (Salvatore, 2012, p. 5).

Con il termine 'outcome', invece, ci si riferisce all'impatto/valore dell'output entro il sistema cliente, parla il linguaggio del cliente. E' rappresentato in termini di senso comune, vale a dire nei termini delle categorie che il cliente utilizza per descrivere l'impatto (output) dell'azione professionale nel proprio contesto (Salvatore, 2012).

Dunque, l'output - appartenendo al senso scientifico - dà contezza della descrizione scientifica dell'accaduto (cioè del processo conoscitivo) e va espresso con un linguaggio formale (come per esempio quello della matematica o della statistica); diversamente (ma non per contrapposizione), l'outcome dà contezza "dell'impatto/valore" dell'output. Quindi, è dato dalle teorie implicite che il senso comune utilizza per descrivere il cambiamento. A tal proposito, ciò che si può osservare è che, nel considerare le produzioni discorsive come un ente fattuale, esistente di per sé, la psicologia - nella sua applicazione metodologica - si è posta la necessità di ottenere dei dati numerici (ossia di calcolare) a fronte della impossibilità epistemologica - non si ha un'unità teorica né fattuale (perceptivamente riscontrabile) di riferimento - di disporre di una misura (Turchi, 2009). Questo, come già accennato, ha comportato l'impossibilità di disporre di, e quindi poter ricorrere a, una metodologia per la valutazione dell'efficacia. A questo livello si colloca l'errore metodologico che consiste nel confondere il dato con la misura, facendo divenire questa uno "specchio" del presupposto dato reale, anziché il riferimento ad una pura astrazione categoriale in cui il dato osservativo è inscritto (Turchi, 2009). Ecco che allora, la psicologia non è nella condizione di offrire valutazione del servizio, bensì offre spiegazioni connotate in termini valoriali che sovrapponendosi a quanto già a disposizione nella comunità - individuali nelle teorie del senso comune - non sono legittimate né riconosciute sia dall'utenza che dal SSN.

### *Quale considerazione relativamente all'approfondimento degli "spunti di analisi"?*

A fronte degli elementi fin qui tratteggiati e analizzati, la ricaduta pragmatica è che, se non offriamo altre possibilità (operative) alla psicologia (clinica), (inevitabilmente) assistiamo - utilizzando le parole di Salvatore - "ad un deterioramento dei livelli complessivi della qualità" e, dunque, ad una riduzione "del valore sociale della professione" e della sua (della professione) capacità di incidere in modo strategico sui temi rilevanti della contemporaneità, a livello delle persone, delle istituzioni, delle agenzie e dei sistemi sociali (Turchi, 2009). A questi elementi, poi, si somma la progressiva diminuzione degli investimenti (come visto sopra) sull'aggiornamento delle competenze e sull'innovazione di processo e di prodotto, favorendo al contrario modelli culturali corporativi basati sull'appartenenza (Turchi, 2009). Tutto questo ci dice che, continuare ad impiegare il *modus operandi* che da sempre contraddistingue l'operato della psicologia (clinica), non consente di disporre di (e condividere) un modello operativo, che metta a disposizione (degli operatori) prassi utili per gestire il processo, ovvero il come si configura la realtà per cui è richiesto un intervento. Collocarsi entro la cornice conoscitiva adeguata e pertinente allo statuto epistemico dell'oggetto di studio della disciplina, invece, è ciò che - oltre che attestare la scientificità di ciò che si fa - consente di "mettere al centro" il processo di costruzione della realtà e, conseguentemente, prendere in esame l'interazione delle produzioni discorsive che generano la realtà stessa. Infatti, qualora considerassimo questi due elementi (cioè la centralità del processo, le produzioni discorsive e la nozione conoscitiva di interazione), ecco

che si riesce ad entrare nel merito di come la Comunità con e nell'interazione configura la realtà e, quindi, avere a disposizione (o quanto meno dotarsi di) strumenti che governino il processo interattivo stesso. Ergo, serve cominciare ad usare un modello operativo che operi sul logos e quindi sulle modalità di costruzione della realtà e che si ponga come obiettivo il cambiamento della configurazione discorsiva. Ossia, un modello che - coerentemente con la natura epistemica processuale dell'oggetto di studio e intervento - consideri le produzioni discorsive impiegate dagli interagenti/parlanti e che, in virtù di questo, operi sulle modalità di costruzione della realtà che, ad esempio, un utente impiega per costruirla. In questa direzione (e si condurrà un approfondimento nel paragrafo successivo), lo psicologo diventa esperto del logos che, nel riflettere sulla conoscenza e sulla generazione di questa, pone e promuove uno scarto rispetto ad un modo di conoscere che non si fondi (più) su paradigmi meccanicistici - come accade per il modello operativo medico (l'individuazione della causa) - ma su paradigmi interazionistici (Turchi, 2009) (che nell'assumere l'interazione come nozione conoscitiva, considerano l'incertezza in quanto patrimonio che può e deve essere usato per la gestione degli interventi). Infatti, prendere in considerazione il processo (che proponiamo di definire "dialogico") implica assumere l'incertezza come principio e quindi fare in modo che il modello operativo che si utilizza per la gestione degli interventi, non si concentri sulla previsione di ciò che accadrà ma sul che cosa, nell'impiego del processo, si può generare e costruire. Resta dunque, che il divenuto (cioè la configurazione di realtà) rimane (comunque) incerto, ma siamo in grado di padroneggiare, cioè di gestire, il processo (dialogico per l'appunto) del divenire (che si sta impiegando per configurare la realtà). Questo, sulla scorta delle argomentazioni offerte finora, apre la visione a quale deve essere il lavoro degli operatori. Entriamo ora nel merito degli elementi di proposta.

#### *Elementi per la ri-definizione del ruolo dello psicologo (clinico): una proposta di linee guida*

A questo punto dovrebbe risultare argomentativamente chiaro che, disporre di un modello operativo per la psicologia (clinica) che le consenta di superare gli aspetti critici che sta incontrando, non può prescindere dalla definizione di precisi assunti teorici (che in questa sede abbiamo individuato nel processo dialogico e nell'interazione) (Turchi, 2009). Prima di definire gli elementi che si pongono per ridefinire il ruolo dello psicologo - stante il percorso argomentativo proposto - possiamo tenere presente che: (a) l'assunto teorico della psicologia è il *logos* e dunque le modalità di costruzione della realtà che vengono impiegate e non lo specifico ambito di applicazione (Turchi, 2009); (b) la realtà oggetto di indagine non riguarda il corpo, bensì come si fruisce del linguaggio, ossia come viene costruita e si configura la realtà (per esempio la richiesta di attivazione dell'intervento) (Turchi, 2009); (c) l'obiettivo non è quello della guarigione in quanto non si dispone del corpo ma di promozione del cambiamento della configurazione discorsiva; (d) operativamente, quindi, si tratta di intervenire inserendosi con e nell'interazione (dialogica)<sup>6</sup>.

Ora, volgendo verso la parte di proposta di questo scritto, possiamo asserire che porre a fondamento quanto appena riepilogato comporta non (più) solo uno scarto paradigmatico rispetto agli assunti conoscitivi (come quello offerto all'interno del nostro precedente lavoro) ma (anche e in particolare) un contributo che possa definire (tracciandone gli elementi operativi) una differente declinazione (operativa) del ruolo dello psicologo, considerando: il focus dell'intervento, delle modalità di intervento, di "chi" è l'oggetto di intervento, "chi" interviene e il come si può procedere con la valutazione dell'efficacia<sup>7</sup>. Entriamo nel merito di ciascuno di questi elementi.

Lo psicologo si pone l'*obiettivo* di modificare, interferire con carriere biografiche - ossia con la trama di produzioni discorsive (poste in termini attuali e in anticipazione, proiezione futura) che caratterizzano il livello di come le persone si narrano e di come sono narrate e che assumono carattere (retorico/discorsivo) di previsioni e/o spiegazioni al comportamento attuale/passato - e che vengono

---

<sup>6</sup> Per interazione dialogica intendiamo quel processo diacronico mediante il quale si generano - a partire da due o più produzioni discorsive a loro volta generate dal medesimo processo (precedentemente o contemporaneamente) - assetti/configurazioni in cui gli elementi "di partenza" (leggi anche produzioni discorsive) possono (o meno) essere distinguibili.

<sup>7</sup> Si tratta di una serie di riflessioni che hanno valore di linee guida e rispetto alle quali si declinerebbe il modus operandi dello psicologo (clinico).

generate attorno a nuclei discorsivi, tra gli altri, del “disagio”, del “malessere”, della “malattia”. Nello specifico l’obiettivo si costruisce nella generazione e nel mantenimento di elementi generativi della configurazione dialogica di realtà, tanto a livello di “come una persona si narra”, tanto di “come viene narrata da terzi”. Dunque utilizzando la retorica della “malattia”, se prima di un intervento il testo che l’operatore raccoglie è “*sono una persona malata*”, promuovere produzioni discorsive differenti (in termini di processo dialogico), implica che la persona non si descriva più in termini di malattia bensì, ad esempio dica, “*ho il diabete*” che diviene un aspetto che non pervade interamente la definizione della propria biografia (fino a trasformarla in “carriera biografica”, appunto).

Rispetto al focus dell’intervento, a fronte del fondamento conoscitivo, ovvero le produzioni discorsive che configurano la realtà, lo psicologo non rivolgerà più il suo mandato ad un utente inteso come ente che mette in atto processi patologici o disfunzionali, bensì considererà l’utente dichiarato in quanto una delle “voci” che concorrono a generare la *realtà* oggetto di richiesta e intervento. Dunque si propone di riferirsi ad un focus di intervento “allargato”, il *Sistema Paese* (ossia la Comunità), l’insieme delle “voci” (dei ruoli) che a vario titolo dicono su e di e, dunque, concorrono a generare e mantenere la configurazione discorsiva in oggetto.

Proseguendo, data l’impossibilità (epistemologica, come visto sopra) in psicologia, di stabilire nessi di causa-effetto tra quanto definito patologia e i presunti fattori che - quindi - non possono assumere lo status di predisponenti, adottare il modello proposto consente di attestarsi sul fondamento e dunque di muoversi sulla base dell’anticipazione, anziché della prevenzione. Si tratta di intervenire rispetto alle produzioni discorsive in virtù delle quali, condividendo i processi conoscitivi del senso comune, si anticipano (appunto) carriere biografiche di “malato”, di “depresso”, di “disagio”. Riprendendo l’esempio sopra, si può anticipare che l’utente di uno psicologo si definisca nei termini di “sto male, nella mia vita va tutto male”. Le indicazioni che si stanno offrendo, invece, consentono di inserirsi ponendo elementi discorsivi per rompere tale modo di raccontarsi e ricondurre tutti gli aspetti della propria vita al nucleo “malato”, dunque promuovere la biografia della persona, per anticipare l’insorgenza della carriera biografica. A tal proposito, come emerso nel corso del presente contributo, nell’ambito psicologico considerare il comportamento di una persona alla stregua di un ente fattuale (cioè come un corpo) per definire presupposte patologie, discriminare la “devianza” dalla “normalità”, oltre ad essere epistemologicamente infondato trova un prodromo nella confusione tra obiettivi operativi e giudizi morali (Turchi & Della Torre, 2007). Ossia, tale scivolamento epistemologico (dal piano dei costrutti al piano del corpo), si esprime con il ricorso da parte dello psicologo a teorie implicite del senso comune, intrise (anche) di presupposti morali, utilizzati per determinare lo “stato di benessere”. Scelta che, come posto precedentemente, ha concorso a generare frammentazione conoscitiva (prima) e operativa (poi). Quello che, invece, si sta proponendo e mettendo in luce, è che lo psicologo deve essere esperto di gestione del processo (dialogico) che costruisce configurazioni discorsive di realtà. Pertanto, se l’esperto e il destinatario (l’utenza) utilizzano entrambi il senso comune per configurare la realtà, tale proposta vede chi è oggetto di intervento, ossia chi ne è “pervaso”, e lo psicologo che interviene in virtù di competenze che gli consentono di utilizzarlo (in maniera “esperta”) per generare il cambiamento auspicato (Turchi & Della Torre, 2007). Dunque, è necessario che raccogliendo l’indicazione di Salvatore di riformulare il percorso formativo e di aggiornamento dello psicologo, quest’ultimo diventi esperto come scienziato della riflessione epistemologica e come operatore che divenga esperto dei fondamenti conoscitivi che il senso comune utilizza per generare e mantenere le configurazioni discorsive da cui promana la richiesta.

L’intervento, dunque, si costruisce a partire dal contributo discorsivo della persona, della descrizione (ossia delle produzioni discorsive, del “testo”) che può rendere disponibile e senza il quale, a fronte del fondamento conoscitivo, non ci sono le premesse per intervenire per generare un movimento (cambiamento) verso configurazioni discorsive “altre”. Ridefinire il ruolo dello psicologo come promotore di produzioni discorsive che genera un cambiamento a livello di Sistema Paese, comporta che l’intervento sia posto là dove si costruisce la richiesta ovvero *nel e con* il territorio: la Comunità, ovvero nella fitta trama di interazioni che la genera. Non essendoci, infatti, una realtà stabilita a priori, non ci saranno prerequisiti, in quanto tutto è ricondotto alla competenza dell’operatore di “inserirsi” nel processo dialogico di configurazione della realtà. A questo si aggiunge che, a fronte dell’assunzione della realtà come configurazione generata da tutte le “voci” del territorio, l’*esperto* diviene colui che abita il territorio (Turchi & Della Torre, 2007). Per cui sarà una specifica strategia dello psicologo (operatore) far ricorso oltre che al SSN (e alla rete dei servizi in generale), anche a chi

- pur non avendo un ruolo specifico in termini socio sanitari - può comunque assumere un ruolo in termini di promozione del cambiamento (vedi ad esempio le istituzioni, le associazioni di cittadini, i servizi informali che operano all'interno del territorio, eccetera). Si propone, dunque, il lavoro di rete basato sulla condivisione di un obiettivo comune come una delle strategie che lo psicologo deve adottare per raggiungere l'obiettivo stesso di cambiamento. Adottare un modello operativo coerente con lo statuto epistemico –logos, infatti, mette lo psicologo nelle condizioni di intervenire a livello di produzioni discorsive, e promuovere la messa in rete di tutte le componenti del territorio che a vario titolo, condividendo l'obiettivo del cambiamento, possono, attraverso il proprio mandato, concorrere in tale direzione. Pertanto il ruolo dello psicologo diviene quello di intercettare (prima) gli snodi dialogici della Comunità (ossia tutti coloro che possono essere ingaggiati per il perseguimento dell'obiettivo, come ad esempio il Sistema dei servizi, le istituzioni, i cittadini, eccetera) e di attivare (poi) tali risorse facendo in modo che esse stesse divengano generative, ossia promotori, di cambiamento.

Attuare tale proposta consente dunque di essere in grado di puntare a prassi che si fondino sulla condivisione di modelli, quindi di far sì che siano gli obiettivi, e non all'interno della disciplina gli apparati conoscitivi, a costituire i criteri guida del lavoro di rete. In questo modo diviene possibile far fronte alla frammentazione (di cui sopra) conoscitiva e operativa che caratterizza la psicologia e concorrere all'incremento dell'efficacia rispetto a quanto i servizi individualmente riescono a perseguire (si veda sotto). Generare e attivare risorse – tra cui l'utente stesso – fa sì che si promuovano processi a partire dal territorio, dalla Comunità che hanno una ricaduta sullo stesso. Infatti, mettere a disposizione della Comunità gli strumenti utili per perseguire l'obiettivo comune di cambiamento consente alla Comunità stessa di prendersi carico di quanto accade e genera e riappropriarsi delle scelte che la riguardano oltre che di produrre, indirettamente, una ricchezza che valorizza il patrimonio che il territorio esprime (Turchi & Della Torre, 2007).

In ultimo, collocarsi in modo coerente rispetto all'assunto teorico di riferimento, è ciò che difatti permette di far fronte all'aspetto critico - storicamente rintracciabile all'interno degli interventi che si conducono in ambito sociale (in generale) e psicologico (in particolare) - di assenza della valutazione del servizio offerto. Si rende possibile la *valutazione dell'efficacia* come ciò che consente di valutare le strategie messe in campo per il perseguimento dell'obiettivo stesso, dunque di poter monitorare l'incedere del processo di cambiamento e ri-tarare le strategie messe in campo, sulla scorta della differenza tra la configurazione discorsiva generata e quella da cui si era partiti prima dell'intervento (Turchi, 2009). Pertanto, il riferimento alle produzioni discorsive, consente di dotarsi di protocolli per valutare la modificazione delle produzioni discorsive che - a fronte dell'assunzione per cui la configurazione è generata da tutte le voci che interagiscono nella Comunità, in linea con il focus dell'intervento - sarà possibile effettuarla rispetto alla modificazione delle modalità di conoscenza di un certo contesto territoriale (Turchi, 2009) (confrontando la configurazione discorsiva prima e dopo l'intervento).

### *Considerazione conclusiva*

L'argomentazione presentata in questo scritto si pone come raccordo tra il dibattito avviato dal lavoro di Salvatore e il movimento conoscitivo che, internamente al lavoro di ricerca condotto presso l'Università di Padova, si è generato (e tuttora continua a generarsi). Già nel nostro precedente contributo avevamo offerto una proposta di modello operativo coerente con gli assunti epistemologici propri della psicologia (clinica). In questa sede, invece, siamo partiti dall'analisi della fase storico-culturale in cui versano le "sorti" della psicologia (clinica) e degli aspetti critici che si stanno incontrando, generando implicazioni (non solo) interne alla professione, ma anche e soprattutto all'interno della Comunità. A seguire, riprendiamo i punti salienti dell'exkursus argomentativo dello scritto, al fine di poter schematizzare gli elementi (conseguenti) che si pongono come linee guida e "di indirizzo", sia per il superamento degli aspetti critici, sia per le prospettive di sviluppo stesso della psicologia (clinica).

A partire dall'assunzione della centralità del ruolo dello psicologo - che con, e nelle, scelte che opera, concorre a generare e mantenere questo scenario per cui si è chiamati ad intervenire - il presente contributo si è interrogato, seguendo uno schema argomentativo "dettato" dagli "spunti di analisi" del

lavoro di Salvatore. Ossia, l'argomentazione si è dipanata rispetto al come il *modus operandi* fino ad ora adottato dalla psicologia (clinica), ha comportato proporre interventi/servizi configurabili come scarsamente utili alla Comunità e, dunque, di godere di un riconoscimento dalla stessa e un preciso posto attorno al "tavolo degli esperti". Si è partiti dall'assumere che quanto accade è frutto di scelte fuorvianti e ponendo la necessità, per muoversi come scienza, di svolgere un'analisi dei fondamenti conoscitivi. Per cui, utilizzando gli "spunti di analisi" tracciati da Salvatore e, con l'intento di offrire internamente alla comunità accademica (ma non solo) proposte di indicazioni e linee guida per ancorare la psicologia (clinica) al senso scientifico, è stata svolta un'analisi di carattere epistemologico volta a descrivere come si è generato e si mantiene tale assetto della psicologia (clinica).

Si sono dunque tracciati e descritti gli elementi che ci mettono nelle condizioni di distinguere le due modalità di costruzione della conoscenza: la modalità conoscitiva propria del senso comune - l'affermazione, per cui la realtà esiste nel momento in cui la si nomina (si ricorda l'esempio dell'albero) - quella del senso scientifico - l'asserzione, per cui vengono esplicitati i presupposti conoscitivi ossia il come si conosce. Tale distinzione ha consentito all'analisi di entrare nel merito dei fondamenti conoscitivi della psicologia, ossia di porre in luce cosa consente all'interno della stessa, di muoversi con rigore. In proposito, l'analisi condotta si è dipanata in riferimento all'asserzione (di matrice epistemologica) per cui la psicologia (clinica), in quanto scienza a suffisso -logos, ha come fondamento conoscitivo il linguaggio (ordinario), ossia le produzioni discorsive che, nel loro impiego, configurano la realtà. Dunque, ci siamo ancorati all'assunto secondo cui il costrutto 'psiche', oggetto di studio della psicologia, per definizione si genera nell'uso del linguaggio. Ossia: ('psiche') si costruisce e "prende forma" nell'interazione delle produzioni discorsive (vedi le teorie psicologiche così come le opinioni del senso comune) che "lo parlano/generano". Questo ci ha permesso di approfondire la fallacia dell'applicazione da parte della psicologia (clinica) del modello medico che ha per fondamento conoscitivo il corpo e non il logos. Infatti, avendo il modello medico come fondamento conoscitivo l'unità anatomo - funzionale, si è osservato che tale applicazione ha implicato - attraverso un passaggio puramente retorico come l'analogia - per la psicologia (clinica), considerare il costrutto di 'psiche' alla stregua del corpo (come se fosse un ente empirico). Ossia, per quanto la psicologia storicamente si è dotata di un "sapere operativo" già legittimato (quello medico), dall'argomentazione emerge che la ricaduta di questo scivolamento epistemologico è in un duplice ordine di questioni: da un lato considerare l'oggetto di studio "psiche" al pari di un ente empirico non consente di disporre di un apparato conoscitivo e di un modello operativo adeguato efficace rispetto alle richieste di intervento poste dalla Comunità; dall'altro si è osservato (si osserva) che, per la psicologia, non porre come faro delle sue scelte teorico - metodologiche il fondamento conoscitivo è significato essere in balia della valenza ostensiva del linguaggio alla stregua del senso comune. Tant'è che - come sopra - si assiste ad un proliferare di teorie differenti (per contenuto, medesimo è il *modus operandi* di ricerca di legami causa - effetto). Rispetto a questo elemento, e proseguendo, abbiamo condotto la riflessione per cui la proposta scientifica in seno alla psicologia (clinica), collocandosi in uno statuto epistemico scorretto, risulta depotenziata e (conseguentemente) l'offerta dei servizi, al suo interno, si pone come frammentaria, settorializzata e poco efficace (oltreché scarsamente efficiente nell'operatività). Emerge che tale scenario non consente agli psicologi, anche se operativi nello stesso ambito di applicazione, di condividere obiettivi e strategie né di poter disporre di una valutazione dell'efficacia del servizio offerto, con una ricaduta sia sul servizio offerto e sui costi sostenuti, sia in riferimento alla legittimazione dello psicologo di operare e intervenire, "agli occhi" della Comunità. In proposito si è messo in luce come, nel considerare le produzioni discorsive alla stregua di un ente fattuale (percettivamente dato), ha comportato per la psicologia, nella sua applicazione metodologica, di dotarsi di dati numerici a fronte della impossibilità epistemologica - non si ha né un'unità teorica né fattuale di riferimento - di disporre di una misura (Turchi, 2009) (per quanto si calcoli senza unità di misura). Questo ha fatto sì che, da un lato, l'impossibilità di dotarsi di una metodologia, dall'altro di non produrre distanza conoscitiva con il senso comune, proprio in quanto corrispondenti alle modalità di affermazione della realtà (il dato di fatto) che caratterizza quest'ultimo (Turchi, 2009).

Ecco allora che sulla scorta dell'ancoraggio alla riflessione epistemologica e della riflessione scientifica condotta per ciascuno degli spunti di analisi, è stato possibile giungere alla declinazione di una proposta (di precise indicazioni) di (ri)definizione del ruolo di psicologo che sia collocata entro una cornice conoscitiva pertinente e adeguata allo statuto epistemico dell'oggetto di studio. In breve, riprendendo quanto posto sopra, lo psicologo partendo dal logos e utilizzando come strumento

operativo il logos stesso, è nella possibilità di generare configurazioni discorsive differenti da quella rispetto a cui si è posta la necessità di intervento (Turchi, 2009), ossia di diventare “architetto” di configurazioni discorsive e operare per promuovere costantemente assetti interattivi che si offrano come cambiamento. Nello specifico, in quanto esperto di gestione del processo di costruzione della realtà (discorsivamente intesa) e del fondamento conoscitivo, può utilizzare strumenti di senso scientifico per generare e mantenere le configurazioni discorsive da cui si genera la richiesta di intervento. A fronte di questo, l’obiettivo nell’assetto conoscitivo proposto, non può che divenire quello di modificare e interferire con la costruzioni di particolari configurazioni di realtà (che abbiamo chiamato carriere biografiche) e di promuovere costantemente processi generativi relativamente alla biografia (ossia una configurazione discorsiva antinomica a quella della carriera biografica) tanto dell’utente quanto della Comunità in generale. Ossia, si è nella condizione di intervenire rispetto alle produzioni discorsive in virtù delle quali, si anticipano (e non prevedono) carriere biografiche come ad esempio quella di “malato”, di “depresso”, di “disagio”, eccetera e non più nell’eliminazione di presunte cause (vedi sopra). Pertanto l’intervento psicologico (clinico) si potrà costruire a partire dal contributo discorsivo della persona, della descrizione (ossia delle produzioni discorsive, del “testo”) che può rendere disponibile e senza il quale, a fronte del fondamento conoscitivo, non ci sono le premesse per intervenire per generare un movimento (cambiamento) verso configurazioni altre.

Inoltre, riprendendo la descrizione dell’obiettivo d’intervento (proposto), appartenendo il linguaggio a tutte le voci che lo usano, la proposta offre l’indicazione (innovativa) di spostare e ‘espandere’ il focus dell’intervento dal solo utente al Sistema Paese, considerato a sua volta e nei vari ruoli che lo compongono, come esperto di quanto accade nel tessuto delle interazioni della Comunità stessa, dunque coinvolto nel perseguimento dell’obiettivo di cambiamento delle configurazioni discorsive. Diviene dunque parte del mandato dello psicologo promuovere la rete dei servizi disponibile all’interno del territorio che si fondi sulla condivisione di un obiettivo comune, strategico per perseguire l’obiettivo del cambiamento. A fronte della condivisione dell’obiettivo diviene poi possibile attraverso l’adozione di prassi far fronte (ossia trovare modalità di gestione) alla frammentazione che caratterizza l’operato degli psicologi (clinici) e concorre all’incremento dell’efficacia degli interventi. Si è proposto, cioè, il ricorso ad un impianto metodologico che risulti coerente con il fondamento conoscitivo proprio della psicologia (clinica), di predisporre protocolli per la valutazione dell’efficacia degli interventi per la promozione di tale prassi come elemento strategico che possa ripristinare la legittimità della psicologia (clinica) e mostrare quanto questa può (e deve) essere utile per il futuro della nostra specie. Questo come scenario cui auspicare.

Pertanto, si ha una strada da costruire dove lo psicologo diventa quel ruolo che, sia per mandato istituzionale, sia per rigore scientifico, può offrire supporto (all’individuo così come alla Comunità) non tanto per definire “che cosa” (l’individuo e/o la Comunità) ha contratto, e quindi mettere in campo la nozione di causa; bensì per offrire supporto, alla persona e/o alla Comunità, per far sì che si possa intervenire nello scenario discorsivo che ha generato la richiesta d’aiuto.

### *Bibliografia*

Marhaba, S. (1979). *Antinomie epistemologiche nella psicologia contemporanea*. Firenze: Giunti Barbera.

Ministero della Salute. (2012). *Il personale del sistema sanitario*. Direzione Generale del Sistema informativo e statistico sanitario e Direzione Generale delle Professioni sanitarie e delle Risorse Umane del SSN. Retrieved from <http://www.salute.gov.it>

Salvatore, S. (2012). Questioni intorno allo sviluppo della professione psicologica. Una base di discussione per (ri)pensare lo sviluppo della professione psicologica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 3-8. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Turchi, G. (2009). *Dati senza numeri. Per una metodologia di analisi dei dati informatizzati testuali: M.A.D.I.T.*. Milano: Monduzzi.

Turchi, G., & Celleghin, G. (2010). *Psicologia delle differenze culturali e clinica della devianza come occasione peripatetica per un'agorà delle politiche sociali*. Padova: Upsel Domeneghini.

Turchi, G., & Della Torre, C. (2007). *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*. Roma: Armando.

Turchi, G., & Perno, A. (2004). *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*. Padova: Upsel Domeneghini.

Turchi, G., Romanelli, M., & Colaianni, L. (2012). La filiera della conoscenza emanazione della Scienza Dialogica: una proposta teorica ed operativa per l'intervento sociale. In L. Colaianni & P. Ciardiello (Eds.), *Cambiamo discorso. Diagnosi e counselling nell'intervento sociale secondo la scienza dialogica* (pp. 1-24). Milano: FrancoAngeli.

Turchi, G., & Romanelli, M. (2012). Per una psicologia clinica emanazione del senso scientifico: dall'ibridazione conoscitiva con il modello medico alla collocazione entro una precisa e rigorosa definizione di un modello operativo. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 27-43. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

#### *Sitografia*

[www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)  
[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)