

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.

di Gian Piero Turchi*, Michele Romanelli**

Abstract

Il presente articolo si pone come obiettivo quello di delineare un modello operativo psicologico *strictu sensu*. Se in ambito sanitario il rigore e la precisione della corrispondenza tra le prassi operative e lo statuto epistemico dell'unità anatomo-funzionale (l'oggetto di indagine del modello medico), consentono di ancorare il modello operativo medico ad un senso scientifico, ancora rimane una questione aperta e insoluta in ambito psicologico. Ad esempio, il modello medico distingue la prassi diagnostica in due tipologie principali: la diagnosi *ad eziologia certa* e la diagnosi *ad eziologia incerta*. Nel secondo caso, in particolare, non potendo spendere l'etichetta diagnostica, entra nel merito della descrizione del quadro clinico e antepone la qualifica di sindromica ad alcuni elementi di carattere descrittivo (riferiti a quale è la componente o la funzionalità dell'unità anatomo-funzionale coinvolta; per esempio: Sindrome da Immuno Deficienza Acquisita). Trasporre quest'argomentazione in ambito psicologico, invece, comporta incappare in alcuni buchi (conoscitivi) che hanno avuto (e tuttora hanno) forti implicazioni sull'operato della disciplina. In questo ambito, non potendo rintracciare l'intervento di alcuna causa (in quanto l'oggetto di indagine ha statuto epistemico di costruito teorico), tutti i quadri clinici dovrebbero essere riconducibili, *in primis*, ad una diagnosi ad eziologia incerta e *in secundis*, comunque, non risulterebbe possibile spendere l'etichetta diagnostica ma, tutt'al più, la descrizione di un quadro clinico di carattere sindromico. Pertanto, trattandosi di una prassi che viene applicata in modo spurio, oltre che volta al perseguimento di un obiettivo di guarigione - quale quello del modello medico - e fondata sulla nozione conoscitiva della causa, risulta illegittima (in termini scientifici), ergo inapplicabile in ambito psico-logos.

Ecco allora che, secondo quanto verrà prospettato all'interno dell'articolo, la collocazione in paradigmi interazionistici rende disponibile l'osservazione per cui la realtà su cui lavora il modello *psico-logos* (discorsivamente intesa e costruita nell'interazione) risulta incerta, costantemente mutevole e che può essere cambiata in qualsiasi momento e qualsiasi essa sia. Quanto assunto è il fondamento che consente di definire un modello operativo che operi *sul logos* e quindi sulle *modalità* di costruzione della realtà. Il criterio dunque, non può più riferirsi all'eziopatogenesi e, conseguentemente, l'obiettivo del modello operativo, non è di guarigione bensì di cambiamento della configurazione discorsiva.

Parole chiave: Modello medico, riflessione epistemologica, paradigmi interazionistici, modello psico-logos

Incipit

Le questioni inerenti la psicologia clinica quali: la definizione dell'oggetto di conoscenza della disciplina, la frammentazione teorica, la ricaduta di questa sulla (non) disposizione di un metodo condiviso tra gli operatori, la definizione dell'ambito di intervento e, non per ultimo, l'apporto che essa può offrire alla Comunità e dunque il contributo operativo alle "richieste d'aiuto" (che siano Istituzionali e/o individuali), trovano la propria genesi in tempi remoti. Questo stato di cose ha contribuito in modo rilevante alla "perdita di credibilità" della disciplina, per cui, la discussione di e su questi temi - sostanziali per la sopravvivenza della disciplina stessa - rimane aperta ancora oggi e tutt'altro che risolta. La considerazione generale da cui si intende partire in questo contributo, è che la psicologia clinica sia una disciplina che (ancora) non si è svincolata dall'"ombra del gigante", ossia dal colosso medico-psichiatrico entro il quale è nata e si è sviluppata. Anzi, più che mai in questo momento storico - dove le ibridazioni tra il modello medico e i modelli in psicologia clinica risultano sempre più pervasive - assume forte rilevanza la proposta, di ordine tecnico e procedurale (non certamente di natura scientifica e gnoseologica), di lasciar fagocitare

* Docente di Psicologia Clinica e di Psicologia della Salute presso l'Università degli Studi di Padova (gianpiero.turchi@unipd.it).

** Dottore in Psicologia Clinica e collaboratore del Prof. Gian Piero Turchi (romanelli.michele@gmail.com).

definitivamente la psicologia (clinica) entro l'ambito sanitario. Quello che dunque altre scienze (come ad esempio la chimica o la fisica quantistica) hanno fatto, cioè avviare i rispettivi apparati conoscitivi sulla scorta di una rigorosa riflessione in termini epistemologici, oggi, ancora, risulta non così rilevante in seno alla psicologia. Mentre, in questo particolare momento storico (anche per i mutamenti Istituzionali definiti dai recenti interventi legislativi), la riflessione epistemologica assume una valenza centrale, sia in termini di portato scientifico che congiunturale; infatti, se messa in campo in modo adeguato, risulterebbe strategica per rendere la psicologia clinica autonoma, e definitivamente svincolata, da altri ambiti della conoscenza, e dunque anche operativi.

Pertanto in questo contributo - ricorrendo alla forza retorica di una metafora – si prospetta una linea di pensiero che vorrebbe evidenziare “quali buchi”, in termini conoscitivi, restano aperti in Psicologia Clinica, e delineare un tentativo di proposta che “copra i buchi” che altrimenti rimarrebbero tali, ossia irrisolti in termini conoscitivi. Parlare oggi di psicologia (clinica) obbliga dunque, quanti operano al suo interno, a tener presente che la domanda d'intervento che è rivolta agli psicologi è cambiata, e sempre più cambierà, nell'incedere dello sviluppo incerto di una Comunità fortemente caratterizzata da un'organizzazione soggetta a continue e costanti trasformazioni sociali *in primis*, e dunque culturali, *in secundis* (Molinari & Labella, 2007; Carli & Paniccia, 2011). Mettere in discussione quanto fino ad oggi prodotto internamente alla psicologia (clinica), secondo criteri e direttive di ordine scientifico, risulta necessario per promuovere un cambiamento, nell'ambito della disciplina stessa; cambiamento che possa fornire risposte alle cosiddette “nuove sfide” che quest'ultima deve abbracciare, pena il suo “assorbimento” (e questa volta definitivamente, a parer nostro) entro altri ambiti metodologico-operativi.

Per una fondazione scientifica della psicologia (clinica)

Muoversi entro una proposta di tipo rigoroso, per far fronte alla presa in carico delle questioni care alla sopravvivenza della psicologia clinica e, come riportato poc'anzi, ancora insolute, implica partire da una riflessione che tocchi questioni proprie della conoscenza e del modo di conoscere. Se si prende come confronto la chimica, si può osservare come il rigore della definizione dell'impianto conoscitivo di questa scienza ha garantito, e tuttora garantisce, il prodotto che la conoscenza produce. Ecco allora che la ricaduta pragmatica di questo rigore interno alla disciplina, fa sì che questa goda, non solo di autonomia rispetto ad altri impianti conoscitivi, ma anche che (al contempo) sia (stata) riconosciuta dalla Comunità, in quanto utile per l'assolvimento delle esigenze che si generano fra i propri membri (metaforicamente la “richiesta di aiuto” citata poc'anzi).

Il punto di partenza deve pertanto necessariamente coincidere con la riflessione sui fondamenti della conoscenza e dunque, sullo statuto epistemico dell'oggetto di indagine e, conseguentemente, sulla modalità conoscitiva che si adotta, coerente con lo statuto epistemico dell'oggetto di indagine stesso (Marhaba, 1976). Tutto questo, pena lo scadere in trattazioni e dissertazioni che, appartenendo a modalità di senso comune, risultano dettati di pure affermazioni e non interferiscono con il processo di ibridazione della psicologia (clinica) verso il modello medico. Discutere di psicologia (clinica), implica allora, necessariamente, discutere di scienza. E discutere di scienza, obbliga a doversi occupare di quale metodo la scienza si dota, per operare ed offrire risposte. Ma si proceda con ordine.

Una prima questione, già emersa e che fa da spartiacque rispetto al prosieguo dell'argomentazione, è la distinzione tra le due modalità conoscitive di cui la specie umana, nel corso del tempo, si è dotata e che sono: il senso scientifico e il senso comune (Turchi & Della Torre, 2007). Entrambe sono modalità di costruzione della conoscenza ma mettono in campo, per conoscere, presupposti e assunti differenti basati sempre sull'impiego del linguaggio (ed è per questo che si tratta di costruzioni di senso). Infatti, il senso comune non ha la necessità di esplicitare i presupposti conoscitivi adottati - e pertanto il modo di conoscere che lo caratterizza, coincide con quanto gli organi sensoriali (come realtà del percepito, ma non solo, come vedremo più avanti), diciamo così, mettono “a disposizione”; il senso scientifico ha, invece, l'obbligo di produrre una conoscenza che vada oltre a quella legata agli organi sensoriali (ossia quella

ancorata alle percezioni, ma appunto, non solo). Ossia è necessario che espliciti i presupposti (o gli assunti) conoscitivi che adotta per conoscere e in virtù dei quali offre il proprio contributo.

Sulla scorta della distinzione tra queste due modalità di conoscere, vengono meno le fallaci distinzioni tra scienze esatte e altre scienze (forse inesatte?), scienze Naturali e scienze dello Spirito, dato quantitativo e dato qualitativo (per citare soltanto alcune fra le antonimie semantiche che nel corso del tempo sono state usate). Ciò che resta sono i due modi di conoscere: il primo (per ordine di apparizione in termini di filogenesi) legato al senso comune e all'ancoraggio sulla percezione (*"percepisco il movimento del sole e la staticità della terra"*); il secondo che è proprio della scienza e dell'osservazione, consentito dagli assunti conoscitivi che questa impiega (*"osservo la staticità del sole e il movimento della terra"*).

Entrando nel merito dell'uso della parola "scienza", questa costruisce il proprio senso conoscitivo nell'etimo greco di *gnosis* (cioè *conoscenza*), in quanto esprime in modo pertinente il carattere dinamico della scienza, più che nell'etimo latino *scio* (cioè *sapere*). Dunque, *"sapere che cosa è la depressione"* è una proposizione che esprime il possesso di un certo sapere che è attribuibile ad un costrutto psicopatologico (che può avere anche rilievi nosografici, secondo certa psichiatria). Di conseguenza, il sapere non implica alcuna spinta conoscitiva che porti a delle ricadute (sia in termini applicativi che teorici), che contemplino una definita organizzazione di dati osservativi (la manualistica psichiatrica infatti, si reputa a-teorica) e che consentano di pervenire a questo tipo di sapere riguardo ad un costrutto psicopatologico (come nel caso della depressione di cui sopra). Il verbo *sapere* ha, infatti, un carattere statico, cioè rimanda ad un contenuto sul quale non è possibile addentrarsi ulteriormente per descriverlo. Ciò che il sapere porta, esclude altre possibilità che possono essere offerte. Invece: *"conoscere la sindrome depressiva"* configura l'oggetto della scienza in termini di movimento, di percorso, di processo, poiché implica l'adozione di successivi approfondimenti riguardanti quei dati osservativi che consentono di giungere ad una descrizione circa la cosiddetta "depressione", in modo tale da poterla conoscere (e, non, sapere). Ecco allora che la conoscenza di un particolare elemento preso ad oggetto di indagine (la "depressione"), pena restare sul mero piano lessicale (restare legati al termine "depressione", senza, cioè, produrre un riferimento ad una teoria di senso scientifico "della depressione"), implica disporre di una traccia, un percorso, che genera - solo dopo, nei suoi esiti - un dato sapere che, a sua volta, può non essere presente all'inizio di tale percorso di conoscenza. Quindi, solo dopo aver compiuto un percorso conoscitivo, il suo esito può divenire, eventualmente, oggetto di sapere. Ed è da questa considerazione che si parte, e della quale ci si dota, per discutere - in seno alla psicologia - di psicologia (clinica).

Risulta necessario allora, proseguire operando, primariamente, una riflessione di carattere squisitamente epistemologico (ossia una riflessione sul fondamento della conoscenza) che collochi la psicologia entro una cornice che ponga come focus della riflessione le modalità con cui gli oggetti di conoscenza sono generati, in quanto oggetti del percorso conoscitivo stesso (Salvini, 1998). A fungere da demarcazione tra senso scientifico e senso comune, dunque, non sono gli specifici contenuti propri di una disciplina, bensì l'organizzazione di questi in un corpus teorico-concettuale fondato rispetto alla definizione dell'oggetto d'indagine e intrinsecamente rigoroso rispetto all'adozione e applicazione di un metodo coerente con esso.

La scienza, in quanto *gnosis*, storicamente si è articolata per aver focalizzato l'attenzione su differenti porzioni di "realtà", indagandole attraverso strumentazioni conoscitive diverse, applicate a oggetti di indagine differenti. Oggi la Comunità umana dispone di un vasto ventaglio di scienze diverse ma che, nonostante la loro diversità (in quanto apparati conoscitivi), mantengono l'appartenenza ad una dimensione scientifica. E le dizioni utilizzate per designare questi diversi e distinti apparati conoscitivi, richiamano, attraverso una prima riflessione etimologica, una duplice proprietà della scienza: sono costituite da due parti, ognuna con una funzione specifica. La seconda parte, ossia il suffisso, indica la strumentazione conoscitiva adottata dalla scienza di riferimento, ossia il presupposto conoscitivo che consente di avviare ad un processo di conoscenza e può esser *-logos*, *-ica* oppure *-nomos*. La prima parte della dizione, ossia il prefisso invece, definisce l'oggetto di studio (o di indagine) della disciplina, per esempio: la "vita" per la biologia, la "società" per la socio-logia, gli "astri" per l'astro-nomia e le "sostanze" per la chim-ica.

Il senso scientifico è rappresentato, dunque, da una declinazione di differenze che conferiscono anche statuto epistemico differente: diversi sono gli oggetti d'indagine, e diverse sono le

strumentazioni che si mettono in campo per costruire un apparato di conoscenza. Pertanto, differenti saranno i modi attraverso i quali si innesca un processo conoscitivo e dai quali si genera poi, eventualmente, una certa forma di sapere (che si declina in modelli operativi; vedi in seguito e vedi Salvini & Galieni, 2002). Ne consegue che la scienza è “un modo” di conoscere, e non “il modo” di conoscere che si verrebbe a porre, invece, come vero ed indiscutibile, volto all'accertamento del presupposto, “reale”, in quanto unico e stabilito in modo definitivo.

Proseguendo nell'argomentazione, va sottolineato che la strumentazione conoscitiva adottata dalla scienza (-*logos*, -*nomos* e -*ica*), si costituisce attraverso l'impiego di un linguaggio: è solo attraverso il linguaggio, infatti, che la scienza costruisce l'impalcatura dei propri asserti, ne definisce i principi adottati, inerenti l'oggetto che si propone di indagare, esplicita le teorie e le metodologie di ricerca utilizzate. Nel corso della storia umana, la nostra specie si è dotata di due tipologie di linguaggi, che sono entrambi impiegati per produrre gli asserti da parte del senso scientifico: il primo, che è quello che possiamo definire ordinario (impiegato dalla comunità dei parlanti); il secondo riguarda, invece, i linguaggi formali, di cui solo alcune scienze si dotano (vale a dire le scienze che impiegano apparati conoscitivi di tipo -*nomos* e -*ica*), che si caratterizza per disporre di rigore interno e formalismo che non sono rintracciabili in quello ordinario (Turchi & Della Torre, 2007).

Oltre a questo, la prima parte del termine attraverso cui si designa una certa disciplina, può rintracciare tre tipologie differenti di oggetti di studio.

La prima tipologia riguarda oggetti di conoscenza relativi ad enti con statuto epistemico empirico-fattuale. Si tratta di oggetti di studio empiricamente (sensorialmente) rilevabili, che afferiscono al “mondo degli oggetti concreti” e che pertanto trovano una corrispondenza sul piano percettivo, a cui è possibile fare riferimento attraverso un'indicazione, ad un gesto denotativo, che rimanda ad un qualche oggetto appartenente al “mondo fisico” (percepibile sensorialmente appunto). È questo il caso dell'unità anatomo-funzionale (comunemente nota, grazie all'impiego del termine “corpo”): oggetto di intervento e di studio del modello medico. La peculiarità di questa tipologia di oggetti di indagine consiste nel risultare direttamente rilevabili e misurabili (alcuni, non tutti, attraverso opportune teorie della misura), e nell'essere passibili di traduzione sul piano di un linguaggio formale, in cui tali enti sono messi in relazione tra loro attraverso la nozione di causa.

La seconda tipologia è costituita da oggetti di studio che rispondono allo statuto epistemico di enti, ma non di base empirico-fattuale bensì teorica (tanto che dovremmo chiamarle “unità teoriche”, ossia il frutto di una gnoseologia). Si tratta infatti di oggetti di studio che sono la risultante del prodotto di una pura astrazione categoriale, che non trova alcuna corrispondenza sul piano percettivo. È questo il caso dell'unità (teorica) “atomo” della chimica. La peculiarità di questa tipologia è che l'unità teorica si mostra (solo) in virtù dell'impiego di un formalismo specifico (ossia l'adozione di un linguaggio formale), attraverso il quale gli enti teorici (le unità teoriche) sono in relazione tra loro attraverso la nozione di interazione (e non di causa).

Le due tipologie di oggetti di studio, per lo statuto epistemico definito, consentono, dopo il prodotto/genesi della conoscenza, di disporre di un sapere che può essere spendibile ed utilizzabile dalla Comunità (e dunque che riesce a modificare le modalità di affermazione del senso comune, fornendo contenuti che altrimenti non sarebbero stati possibili/fruibili/disponibili); lo statuto epistemico di questi prodotti della conoscenza è dunque fortemente pervasivo nei confronti del senso comune.

La terza tipologia riguarda oggetti d'indagine il cui statuto epistemico è quello di “costrutti teorici”. In questo caso, si tratta di oggetti d'indagine che, parimenti a quanto accade per l'ente teorico (l'unità teorica), non trovano corrispondenza sul piano empirico (del percetto). Il riferimento è dunque ad ambiti per cui non è possibile fare riferimento alla denotazione che rimanda ad un qualche oggetto del “mondo fisico” (percepibile, appunto). Si tratta pertanto di costruzioni astratte (costrutti categoriali) che sono generate dall'impiego del linguaggio ordinario. La peculiarità di questa tipologia, consiste nel fatto che l'oggetto di indagine non “esiste di per sé” - come invece accade tanto per l'ente empirico-fattuale, ancorato sul percetto, quanto per l'unità teorica, generata nel formalismo del linguaggio di riferimento - ma risulta completamente costruito nelle categorie conoscitive utilizzate nel dipanarsi del linguaggio ordinario; ossia risulta strettamente connesso all'impiego del linguaggio ordinario (il *logos*), senza il quale il costrutto non sarebbe generato (definito, appunto, quale costrutto teorico). La relazione che è possibile considerare fra i costrutti teorici fa riferimento alla nozione di interazione, così come per le unità teoriche (e non quella di

causa) (Salvini, 1998). Questa tipologia di oggetto di studio, per lo statuto epistemico definito, dopo il prodotto/genesi della conoscenza, non consente di disporre di un sapere che può essere spendibile ed utilizzabile dalla Comunità e dunque, la possibilità/fruizione/spendibilità dei costrutti teorici, nella modifica delle affermazioni del senso comune. Si tratta di un passaggio assai critico che nelle due tipologie di oggetti di studio precedentemente illustrate risulta, invece, definito; infatti i contenuti proposti - i costrutti teorici - appartenendo anch'essi al logos, al linguaggio ordinario, sono facilmente confusi, dal e nel lessico utilizzato nelle affermazioni di senso comune; per cui accade che risultino scarsamente pervasivi verso il senso comune, tanto da far sì che si possano verificare due diverse possibilità, due diversi scenari (anche in presumibile interazione fra loro). Il primo scenario, ma non per primo, declina che tali contenuti (costrutti teorici), risultano talmente "prossimi" al lessico del senso comune, che sono completamente assorbiti dai modi d'uso del linguaggio ordinario e che dunque non assumono alcuna forza pervasiva nei confronti del primo. Il secondo scenario, ma non per secondo, declina che i costrutti teorici sono assorbiti da una delle due precedenti tipologie di oggetto di indagine (in particolare dalla prima, ossia quella che possiede un'aderenza, un ancoraggio sul percetto). Questo è l'effettivo "rischio" della psicologia (clinica), già reso plausibile dalla sua filogenesi, come vedremo nel paragrafo successivo, di restare/essere continuamente assorbita/asservita alla conoscenza derivante dal suffisso "-ica" e dunque, in termini operativi, (d)all'ambito sanitario, ossia medico/psichiatrico.

Psico-logos (ψυχή - λόγος) klinikòs (ψλινιψα): etimologia e filogenesi del termine. Per una collocazione della disciplina nell'alveo del senso scientifico (la scienza)

Il ricorso all'etimo, e a quanto sopra offerto in termini di riflessione epistemologica, consente di osservare come il termine che denomina la disciplina (psico-logia clinica) è composto da una prima parte che rintraccia l'oggetto dell'indagine (*psico* -); e da una seconda parte che, invece, offre indicazioni rispetto all'impianto conoscitivo che si può impiegare nel generare l'oggetto di indagine stesso (nello specifico, il - *logos*). Entrare nel merito, tanto dell'oggetto d'indagine, quanto dell'impianto conoscitivo di cui la scienza può dotarsi, permette di ricercare dove giace il fondamento; pertanto, nella fattispecie, collocare l'appartenenza della disciplina entro un senso scientifico di tipo -*logos*, comporta che l'impianto conoscitivo impieghi, e si esaurisca, entro l'adozione del linguaggio ordinario, il cui oggetto di indagine appartiene alla tipologia in cui sono stati collocati i costrutti teorici. Il termine "psico", infatti, non rispondendo allo statuto epistemico di un ente empirico fattuale, in quanto non rilevabile empiricamente (sensorialmente), non afferisce a quello che sopra è stato chiamato "mondo degli oggetti concreti" e, conseguentemente non trova alcuna corrispondenza sul piano percettivo. Al contempo non è riconducibile allo statuto epistemico di ente teorico (unità teorica), in quanto, non si tratta di un oggetto che viene delineato mediante l'adozione di un linguaggio formale, che offre all'oggetto dell'indagine il suo esistere a prescindere dalla messa in campo di tale linguaggio. Pertanto, poiché l'oggetto d'indagine "psico" non trova corrispondenza sul piano empirico-percettivo e si riferisce ad una costruzione astratta, generata infatti dall'impiego del linguaggio ordinario, l'oggetto della conoscenza risulta coerente con lo statuto epistemico di "costrutto teorico". Dunque, senza l'impiego del linguaggio ordinario, l'oggetto della conoscenza non può essere sottoposto ad indagine, non può essere indagato: vale a dire che, senza l'impiego del logos, non risulta possibile conoscere la psiche. Ecco che, riprendendo la fondazione di scienza in quanto *gnosis* (e *non* in quanto *scio*), della psiche "non si può sapere" ma, cionondimeno, "può essere conosciuta" e, a partire dalla stessa conoscenza, diviene possibile avanzare proposte operative che rispondano alle cosiddette richieste d'aiuto (che sono, tra l'altro, proprio formulate nel *logos*), in ambito *psico-logos*. Si tratta, dunque, di un oggetto d'indagine la cui peculiarità è quella di essere il prodotto dell'impiego di produzioni discorsive, culturalmente connotate e storicamente situate. Ecco allora che, se per gli oggetti d'indagine che appartengono allo statuto epistemico di entità (fattuali o teoriche), si pone come necessaria la definizione in virtù dell'adozione di un formalismo, nel caso di costrutti, invece, la necessità è di fare riferimento alle produzioni discorsive del linguaggio ordinario che li generano. Nel primo caso si ha la ricaduta che l'oggetto di studio non cambia, in quanto è dato solo e soltanto da una specifica adozione di formalismo; nel secondo, per contro, l'oggetto cambia ogni qual volta viene costruito (impiegato) nell'uso delle produzioni discorsive. Il termine "*psico*" (leggi psiche) dunque, a

titolo esemplificativo, può assumere valore di “mente”, di “comportamento”, oppure di “processi cognitivi” o di altro, a seconda della particolare costruzione teorica o retorica (costruita a partire dall’impiego del linguaggio ordinario, ossia il *logos*) che si utilizza per conoscerlo.

Inoltre, la possibilità di generare l’oggetto di conoscenza “psiche”, pur continuando a non sapere nulla della “psiche”, fa sì che non si possa disporre di un modello operativo che sia unico e condiviso, proprio in quanto il costruito assume il proprio valore, in virtù del riferimento teorico adottato (ossia che lo genera). Questo ulteriore aspetto dello statuto epistemico del costruito “psiche”, ha comportato che si possano (si siano potuti) delineare, in termini applicativi, due assetti differenti: a) ogni riferimento teorico è nella condizione di produrre (ha prodotto), un modello applicativo (non un modello operativo) proprio (vedi la proliferazione di modelli applicativi in ambito, per esempio, psicoterapeutico); b) assumere il modello operativo medico come riferimento (vedi oltre), in modo da disporre di un “sapere operativo” derivato da un altro statuto epistemologico (la prima tipologia di oggetto di studio declinata nel paragrafo precedente). Questo comporta, però, il completo snaturarsi del valore di costruito e la conseguente contaminazione (fino all’assorbimento totale, come delineato in incipit), della specificità conoscitiva.

Ora, per poter connotare la specificazione del termine *psico-logos* che rintraccia la disciplina, con l’accostamento ad esso della parola “clinica” (il cui etimo greco è “che si fa presso il letto”, dettato di “osservazione medica pratica”), si considerino gli elementi di filogenesi che danno contezza rispetto alla genesi della disciplina stessa. Il ricorso è dunque - a questo punto dell’argomentazione - ad un breve e generale *excursus* storico circa la nascita della psicologia (clinica) (Turchi & Perno, 2004).

La collocazione storica circa la genesi della psicologia (clinica) è il XVII e XVIII secolo, periodo in cui il modello operativo medico mostra la sua forza operativa, “vincendo”, contro il modello operativo sciamanico (e fino a quel momento vigente), la sfida in termini di efficacia, del proprio operato sull’organismo. Infatti il modello medico, è in questo periodo che inizia a “vincere” una tenzone storica, prima ancora che operativa e metodologica. È questo il periodo in cui nascono i primi spazi, siti, edifici, in cui l’organismo, prelevato dai luoghi in cui vive, è inserito e “messo da parte”: nascono i nosocomi (dall’etimo greco la parola ‘nosocomio’ deriva da *νοσος* che sta per ‘malattia’ e *ψομιο* che si riferisce alla “cura”; quindi “*dove si raccolgono e si curano gli ammalati*”). Sono costruiti, infatti, grandi edifici intorno alla metà del 1700 tra gli USA e l’Europa che consentono di recludere le unità anatomo-funzionali (il “corpo” appunto). I ruoli che, corrispondendo a quelli che oggi chiameremmo “medici”, offrono un contributo operativo e clinico a ciò che, per la prima volta nella storia, viene denotato - e al contempo osservato - come “organismo”; organismo, in quanto se ne riconosce un’organizzazione a se stante (diversamente dal modello sciamanico, per cui l’individuo nella sua componente fisica, è considerato in relazione ad altro, come ad esempio un’entità esterna ad esso, spirituale o terrena che sia, che lo condiziona e/o lo influenza; vedi Atkinson & Hilgard, 2011). Ed è per rendere più efficace il sapere che si sviluppa dalla conoscenza dell’organismo, che le persone sono prelevate dal loro tessuto sociale e inserite in questi edifici (per ragioni che non siano di tipo detentivo, ossia per violazione di una norma definita dal Diritto). Questo cambio nella modalità di gestire il corpo degli individui nasce, in termini di filogenesi, da uno spartiacque molto preciso e tutt’altro che casuale, che fa riferimento ad una tipologia di azioni impiegate per contrastare i grandi flagelli che minacciavano la Comunità, come ad esempio le pestilenze. Infatti prima di allora l’operatività era essenzialmente di tipo domiciliare, ma è proprio a fronte dei grandi flagelli come la peste che colpiscono la nostra specie fra il 1500 e il 1600, che il modello medico - che si stava delineando in modo sempre più preciso e definito in termini scientifici - si interroga sul cosa fare per incrementare la propria efficacia terapeutica, mediante il ricorso ad interventi che fossero oltre e altri a quello domiciliare. Ecco che, l’osservazione empirica (sul percetto) diretta e compiuta in siti appropriati (anzi costruiti proprio su esigenze operative piuttosto che di ospitalità), consente al medico di poter asserire che, grazie all’isolamento di quanti avevano contratto il flagello entro strutture quali i nosocomi, diminuiva il contagio. Il processo di conoscenza genera un sapere, prima non disponibile (con il

¹ Da www.etimo.it

modello sciamanico), rispetto al quale il medico opera, riducendo l'incertezza dei quadri clinici connessi ai grandi flagelli (questo procedere caratterizza sia flagelli, quali la lebbra e il colera, oltre che la peste). Facendo ricorso ad una suggestione storica, possiamo pensare che l'ultimo grande flagello sia celebrato dalla Madonna della Salute a Venezia dove, nel 1630, più di mezzo secolo dopo la terribile pestilenza del 1575-77, il morbo si abbatte nuovamente sulla comunità veneziana. Il doge farà voto di erigere una chiesa intitolata alla Salute, chiedendo l'intercessione della Vergine Maria per porre fine alla pestilenza. Da quel momento in poi nascono, e diventano operativi, i nosocomi.

La nascita dei nosocomi, oltre ad assumere una centralità storica, ne riveste una rilevante anche in termini di conoscenza scientifica. Accade infatti che i medici dell'epoca inizino a "tenere dentro" anche coloro che non avevano contratto alcun flagello, ossia anche quei casi in cui non vi era la conclamazione di una patologia organica. Quindi i nosocomi sono impiegati anche per coloro che, ad esempio, non avevano comportamenti corrispondenti alle norme sociali dell'epoca. Per cui l'intervento del sanitario/medico si esplica, si esprime, nonostante non vi sia una conoscenza (ancora) disponibile, ma che, basandosi su un sapere già declinato da altra conoscenza (quella dell'organismo), si autorizza, letteralmente, a recludere e operare ugualmente (e, aspetto non secondario), in quanto utile per assolvere a precise richieste della Comunità.

Sarà Pinel (Jonquières, 20 aprile 1745 – Parigi, 25 ottobre 1826), medico e direttore de l'Hopital de Paris, a chiedersi come giustificare il nosocomio e la proposta di applicazioni di tutta una serie di interventi provenienti dalla filiera conoscenza-sapere sull'organismo, per quei casi in cui non era riscontrabile - per le conoscenze di allora - la patologia a livello organico; e dunque in virtù di quale riferimento conoscitivo, visto che, quello disponibile, considerava oggetto di indagine soltanto ciò che era (è) percepibile nell'anatomia, così come nella funzionalità delle sue componenti, dell'organismo dell'individuo internato. Non trovando un fondamento di tipo organico (ossia anatomico e funzionale), rispetto alle conoscenze (anatomiche e funzionali) di cui si disponeva allora, Pinel compie un'operazione che, ancora oggi, risulta centrale per le sorti della psicologia (clinica): mutua la parola (il lessico) *psiche*, che fino a quel momento albergava solo nei trattati di filosofia o nella letteratura storico-poetica, e la inserisce in un campo di operazioni di carattere sanitario/medico (dunque fa ricorso ad un termine che fino ad allora apparteneva al piano lessicale). Al cospetto della piattaforma organica (che si stava delineando in modo sempre più preciso), egli ipotizza l'esistenza di una piattaforma psichica (che si attesta in termini puramente ipotetici), *come se* assumesse connotati chiaramente percepibili. Questa operazione, completamente infondata in termini conoscitivi, diviene possibile grazie al sapere derivante dalla conoscenza dell'organismo (vedi prima). Pinel definisce dunque il primo costrutto squisitamente psicologico, svincolato dall'aderenza ad una piattaforma organica (dunque denotabile in quanto sensorialmente percepibile): *le continent psychique* (Turchi & Maiuro, 2007). È questo il momento storico in cui nasce (in termini di genesi) la psicologia (clinica), in quanto supporto al modello medico, per giustificare/autorizzare operazioni che, non potendo desumere legittimità da un intervento sulla "piattaforma organica", a fronte di un'ipotizzata "piattaforma psichica", trovano la legittimità nel loro impiego, pur essendo operazioni di carattere sanitario/medico. Nasce così una disciplina che offre legittimazione alle operazioni di carattere sanitario/medico, che, risulta nella propria genesi, incastonata in esso, ma come supporto, e, per di più, sotto una precisa richiesta di carattere operativo. La nascente psicologia (clinica) offre infatti coadiuvo, e dunque legittimazione, ad attività che altrimenti non avrebbero il fondamento conoscitivo, in quanto la conoscenza della psiche (come costrutto teorico), è generata in quel preciso istante storico (il *kairos* della conoscenza), e le operazioni sanitarie/mediche non si sarebbero potute giustificare in virtù delle conoscenze di cui si disponeva.

Oggi si potrebbe dire che, da costrutto teorico (e dunque da dato puramente osservativo), quale risulta, epistemologicamente, l'oggetto di indagine "psiche", è (stato) incastonato (anche) in un sapere che non può appartenere al proprio statuto epistemico. Ossia un sapere generatosi da modalità di conoscenza proprie del senso scientifico, che studiano e conoscono dati empirico-fattuali. Questo con la conseguenza che la psiche diventa, nei fatti (e dunque nelle affermazioni) e non nella conoscenza, un dato "perceptivo", inserito in una conoscenza che si fonda (anche) sul dato empirico (sensorialmente rilevabile). Questo "essere adagiato in" ha comportato, e comporta, ricadute, non solo in termini operativi (nella misura in cui il modello medico, legittimamente "operativo" in ambito sanitario, diventa meramente "applicativo" in ambito psicologico; si veda

oltre); infatti, da questo momento in poi (e le influenze sono ancora assai vive tutt'ora), questo costruito teorico, sarà (è) conosciuto e dunque trattato, *come se* appartenesse ad uno statuto epistemico di ordine empirico fattuale (sensorialmente rilevabile) e appartenente ad un sapere sanitario/medico. Della psiche dunque si continuerà a non sapere alcunché, ma si innescherà un intricato complesso di procedimenti operativi, molto diffuso ancora oggi, in cui la psiche, attraverso un passaggio squisitamente retorico, da ipotesi conoscitiva, quale quella delineata da Pinel, viene resa sapere come fosse una “cosa”, un fatto dato, certo ed esterno (indipendente, autonomo) a quel processo di conoscenza che, soltanto ed esclusivamente, lo può generare (come costruito teorico).

La rilevanza di questo passaggio, è tale da far inserire le relazioni e le interconnessioni tra la psicologia (clinica) e il modello medico, non solo entro la cornice storica delineata, ma la fa anche rientrare, e dunque mantenere, ahimè ancora oggi, in implicazioni operative, metodologiche e di ricerca, completamente aliene al proprio statuto epistemico.

Il modello operativo medico: quali operazioni sull'unità anatomo-funzionale?

Con il riferimento al modello operativo medico, è stato messo in evidenza nel paragrafo precedente, come esso abbia costituito lo scenario, non solo storico (bensì anche conoscitivo e applicativo), in cui si è generata la psicologia clinica, in quanto disciplina che opera sul “continente psichico”. E' necessario fare ora, un ulteriore passaggio argomentativo (ed anche fondativo). Dire “modello medico” non è dire “medicina”; infatti, la medicina non è riconducibile agli elementi di riflessione epistemologica sopra considerati; la medicina non è un apparato conoscitivo che genera conoscenza, bensì consiste in un insieme di prassi, ossia di applicazione della conoscenza (dunque di “sapere”) che è generata e messa a disposizione da un insieme di scienze (come ad esempio la fisica, la chimica, la biologia, la fisiologia, l'istologia, ecc., e pertanto, ambiti che per poter produrre conoscenza devono restare *-ica, -nomos o -logos*: la medicina non è alcuna di queste tre forme di conoscenza). Ecco che l'operatore sanitario (ossia, anche, ma non solo, l'operatore medico, che resta un operatore che segue un modello operativo, quello appunto “medico”) non è un produttore di conoscenza, bensì è chi usufruisce della conoscenza che è generata grazie ai tre suffissi; è “sanitario” nella misura in cui impiega prassi operative (un sapere) fondate rispetto ad assunti conoscitivi resi disponibili da un novero di scienze specifico, che producono uno specifico oggetto di indagine e che generano un particolare dato osservativo (empiricamente rilevabile, sensorialmente percepibile): l'unità anatomo funzionale (di cui ora, grazie alla conoscenza prodotta nel corso del tempo, ma solo ora, possiamo dire che sappiamo – certo - molto, ma non tutto, in termini sanitario/medici, infatti restano molti aspetti ancora da definire e delineare, che in questa sede, però, non sono presi in considerazione).

Procediamo, ora che “sappiamo”. Il modello operativo medico, in quanto emanazione di una precisa cornice conoscitiva, fondato e dunque coerente con lo statuto epistemico dell'oggetto di intervento, si basa su tre elementi che costituiscono l'ossatura fondativa sulla quale si àncora il modello stesso: l'assunto teorico, l'obiettivo e il criterio conoscitivo che ne autorizza l'intervento (questi tre elementi base, caratterizzano anche altri modelli operativi, per esempio quello ingegneristico).

L'assunto teorico del modello medico è la già citata unità anatomo-funzionale (che per senso comune è chiamata “corpo”), definito certamente in termini teorici (attraverso l'impiego di astrazioni categoriali che consentono di considerarlo un dato osservativo), ma che ha (anche) una “certa” aderenza sul percetto: è definito in quanto ente, in termini di unità anatomica e di funzionalità tra le diverse componenti dell'unità anatomica stessa (per esempio gli organi). E' a partire da tale assunto che si (possono) definire tutte le componenti dell'unità anatomica, anche in termini di funzionalità tra le diverse componenti a cui si fanno ricondurre/che costituiscono, l'unità anatomica. Secondo elemento costituente il modello medico: l'obiettivo. L'obiettivo del modello medico è la guarigione, pertanto ci si autorizza ad intervenire quando si tratta di ripristinare l'unità anatomica che è stata interrotta, modificata, alterata; e/oppure, si interviene quando è stata interrotta, o è stata resa disfunzionale, la funzionalità tra le diverse componenti dell'unità anatomica (per cui, in modo molto sommario, se una forza fisica esterna, spezza l'osso del femore, l'osso spezzato

interrompe l'unità anatomica; se l'assunzione di acido muriatico, interrompe la funzionalità di alcuni organi, si modifica la funzionalità fra e degli organi che compongono l'unità anatomica).

Terzo elemento costituente il modello medico: il criterio che ne "autorizza" l'intervento. Abbiamo visto come l'oggetto di indagine si collochi su uno statuto epistemico di ente empirico-fattuale (sensorialmente percepibile), questo fa sì che i rapporti fra gli elementi siano di tipo causale, pertanto il criterio del modello medico è di tipo eziopatogenico. Dunque, è l'intervento della *noxa* causale, che modifica l'unità anatomica o modifica la funzionalità tra le parti componenti l'unità anatomica; ed è l'assolvimento a tale criterio che autorizza il modello operativo ad intervenire; soltanto in presenza dell'assolvimento di tale criterio che, inoltre, diviene possibile perseguire l'obiettivo del modello medico: la guarigione.

Sulla scorta di questi elementi di carattere fondativo - che storicamente non sono stati presi in esame dalla riflessione epistemologica - salvo alcune preziose eccezioni (Fiore, Predabissi & Salvini, 1988; Salvini, 1998) - condotta in seno alla psicologia (clinica), bensì dati come impliciti e senza mai essere definiti - si è reso possibile, da parte del modello medico, offrire costantemente, anche al momento attuale, un supporto alla sopravvivenza della specie umana (come ad esempio l'abbattimento dei grandi flagelli come sopra accennato). Inoltre, nel corso del tempo, il modello operativo medico si è caratterizzato per la definizione/messa a punto/adozione, di un insieme di prassi, ossia di azioni che vengono rese effettive, coerenti e congruenti con i tre elementi fondativi appena illustrati. Diviene ora necessario, per il progredire dell'argomentazione, e per poter declinare ulteriormente i rapporti e le interconnessioni tra il modello medico e la psicologia clinica, prendere in considerazione alcune di queste prassi: la diagnosi, la terapia e, non per ultima, quella della valutazione dell'efficacia dell'intervento clinico.

La diagnosi (parola che deriva dal greco antico διάγνωσις, formato da διά "attraverso e γινώσκειν "conoscere", "conoscere attraverso") è la prassi centrale dell'operatività del modello medico, infatti è quella prassi volta a ricondurre - mediante l'ausilio di strumentazioni conoscitive di cui può servirsi (come ad esempio gli esami clinici oltre a quanto raccolto dal colloquio con il paziente) - la manifestazione di un determinato caso clinico entro uno specifico quadro clinico. Il rigore e la precisione della corrispondenza tra la prassi e lo statuto epistemologico dell'oggetto di indagine (l'unità anatomo-funzionale), consente di distinguere la prassi diagnostica in due tipologie principali: la diagnosi ad eziologia certa e la diagnosi ad eziologia incerta. Nel primo caso il criterio del modello medico è completamente soddisfatto, per cui l'accertamento della *noxa* causale è certo, e la diagnosi è in grado di poter spendere l'etichetta diagnostica rispetto al quadro clinico in oggetto (per esempio: "polmonite"); nel secondo, l'assolvimento del criterio è (soltanto) presupposto, per cui l'accertamento della *noxa* causale non è certo ma presunto, in quanto è certa (ossia riscontrabile come denotazione) l'alterazione dell'unità anatomica e della sua funzionalità, ma non l'accertamento di quale causa lo abbia determinato (siamo nella prima tipologia di oggetti di indagine). In questo caso, il modello medico, non potendo spendere l'etichetta diagnostica, entra nel merito della descrizione del quadro clinico e pertanto antepone la qualifica di sindromica ad alcuni elementi di carattere descrittivo (riferiti, solitamente, a quale è la componente o la funzionalità dell'unità anatomo-funzionale coinvolta; per esempio: S.I.D.A., Sindrome da Immuno Deficienza Acquisita).

Altra prassi assolutamente centrale per il modello medico è quella della terapia (che segue, in un diagramma a flusso la diagnosi) e, con le specifiche che seguono, la cura. A fronte di un quadro clinico ad eziologia certa, il sanitario, in virtù dell'obiettivo di guarigione rispetto all'unità anatomo-funzionale, mette in campo la prescrizione di una terapia volta al ripristino della condizione dell'unità anatomo-funzionale ante l'intervento della *noxa* causale. Nel caso in cui il quadro clinico sia ad eziologia incerta, il modello operativo palesa la propria impossibilità nel perseguire l'obiettivo della guarigione (in quanto non può intervenire sulle cause che rimangono presunte) e, la terapia (dal greco θεραπεία), da prassi che comporta la guarigione, diviene prassi subordinata ad una strategia più generale di cura (in quanto interviene sugli effetti della causa e non sulla causa stessa). Questo passaggio operativo - come si vedrà oltre - è uno dei più critici in ambito psico-logos.

Un'altra prassi da considerare, e che in ambito sanitario ha consentito al modello medico di vincere la sfida storica (ma come è stato descritto, non solo) con il modello sciamanico, è la valutazione dell'efficacia del proprio operato; questa prassi, come impostazione generale, concerne la messa in campo di un protocollo, che, avendo riconoscimento unanime, consente di

valutare l'efficacia degli interventi: si tratta del test clinico randomizzato e controllato in doppio cieco (che, in termini prospettici, è teso a valutare le effettive azioni di una terapia in generale, per quanto sia utilizzata prevalentemente per valutare l'efficacia terapeutica del principio attivo di un farmaco). Una delle peculiarità di questo protocollo di valutazione, sta nel fatto che tanto il paziente quanto il sanitario, non conoscono la natura della terapia somministrata.

Il modello operativo medico: quali applicazioni sulla psiche?

La genesi della psicologia clinica entro il contesto operativo del modello medico e l'assenza, dettata dalla mancanza di una riflessione epistemologica dedicata, di un distanziamento tra questo ed un modello operativo psicologico *strictu senso*, ha promosso l'adozione del primo anche in ambito del costruito psiche, producendo una contaminazione, se non in taluni casi ad un assorbimento, del secondo al primo. Un modello operativo che sia genuinamente riferito al costruito psiche, non trovando alcuna legittimazione di tipo scientifico, risulta - alla luce di quanto trattato fino a questo momento - fortemente compromesso, o comunque facilmente contaminabile, con le affermazioni di senso comune. L'assunto teorico della psicologia (clinica) non può essere l'unità anatomo-funzionale per tre ragioni fondative: la prima, in quanto, altrimenti, non si porrebbe la necessità di un ambito conoscitivo di tipo psico-logos, che sarebbe annoverato tout court in quello medico (e si è visto come, invece, storicamente, la psicologia clinica nasca proprio su una richiesta di carattere operativo del modello medico); la seconda, in quanto tale assunto teorico, non rispetta i dettami conoscitivi imposti dalla tipologia dell'oggetto di indagine, ossia la psiche in quanto costruito teorico; la terza, in quanto al costruito può essere applicata la nozione di interazione e non quella di causa, per cui si procede dal presente al futuro e non dal presente al passato (per esempio). Da ciò ne deriva che, l'obiettivo del modello operativo in ambito psico-logos, non può essere quello della guarigione, ossia di ripristinare l'unità anatomica interrotta o la funzionalità tra le diverse componenti dell'unità anatomica, in quanto non si dispone né di unità anatomiche né di funzionalità tra di esse (il costruito teorico non ha aderenza sul percepito); mentre si può intervenire sull'interazione, sulla scorta del costruito teorico di riferimento, con la persona (o le istituzioni) e la propria richiesta di aiuto (non, sopprimendo/riducendo, l'intervento della causa). E dunque, poiché l'oggetto di indagine in ambito psico-logos ha statuto epistemico di costruito teorico, e non di ente empirico-fattuale, il criterio non può essere di tipo eziopatogenico, bensì dialogico, ossia governato dall'interazione delle produzioni discorsive che lo generano (in particolare con la teoria adottata).

Ebbene, in base a quanto descritto fin'ora, per quanto il modello medico non possa essere un riferimento per la psicologia clinica, ancora oggi risulta, invece, caratterizzare gli interventi in ambito psico-logos. In altre parole, nonostante gli elementi sul fondamento mettano in luce che la psicologia, (anche) nell'accezione di clinica, disponga di un oggetto di indagine il cui statuto epistemico è differente da quello del modello medico, è stato evidenziato come abbia pagato, e tuttora paghi, dazio nei confronti dell'ambito in cui è nata e di cui subisce un retaggio sia in termini scientifici che applicativi. Per cui, risultando impossibile l'applicazione del modello operativo medico, così come accade in ambito sanitario, in ambito psico-logos clinico, si compie, e si ripete, un'applicazione spuria di questo, con ibridazioni infondate rispetto allo statuto epistemico dell'oggetto d'indagine del costruito teorico (psiche). Si procede, pertanto, *come se* si disponesse di un sapere, quando invece si continua a generare conoscenza, in virtù del costruito di riferimento (ossia l'adozione teorica), generando interazioni continue con (grazie a) esso. Inoltre, questo stato di scorrettezza epistemologica, comporta una ricaduta rispetto all'efficacia di quanto operato grazie alla e dalla disciplina, con l'impossibilità di valutare l'adeguatezza e la pertinenza delle risposte alle richieste che vengono fatte dalla Comunità (la "richiesta di aiuto" espressa in esordio di questo contributo).

Infatti, a rigor di argomentazione, se si considera la prassi della diagnosi, in quanto momento tipico che stabilisce l'appartenenza di un caso clinico entro un certo quadro diagnostico, è stato messo in luce come il modello medico, metta in rilievo due possibili scenari, a seconda che le cause siano accertate o supposte. In ambito psico-logos non essendoci l'intervento di alcuna causa (in quanto l'oggetto di indagine ha statuto di costruito teorico), i quadri clinici dovrebbero essere riconducibili, quanto meno, ad una diagnosi ad eziologia incerta; pertanto, operativamente,

ci si troverebbe comunque nell'impossibilità di poter spendere l'etichetta diagnostica, relativa ad un certo quadro clinico, ma, tutt'al più, ci troveremmo con la descrizione di un quadro clinico di carattere sindromico. Inoltre, sempre in termini di applicazione del modello medico, si rileva (anche) un errore metodologico nella dizione di "malattia mentale": tutt'al più ci si troverebbe dinnanzi a quadri clinici che si collocherebbero non nell'alveo delle malattie bensì in "sindromi mentali". E, sempre coerentemente con il modello medico, essendo i quadri clinici tutti ad eziologia incerta, e pertanto di diagnosi di natura sindromica, la prassi della terapia, cessa di essere centrale (divenendo centrale la strategia della cura). Ossia, poiché non abbiamo cause, non si può ricorrere all'adozione di una prassi (come ad esempio quella della terapia farmacologica) che operi per il ripristino dell'unità anatomo-funzionale ante l'intervento della *noxa* causale. Infatti, proprio in virtù dello statuto epistemico dell'oggetto di indagine, alcun sapere può essere applicato alla psiche, e quindi nessuna applicazione derivante dal modello medico può essere prodotta, né che si tratti di diagnosi, né che si tratti di terapia.

Un modello operativo che sia *psico-logos* (clinico), non può pertanto operare in ambito sanitario bensì di salute, ossia laddove il criterio è quello dialogico e dunque si interagisce, tramite il costruito teorico, con la costruzione di salute del "richiedente aiuto" (sia esso individuo o Istituzione). (Anche) la prassi della valutazione dell'efficacia degli interventi non risulta applicabile, in quanto il protocollo che utilizza il modello medico, ossia il "doppio cieco", qualora si impiegasse in ambito psico-logos, non essendo coerente con lo statuto epistemico dell'oggetto di indagine, metterebbe in luce l'inefficacia degli interventi. (Turchi & Perno, 2004).

Alla luce dunque di un'ibridazione (epistemologicamente infondata e metodologicamente scorretta) in termini conoscitivi, tra modello medico e "modello psicologico", quali sono le ricadute in termini pragmatici? Quale è il contributo che questo modello ibrido può offrire alle cosiddette richieste di aiuto, nuove o antiche che siano? Dove si colloca la responsabilità scientifica, oltre che civile, degli operatori psico-logos? Tutte queste domande risultano tutt'ora non poste e pertanto non innescano processi conoscitivi che diano delle risposte che aprano a proposte operative differenti da quella che oggi la psicologia clinica può offrire (con una certa insoddisfazione della comunità civile).

Dalla medicina alla psichiatria: dall'ente empirico fattuale all'entizzazione del logos

Il periodo storico in cui è stata collocata la nascita della psicologia clinica, si caratterizza per la massima applicazione di paradigmi meccanicistici, ancora molto lontani (in termini di scarti conoscitivi) da quanto sarebbe avvenuto circa un secolo dopo con l'avvento di paradigmi relativistici (grazie alla teoria della relatività di Einstein) e, soprattutto, con l'avvento di paradigmi interazionistici e del principio di indeterminatezza di Heisenberg. In quest'ordine di considerazioni va considerato che "*il continente psichico*" coniato da Pinel, pur essendo un riflesso, un'astrazione categoriale che nasce sotto una precisa richiesta del modello medico, è equiparato - e dunque considerato - in quanto causa che, internamente a paradigmi meccanicistici, sostanzia la modalità conoscitiva. Pertanto, sulla scorta di "continenti psichici" affermati come diversi (in quanto diverse, nel corso del tempo, le teorie psicologiche che si susseguono), sono considerate, in uno scivolamento di tipo epistemologico possibili cause di natura non organica. Questa è l'unica operazione retorica (non conoscitiva), difatti, in grado di autorizzare l'operazione medico/sanitaria e, come descritto sopra, il ricorso, ad esempio, ai nosocomi, quando invece siamo al cospetto di un oggetto d'indagine la cui tipologia è quella di unità teorica.

Un altro passaggio storico, che deve essere preso in considerazione nel percorso che si sta facendo per arrivare ad una definizione di un modello operativo che possa attestarsi in termini squisitamente psico-logici, riguarda la nascita della psicopatologia prima e della psichiatria subito dopo. Per le ragioni che si inseriscono relativamente alla definizione dello statuto epistemico dell'oggetto di indagine, è stato messo in luce come, in ambito psico-logos, l'applicazione del modello operativo medico risulti incompleta, non rigorosa bensì spuria, e pertanto senza il supporto che ne deriva da un'impalcatura conoscitiva tale da garantirne l'efficacia (quanto meno come procedere). Conseguentemente, a fronte dell'applicazione del modello medico da parte della psicologia, la denotazione di quadri clinici ad eziologia incerta (dunque di natura sindromica), ha favorito la nascita delle (prime) tassonomie in ambito psicologico. A ridosso della formulazione del "continente psichico", nasce infatti la psicopatologia e cominciano ad essere impiegate le prime

tassonomie psicopatologiche. La psicopatologia si sviluppa soprattutto in Europa e, in particolare in Germania e, fra la fine del XIX e gli inizi del XX secolo, per ragioni che in questa sede non approfondiamo, a questa si sostituisce una “nuova” disciplina: la psichiatria. Già verso la fine del XIX secolo, Freud conia la prima teoria psico-logos, svincolata da qualsiasi riferimento all’unità anatomo-funzionale (per quanto, aspetto che gli esegeti non sempre ricordano, egli stesso parta comunque dall’evidenziare che la sua proposta teorica è tale nell’attesa che si definisca il funzionamento della cellula nervosa; va ricordato che Freud è di formazione medico-neurologica); con la prima topica freudiana prende forma (anche) la prima classificazione in ambito psico-logos: i quadri clinici, sulla scorta di differenti produzioni discorsive che li caratterizzano, sono suddivisi in quadri clinici *nevrotici* e quadri clinici *isterici*.

Alla luce di quanto prodotto in termini conoscitivi da parte della psicopatologia, con i primi anni del XX secolo la prevalenza del termine ‘psichiatria’ soppianderà lentamente quello di ‘psicopatologia’, proprio in virtù del fatto che quest’ultima è necessariamente legata alle diverse teorizzazioni in ambito psicologico. Le classificazioni psicopatologiche verranno anch’esse abbandonate e sostituite dalle classificazioni psichiatriche inserite all’interno della manualistica di settore che periodicamente - tutt’oggi - è aggiornata (i cosiddetti manuali diagnostici e statistici dei disturbi mentali, nell’acronimo DSM). Dai primi anni ’70 del secolo scorso, la psichiatria risulta fortemente caratterizzata dall’utilizzo di un modello “descrittivista”, già presente nel panorama psichiatrico dalla metà del XIX secolo. La scelta della condivisione di un modello di connotazione “descrittivistica”, piuttosto che di quello a carattere eziologico, relativo all’individuazione dei meccanismi e delle cause generanti un presunto “disturbo mentale”, deriva dagli scarsi e contraddittori risultati ottenuti, con tentativi precedenti, da parte della cosiddetta “psichiatria biologica”. E fu proprio grazie a questo criterio che si poté fornire un ordine al materiale clinico raccolto nel corso dei suoi anni di studio e la questione assunse una certa rilevanza se si considera che il DSM nella sua prima edizione - risalente al 1952 -, ad oggi rappresenta uno tra gli strumenti più impiegati, all’interno della pratica clinica dagli “operatori della psiche”.

Si tratta di un manuale che raccoglie attualmente oltre 370 “disturbi mentali” (DSM-IV-Text Revision - DSM-IV-TR, attualmente in vigore dal 2000), descritti in base alla prevalenza di determinati “sintomi” – ossia produzioni discorsive che sostanzierebbero una descrizione (trascritta nel manuale), a seguito di un’osservazione di un comportamento ritenuto “morboso” da parte del sapere psichiatrico. Un “quadro clinico” stabilito in ambito psichiatrico, inteso come costellazione di sintomi, è giustificato da due criteri. Il primo è quello della “ricorrenza e concomitanza”: a fronte di quanto esplicitato sino ad ora, si può asserire che tale criterio non può essere rispettato all’interno della prassi psichiatrica in quanto la “ricorrenza” e la “concomitanza” dipendono dalla teoria tanto dell’operatore, quanto del soggetto che è portavoce della richiesta di aiuto: entrambi possono conoscere la “sintomatologia” solo ed esclusivamente attraverso l’impiego del logos. Il secondo criterio è quello che si basa sul “focus causale”, criterio che come ampiamente tratteggiato fin qui, non può essere rispettato in ambito psichiatrico, in quanto lo statuto epistemico del costruito è teorico e non empirico-fattuale (ancorato al percepito), dunque ci troviamo nella non pertinenza di rintracciare alcuna causa sottostante al presupposto “disturbo”. Pertanto, l’“infrazione” epistemologica che ruota attorno al “fulcro concettuale” della prassi e della diagnostica psichiatrica è costituita dalla dizione di “disturbo mentale”. L’aggiunta dell’aggettivo “mentale” starebbe ad indicare la collocazione “anatomica” del “disturbo/malattia”, cosa di per sé infondata in quanto la “mente” non indica alcun luogo fisico definito. Il termine “disturbo mentale” è difatti un’espressione costituita da due termini epistemologicamente antinomici: il termine “disturbo” in quanto coerente con lo statuto epistemico di ente empirico-fattuale, è di pertinenza del modello medico; mentre il termine “mentale”, in quanto costruito, risulta una realtà ipotetica, conoscibile solo attraverso le categorie impiegate per costruirlo in quanto tale (e quindi siamo in presenza, nella stessa dizione di disturbo mentale, due differenti tipologie di oggetto di indagine). All’interno del DSM-IV si legge che ogni disturbo mentale è concettualizzato come una sindrome o un modello comportamentale o psicologico clinicamente significativo, che si presenta in un individuo, ed è associato a disagio, a disabilità, ad un aumento significativo del rischio di morte, di dolore o di disabilità, o ad un particolare evento, ad esempio la morte di una persona amata. Qualunque sia la causa, esso deve essere al momento considerato la manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica dell’individuo. Si può osservare come, per definire un concetto del modello medico, in ambito psichiatrico, siano utilizzati termini ed espressioni che confondono la tipologia di

oggetto d'indagine (lo statuto epistemico), generando una commistione che crea confusione all'interno della prassi psichiatrica, e produce definizioni di tipo non scientifico, bensì risultanti come (semplici) affermazioni di senso comune.

L'approccio descrittivista della psichiatria, ad esempio, concepisce il "disturbo mentale" esclusivamente come sindrome e, durante le osservazioni empiriche (ma non ci può essere osservazione senza teoria, come si è argomentato), si presenta attraverso un insieme di sintomi, raggruppati secondo un criterio di tipo stocastico e quindi induttivo. Questo è l'aspetto critico che si genera nel momento in cui la psichiatria tenta, infondatamente, di mutuare il modello medico. In virtù di quanto considerato, si può concludere che in psichiatria il concetto di "malattia", definibile come "disturbo mentale", non trova spazio nel processo conoscitivo del senso scientifico, in quanto privo di qualsiasi fondamento. Il quadro clinico in ambito psichiatrico è giustificato solo dalla forza dell'argomentazione che risiede nell'utilizzo, in termini meramente retorici, della metafora che pone la "mente" come *alter ego* del corpo biologico (dell'unità anatomo funzionale). Il referente teorico del modello medico, è l'unità anatomo-funzionale (con ancoraggio sul percetto), unico "luogo" di accertamento e falsificazione diagnostica, di applicazione e verifica di operazioni. La psichiatria, invece, assumendo come proprio supporto teorico la "mente" (di cui non disponiamo teoria e dunque conoscenza), risulta comunque un produzione del *logos* (un'astrazione categoriale), senza alcuna aderenza sul percetto. La "mente" rappresenta quindi un potente espediente retorico (quindi siamo nel senso comune, in cui la "realtà" è affermata come tale), unica possibilità per la psichiatria di potere operare sotto l'egida del modello medico, dal momento che, il disturbo, non ha lo statuto epistemico in termini di *focus* (né di *locus*, come è già stato descritto) causale. A tal proposito, si noti come - a titolo esemplificativo - non sia mai stata coniata un'etichetta come "disturbo cerebrale". L'impiego di tale etichetta, infatti, avrebbe lasciato presupporre la possibilità di riscontrare il focus causale del disturbo stesso: il cervello. E così non è stato né, d'altra parte, potrà mai essere.

Quale modello operativo (quindi) per la psicologia clinica?

Posti gli elementi di fondamento da cui promana l'impalcatura conoscitiva su cui devono adagiarsi le prassi di un modello (squisitamente) psico-logos, l'intervento dell'operatore si connota per l'adozione di riferimenti epistemologici, che possano farsi carico della gestione di una richiesta d'aiuto (sia che provenga dalla persona sia dalle Istituzioni). Il riferimento alla riflessione epistemologica e alla "concezione" di scienza in quanto *gnosis*, consente di definire i tre assunti che offrono sostanza alla proposta operativa che si intende avanzare. L'assunto teorico del modello operativo è che, coerentemente con la natura epistemica squisitamente processuale dell'oggetto di indagine, le produzioni discorsive impiegate dagli interagenti/parlanti, generino la realtà (ossia la configurino come tale). Per cui la realtà oggetto di indagine non riguarda il corpo, bensì come si fruisce del linguaggio, si costruisce la realtà e dunque (anche) come si "racconta" (nell'impiego del *logos*, ossia il linguaggio ordinario) il corpo stesso. Per cui, ciò che si prende in esame, e che risulta rilevante al fine di poter disporre di un modello che possa intervenire "sempre e comunque" in ambito squisitamente psico-logos, siano le produzioni discorsive, ossia come, attraverso l'impiego del *logos*, gli interagenti/parlanti configurino la realtà. Tale operazione, non solo assolve al criterio di pertinenza rispetto allo statuto epistemico dell'oggetto dell'indagine, ma al contempo consente di potersi sganciare dal pantano "ipotesi relative alla psiche", che storicamente hanno inficiato la portata generativa degli interventi e la non condivisione di un metodo tra gli operatori del settore. Ed è proprio l'abbandono del riferirsi alle "ipotesi di psiche" che mette gli operatori nella condizione di poter intervenire rispetto a quelle che, nell'*incipit*, sono state chiamate "nuove sfide". È accaduto, e accade, infatti che quanto si riferisce, in termini di *logos* rispetto alla psiche, è relegato - attraverso un'operazione puramente retorica - entro il corpo (l'unità anatomo-funzionale). Ma come risulta possibile relegare, dentro al corpo, questioni che riguardano l'interazione tra diversi sistemi culturali nella Comunità, cambiamenti sociali al suo interno e le cosiddette "cause esterne"? La proposta di un modello che operi sul *logos* - e dunque sulle modalità di costruzione della realtà che ad esempio un utente impiega per costruirla - incrementa la portata generativa dell'intervento, nella misura in cui si sviluppa dalla definizione dell'oggetto di indagine, che diviene appunto il *logos*, che è di natura squisitamente processuale (siamo infatti

nella tipologia di oggetto di indagine dell'unità teorica). Questo diventa il principio che consente all'operatore di intervenire (anche) sulle "nuove sfide". Pertanto l'intervento è sulle modalità, ossia sulle produzioni discorsive, che sono impiegate per configurare la realtà come "malattia" piuttosto che come salute. Il criterio dunque, non può più riferirsi all'eziopatogenesi, in quanto non risulta coerente con l'oggetto di indagine e, conseguentemente, l'obiettivo del modello operativo, non può essere più quello di guarigione, bensì di cambiamento della configurazione discorsiva. Il principio - ricorrendo ad un momento storico fondamentale per il cammino del senso scientifico, quale quello dell'avvento dei paradigmi interazionistici e la formulazione del principio di indeterminatezza di Heisenberg - afferirà dunque all'osservazione che la configurazione discorsiva della realtà, risultando incerta e dunque costantemente mutevole, può essere pertanto cambiata in qualsiasi momento e qualsiasi essa sia.

Ecco allora che le considerazioni sopra riportate consentono di asserire che l'adozione di un modello operativo come quello medico, ha costretto e costringe l'intervento alla nozione conoscitiva di causa, indirizzandolo alla "persona" e in quanto intervento che ristabilizza una certa condizione anatomo-funzionale. Inoltre, impiegare la categoria conoscitiva della "terapia" nel campo dell'oggetto di indagine "psiche", pone un vincolo, in quanto detta condizioni dell'agire, da parte dell'operatore, che non sono legittimate dallo statuto epistemico proprio della psiche.

Risulta necessario, dunque, addentrarci in prassi definite da categorie conoscitive che dettino condizioni dell'agire, tali da essere coerenti con l'impianto conoscitivo, come anche rispondere a criteri di efficacia ed efficienza nella gestione dell'intervento stesso. La proposta è, dunque, di concepire un modello operativo, dove l'esperto psico-logos, nel riflettere sulla conoscenza, e sulla generazione di questa in virtù della *gnosis*, pone uno scarto rispetto ad un modo di conoscere che sia fondato su paradigmi interazionistici, e tale per cui consideri l'incertezza come patrimonio proprio.

Il modello operativo che si propone in questa sede, ha come oggetto dell'indagine il *logos*, vale a dire l'impianto conoscitivo stesso - ossia lo strumento - che è (anche il medesimo) impiegato da coloro che lo utilizzano sia per generare e poter "dire della psiche" (i "clinici", gli esperti), sia coloro che configurano la propria "realtà psicologica" (gli interagenti/parlanti, gli ingenui). Questo mette a nudo l'antinomia che intercorre tra questo modello operativo squisitamente psico-logos e un modello operativo (come quello medico) che ha come oggetto d'indagine l'ente empirico fattuale (cioè il corpo). L'operatore (o l'esperto) si pone come "architetto e ingegnere" di realtà discorsive; infatti partendo dal *logos* e utilizzando come strumento operativo il *logos* stesso, è nella disponibilità di generare altre configurazioni discorsive, differenti da quella rispetto a cui si è posta la necessità dell'intervento: in tal modo diventa operatore e promotore del cambiamento (della configurazione discorsiva). Sulla scorta di questi elementi di carattere fondativo per il modello operativo proposto (che denominiamo "dialogico"), di seguito sono indicate le prassi che lo caratterizzano nella sua declinazione in ambito clinico (vedi Tab. 1).

La prima prassi è quella della *sinesi*, vale a dire la raccolta del *logos* che dà contezza circa la configurazione rispetto alla quale si va ad intervenire. Ciò di cui si necessita, è la raccolta della configurazione discorsiva e dunque, attraverso l'impiego di opportune domande, disporre delle produzioni discorsive impiegate - ad esempio - dall'utente, dai suoi familiari, dall'esperto. Si consideri - a titolo esemplificativo - il caso in cui un utente riferisce: "mi sono ammalato di depressione da quando ho perso il lavoro. Sono stato licenziato e da quel momento ho cominciato a soffrire di insonnia e a non riuscire a fare niente altro che stare a letto. Ora non ce la faccio più, mi sento di morire, e chiedo il suo aiuto". Sulla base di quanto l'utente porta, la prassi della *sinesi* consente di "entrare nel merito" degli elementi che caratterizzano la richiesta dell'utente. Per cui l'impiego delle domande ha l'obiettivo di "far esplodere" tutti gli elementi già presenti nella richiesta, in modo da disporre della configurazione discorsiva, ossia "avere più chiaro" il quadro e dunque rendere disponibili alcune strategie di intervento.

A seguire, l'operatore inserisce la prassi della *scepsi*, ossia l'osservazione della configurazione discorsiva, che consente all'operatore di poter definire le strategie per intervenire. A partire dunque dalle produzioni discorsive che si raccolgono dalle domande, l'osservazione clinica di queste implica la denominazione di quali siano le modalità che contraddistinguono la configurazione discorsiva, nonché gli elementi di contenuto che la caratterizzano (sempre riferita all'utente). Non disponendo di un ente empirico-fattuale, e non potendo pertanto prevedere gli sviluppi, una prassi operativa che l'operatore del cambiamento ha a disposizione è quella dell'*anticipazione* di scenari

discorsivi futuri che possono, o meno, realizzarsi a partire dalla configurazione discorsiva in esame. Per cui, ricorrendo all'esempio sopra considerato, ciò che l'operatore anticipa sono degli scenari futuri, ossia gli assetti delle configurazioni discorsive che possono generarsi a partire da quanto l'utente sta configurando e da tenere dunque in considerazione nell'intervento. Si tratta quindi di fare riferimento al piano di salute (della persona o di una comunità), che si modifica e che risulta in continua trasformazione, piuttosto che a quello sanitario che resta di pertinenza del modello medico.

L'altra prassi è quella della *dieghesigenia* vale a dire l'innescò, la generazione di una configurazione discorsiva "altra" da quella disponibile al momento dell'intervento, e questo avviene in virtù dell'impiego di determinate strategie da parte dell'operatore. Questa prassi, consente all'operatore di generare l'adozione di altre modalità ed altri elementi che possano rendere disponibile un'altra configurazione discorsiva di realtà. Ossia, con questa prassi, l'operatore ricorre all'impiego di artifici retorico-argomentativi, di stratagemmi, volti al cambiamento della configurazione discorsiva che l'utente, invece, afferma, dichiara, di essere l'unica disponibile, non anticipando alcuna possibilità di cambiamento.

Per ultimo, ma non per ultimo, coerentemente con l'assunto teorico sul quale si poggia il modello operativo dialogico, risulta possibile effettuare la *valutazione dell'efficacia* dell'intervento; infatti sulla scorta della differenza tra la configurazione discorsiva generata e quella da cui si era partiti prima dell'intervento. Dunque, l'operatore dispone di un protocollo che, attraverso l'impiego della medesima domanda all'inizio e alla fine dell'intervento, consente di rilevare le differenze e attestare l'intervento stesso in termini di efficacia. Questo strumento risulta rilevante non solo per l'attestazione dell'efficacia stessa, ma anche per il suo impiego in fase di monitoraggio, ossia per offrire un supporto e un coadiuvo all'operatore durante tutto l'intervento, in modo che costui possa avere a disposizione indicazioni che gli consentano di agire in modo efficiente verso l'obiettivo. In conclusione, il modello operativo mette a disposizione una prassi che sgombera dal campo, in modo definitivo, dai riferimenti alla nozione di causa; ossia rende disponibile la *promozione*, e non la prevenzione, di determinate configurazioni discorsive (come ad esempio quella di anticipazione rispetto a scenari di malattia o teorie di senso comune sulla malattia da parte dell'utente) piuttosto che di altre.

Conclusioni: per una "nuova" psicologia clinica

L'argomentazione che ha caratterizzato questo scritto, si è mossa a partire da una riflessione tale per cui, oggi, più che rispetto a ieri, la psicologia (clinica) sta attraversando una fase in cui la tipologia di richieste è cambiata e, conseguentemente, le sfide che la disciplina deve accettare si radicano all'interno di una precisa contingenza storico-culturale. A conferma di questo, se si considerano gli ambiti di intervento che in questa nostra epoca stanno caratterizzando, in modo sempre più pervasivo, le richieste di intervento da parte della psicologia clinica, siamo di fronte a richieste che sempre più concernono non soltanto le biografie delle persone, bensì la Comunità nella sua interezza. Sempre più, infatti, tali "nuove" richieste risultano connesse con la globalizzazione e la crisi economica mondiale e che, congiuntamente, stanno generando stati di precarietà e di insicurezza che interessano diverse sfere e ambiti della vita delle persone (come ad esempio il lavoro, la famiglia, le "nuove povertà", eccetera). Tutto questo con tali pesanti ripercussioni sulla vita delle persone che possono arrivare a compromettere la sopravvivenza stessa della nostra specie. Conseguentemente, i campi sui quali è chiamata ad intervenire la psicologia clinica, oggi, sempre più sono soggetti all'incertezza degli eventi e dei loro sviluppi. Tutto ciò sta minando i "principi della vita" e sottopone a continue sollecitazioni, con conseguente affanno, delle strutture e i modelli che fino ad oggi si sono occupati di "sostegno sociale" e che (tanto meno oggi) non riescono ad offrire risposte adeguate alle richieste di intervento.

Ecco allora che il presente contributo si è posto l'obiettivo di rispondere all'esigenza interna alla disciplina stessa: pensare ad un modello operativo per la psicologia clinica che, svincolato da commistioni con l'ambito medico-sanitario, sia emanazione del senso scientifico. Il ricorso a quest'ultimo, assume valore strategico per far sì che la psicologia clinica sia nella condizione di farsi carico dell'incertezza e che la trasformi in un'occasione costante per promuovere, in ultimo, la

salute (al cui interno fa adagiare la sanità) tanto degli individui quanto della collettività che essi generano nelle interazioni quotidiane.

Pertanto, il percorso argomentativo di questo contributo, si è dipanato partendo da questioni che pertengono il fondamento della conoscenza, ossia l'epistemologia del senso scientifico. Tale passaggio si è reso possibile a partire dal ricorso a tre strumenti conoscitivi (che sono l'etimologia dei termini, la filologia e la riflessione epistemologica) che hanno consentito di definire precisamente:

1. quale è il campo di applicazione della psicologia (clinica);
2. quali sono le peculiarità (in termini di statuto epistemico dell'oggetto d'indagine);
3. quali sono le modalità conoscitive proprie della disciplina.

La ricaduta dell'applicazione di questo passaggio è in un duplice ordine di questioni.

Il primo, è relativo alla delimitazione della netta demarcazione tra il piano di salute (oggetto di conoscenza e d'intervento della psicologia clinica) e il piano di sanità (oggetto di conoscenza e d'intervento del modello medico); dove, all'opposto, storicamente sono stati oggetto di un errore concettuale: la sovrapposizione e coincidenza dei due piani. Questo, con la drammatica ripercussione, per cui (ancora) oggi continuiamo (scorrettamente) a relegare la psicologia clinica entro un approccio proprio del modello medico. Il secondo, conseguente al primo, è che il lavoro di fondazione per l'ancoraggio della psicologia clinica ad un livello di senso scientifico, può consentire la definizione di prassi operative che siano proprie di un modello psicologico *strictu senso*. Operazione, questa, che, in antinomia alle prassi operative del modello medico, ha l'ambizione di offrire - per questioni connesse ma non pertinenti al modello medico - un coadiuvo agli sforzi che sono comunque fatti, per vincere le "nuove" sfide legate alla sopravvivenza della nostra specie e che ad oggi non sono più di carattere squisitamente sanitario.

In conclusione, si riporta di seguito (in Tab. 1) la corrispondenza antinomica tra le prassi del modello medico e le prassi del modello operativo dialogico, proposto in questo contributo che ha come oggetto il *logos* e che si presenta come proposta in ambito psicologico - clinico. La proposta, formalizzata nella tabella di seguito, svincolata da un piano di intervento strettamente connesso al "corpo", partendo dall'assunto che la realtà si costruisce discorsivamente (Turchi, 2002), ha come ricaduta operativa che qualsiasi configurazione discorsiva e qualsiasi richiesta può essere accolta. A fronte di ciò, l'operatore diventa quel ruolo che, sia per mandato istituzionale che 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.

L'intervento dell'operatore, dunque, non si caratterizza per obiettivi di guarigione, ma per obiettivi di promozione della salute, passaggio questo che consente alle persone (e quindi alla Comunità) di procedere, anche a lungo termine, e in prospettiva futura, in autonomia, diventando agente attivo verso le sfide che si stanno affacciando in questa contingenza storica.

<i>MEDICINA</i> <i>Modello operativo avente come oggetto il corpo</i>		<i>PSICOLOGIA</i> <i>Modello operativo avente come oggetto il logos</i>	
ANAMNESI	<i>richiamo, reminescenza, ricordo</i>	SINESI	<i>raccolta</i>
DIAGNOSI	<i>guardare attraverso, distinzione, discernimento, giudizio, valutazione, decisione</i>	SCEPSI	<i>osservazione, considerazione</i>
PROGNOSI	<i>Previsione</i>	ANTICIPAZIONE	<i>prendere prima, innanzi tempo</i>
TERAPIA	<i>servizio, cura, rispetto, trattamento, assistenza</i>	DIEGHESIGENIA	<i>innesco, generazione, creazione del racconto</i>
VALUTAZIONE dell'EFFICACIA		VALUTAZIONE dell'EFFICACIA	
PREVENZIONE	<i>vedere da lontano</i>	PROMOZIONE (es. Salute)	<i>muovere innanzi, far avanzare, spingere, svolgere, esplicare</i>

Tab. 1 – Modelli operativi a confronto

Bibliografia

- American Psychiatric Association, APAm (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision, The American Psychiatric Association, Washington (DC), [trad. it. DSM-IV-TR, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Milano: Masson, 2001].
- Atkinson, W.W., & Hilgard, E.R. (2011). *Atkinson e Hilgard's Introduzione alla psicologia*. Padova: Piccin.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*. Milano: FrancoAngeli.
- Fiora, E., Pedrabissi, L., & Salvini, A. (1988). *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*. Milano: Giuffrè.
- Dizionario etimologico (www.etimo.it).
- Marhaba, S. (1976). *Antinomie epistemologiche nella psicologia contemporanea*. Firenze: Giunti Barbera.
- Molinari, E., & Labella, A. (Eds) (2007). *Psicologia Clinica Dialoghi e confronti*. Milano: Springer.
- Salvini, A. (1998). *Psicologia Clinica*. Padova: UPSEL.
- Salvini, A., & Galieni, N. (2002). *Diversità, Devianze e Terapia*. Padova: UPSEL.
- Turchi, G.P. (Ed) (2002). *Tossicodipendenza. Generare il cambiamento tra mutamento di paradigma ed effetti pragmatici*. Padova: UPSEL.
- Turchi, G.P., & Della Torre, C. (Eds) (2007), *Psicologia della Salute - Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico: generare e gestire processi trasformativi nell'ambito della salute*. Roma: Armando Editore.
- Turchi, G.P., & Maiuro, T. (2007). *La riflessione epistemologica come criterio di scientificità in psicologia clinica*. In Molinari, E. & Labella, A. (Eds) (2007). *Psicologia Clinica Dialoghi e confronti*, Milano: Springer.