

Editoriale

*Renzo Carli**, *Rosa Maria Paniccia***, *Fiammetta Giovagnoli****

Rivista di Psicologia Clinica (RPC) è una pubblicazione scientifica *on line* ed esce due volte l'anno, nei mesi di luglio e dicembre.

Alla RPC si affianca, da quest'anno, una nuova proposta: Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica. Il primo numero dei Quaderni esce in contemporanea con questo numero della Rivista, e si può trovare sullo stesso sito.

La RPC, come abbiamo annunciato nell'editoriale del n.1/2012, intende avviare una sua indicizzazione presso le banche dati internazionali. Ciò al fine di permettere la valorizzazione, secondo i criteri bibliometrici, dei lavori in essa pubblicati.

Nella prima parte di questo numero vengono pubblicati tre lavori volti a discutere le tesi di Sergio Salvatore sullo sviluppo della professione psicologica, pubblicate nel n. 2/2012.

Salvatore propone una visione critica della professione psicologica che spazia dall'aspetto occupazionale a quello strategico e teorico-metodologico.

Il tasso di occupazione degli psicologi è, di fatto, molto basso in Italia; i paesi del mondo occidentale vedono una condizione occupazionale più favorevole per gli psicologi, sia pur con preoccupanti livelli di disoccupazione anche nei contesti ove la professione psicologica gode di una più lunga e consolidata tradizione.

Pensiamo che uno dei problemi che affliggono l'ambito professionale degli psicologi sia l'ancoraggio della pratica professionale al ruolo psicologico. Lo psicologo, in altri termini, si aspetta di veder riconosciuto il proprio ruolo di psicologo, piuttosto che perseguire una *funzione psicologica*, ancorata all'intervento entro specifici problemi. Un ruolo psicologico che spesso è identificato con la figura dello psicoterapista, ma che può spaziare entro le varie declinazioni della professione, quali ad esempio il ruolo di psicologo scolastico, di psicologo del lavoro, di psicologo riabilitatore, di psicologo dello sport, di psicologo delle emergenze. Si potrebbe continuare a lungo. La differenziazione del ruolo psicologico non risponde a metodologie e tecniche capaci di definire i problemi entro i quali si intende intervenire, quanto a supposte ripartizioni della committenza o a incerte suddivisioni dell'area professionale, fondate su criteri che poco o nulla hanno a che fare con una teoria della tecnica per l'intervento psicologico.

Non è la teoria della tecnica che orienta l'azione dello psicologo entro le molteplici e diverse aree di azione professionale; è, piuttosto, la definizione dell'area di un supposto intervento ad orientare l'assunzione di uno "specifico" ruolo professionale.

Manca una riflessione approfondita sulla funzione che lo psicologo può rivestire, spesso indipendentemente dal ruolo che ne definisce l'ambito professionale.

Pensiamo che la funzione psicologica sia fondata su pochi e chiari elementi, finalizzati ai problemi che la funzione stessa è chiamata ad affrontare.

Si pensi, ad esempio, alla scuola e al processo di apprendimento che la scuola è preposta a sviluppare entro la classe scolastica, quindi all'interno di un gruppo di ragazzi. L'apprendimento, quale fenomenologia caratterizzante il singolo allievo, il singolo ragazzo, è presidiato dal potere dell'insegnante e dalla dinamica del gruppo dei ragazzi. Il ruolo dello psicologo scolastico viene sovente associato alla "diagnosi" delle caratteristiche stabili dei singoli ragazzi; caratteristiche

* Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia1 dell'Università di Roma "Sapienza", membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Direttore della Rivista di Psicologia Clinica e della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento psicologico clinico e analisi della domanda (SPS).

** Professore associato presso la Facoltà di Psicologia1 - oggi Medicina e Psicologia - dell'Università di Roma "Sapienza". Docente SPS. Editor della Rivista di Psicologia Clinica. E-mail: spscedro@gmail.com

*** Psicologa, psicoterapeuta. Docente SPS. Editor della Rivista di Psicologia Clinica.
E-mail: fiammetta.giovagnoli@tiscali.it

dell'intelligenza o delle componenti cognitive, delle dimensioni della personalità, dell'affettività. Il ruolo dello psicologo scolastico, in altri termini, viene associato, dagli insegnanti, dalle famiglie e dai ragazzi, dagli psicologi stessi, all'individuazione delle invarianti che caratterizzano "psicologicamente" i singoli individui. Colludendo, così, con quella cultura dell'insegnante che associa l'apprendimento alle capacità che caratterizzano i singoli allievi, in coerenza con la valutazione dell'apprendimento stesso, essa pure declinata entro dimensioni individualizzate, quali ad esempio i voti scolastici, i giudizi personalizzati e differenziati per i singoli allievi. Molto trascurato, anche per la carenza di modelli psicologici d'intervento nell'ambito, è il riferimento alla relazione entro il gruppo scolastico quale fattore rilevante, spesso determinante, per comprendere l'apprendimento del gruppo classe e dei singoli elementi che compongono il gruppo stesso. Vecchie storie, potrebbe dire qualcuno. Forse, ma pensiamo che sia ancora molto forte la confusione tra dimensioni individualiste della psicologia, il più delle volte associate alla diagnosi, alla valutazione delle componenti psicologiche che caratterizzano, appunto, la singola persona, e componenti relazionali o culturali che strutturano il rapporto tra singole persone e contesto entro il quale i singoli sperimentano la loro esperienza.

C'è poi il grande problema di quelle "individualità generalizzate" che, spesso indipendentemente dal contesto, vengono trattate come se fossero "individui" fittizi. Pensiamo, ad esempio, alle differenze di genere. Certo, si possono presumere invarianze all'interno del proprio gruppo d'appartenenza e differenze tra i due gruppi, se si pensa all'individualità generalizzata delle "donne" da un lato e degli "uomini" dall'altro. Ma di che invarianze o differenze si tratta?

Consideriamo, al proposito, una affermazione a nostro modo di vedere inquietante. Una affermazione tratta dal volume curato dall'Ordine degli Psicologi del Lazio (2013) ove vengono presentate le linee guida di alcune pratiche professionali degli psicologi "dell'oggi", quali le perizie nel caso di abuso sui minori, le linee guida per il *coaching* organizzativo, per l'ascolto dei minori in caso di separazione o divorzio, per l'accertamento e la valutazione psicologico-giuridica del danno alla persona, per la consulenza psicologica o la psicoterapia di persone lesbiche, gay e bisessuali, per gli interventi di supporto psico-sociale in situazioni d'emergenza. A proposito dell'intervento psicologico nell'emergenza si sottolinea, in una parte del volume, come nella ricerca epidemiologica l'evenienza del Disturbo Post-traumatico da Stress sia, nelle persone di sesso femminile, di frequenza doppia, se confrontata con quella rilevata nelle persone di sesso maschile.

Ecco come viene commentato questo "dato":

Tali differenze tra i sessi possono anche dipendere da caratteristiche di personalità ed esperienze precedenti al trauma; l'aver precedentemente sofferto di disturbi d'ansia o di depressione giustifica la maggior prevalenza del Disturbo Post-traumatico da Stress nelle donne, più vulnerabili ad aggressioni, abusi o violenze sessuali prima dei 15 anni (p. 210)¹.

Ecco un uso improprio, a nostro modo di vedere, delle differenze di genere. Questa analisi, se si coglie il senso dell'affermazione, porta ad affermare che la maggior incidenza del Disturbo Post-traumatico da Stress, nelle donne, è dovuta al fatto che per le donne sarebbero più frequenti gli episodi traumatici, specie nell'età giovanile. Il problema, d'altro canto, è dato dal fatto che, per giustificare questa evidente tautologia, si tirano in ballo anche "caratteristiche di personalità", quali "la maggior predisposizione all'ansia" delle donne. È, a nostro modo di vedere, un bell'esempio di come può nascere uno stereotipo.

La rilevazione di dimensioni psicologiche invarianti, come le caratteristiche di personalità, non comporta, a ben vedere, alcuna strategia d'intervento psicologico. Nel capitoletto che stiamo citando, dopo aver proposto la maggior vulnerabilità del sesso femminile al Disturbo Post-traumatico da Stress, si arriva a conclusioni operative che poco hanno a che fare con la competenza psicologica: il consiglio di far partecipare le donne alla progettazione della ricostruzione di zone terremotate o sconvolte da disastri naturali o da guerre, il consiglio di offrire assistenza ai bambini e agli anziani, di offrire assistenza e opportunità d'impiego alle donne, senza che le donne stesse debbano "passare da una figura maschile".

¹ La citazione è tratta da: (Assunto 9) - "Le donne hanno speciali necessità", contributo a cura di Isabella Cinquegrana.

La dicotomia tra diagnosi e intervento continua a essere rilevante per la professione psicologica. La diagnosi, con le ricerche che ne giustificano le affermazioni, appartiene tradizionalmente al *ruolo* dello psicologo: un ruolo, nel passato, ancillare a quello del medico nel completare, con alcuni rilievi psicometrici concernenti caratteristiche intellettive o personologiche, il quadro clinico del singolo malato psichico. Nella pratica della diagnosi, tradizionalmente, lo psicologo assegnava ad altri la funzione d'intervento. Oggi la diagnosi, specie se orientata a individuare connotazioni, spesso dubbie e problematiche, di individualità generalizzate (donne-uomini, adolescenti, madri, padri; ma anche genitorialità, stili d'attaccamento, nevroticismo ...) non sembra in grado di suggerire o delineare strategie di intervento su specifiche problematiche, rifugiandosi spesso entro uno sterile autoriferimento.

La funzione psicologica può, di contro, rispondere a molteplici problemi della committenza o del mandato sociale, se attenta alla genesi dei problemi stessi. Una genesi che sta nella simbolizzazione emozionale entro i contesti definiti da specifiche culture, così come nelle relazioni che conseguono alla simbolizzazione emozionale. La traduzione simbolica degli eventi problematici può coinvolgere la funzione psicologica, non solo quando lo psicologo ricopre un ruolo professionale specifico, ma anche quando lo psicologo s'incarica, quale "operatore", dell'assistenza domiciliare di malati psichici, quando svolge assistenza ai disabili, quanto si assume il compito di Assistente Educativo Culturale, quando opera entro comunità terapeutiche o riabilitative.

Sovente si parla di sotto occupazione degli psicologi, ad esempio quando i laureati in psicologia svolgono funzioni di assistenza non ancorate al ruolo psicologico. Pensiamo che gli psicologi corrano il rischio di sprecare molte occasioni professionalizzanti, quando non colgono la rilevanza che la funzione psicologica può assumere entro occasioni professionali non ancorate al ruolo. Si può "assistere" un disabile o un malato mentale, senza coglierne le simbolizzazioni che arricchiscono e caratterizzano la sua relazione con chi si occupa di lui. Si può svolgere una funzione di assistenza, a un malato mentale, a un anziano o a un disabile, stabilendo con l'altro una relazione fondata sull'analisi della dinamica simbolica che viene comunicata nella relazione d'assistenza; si può, così, sviluppare una vicenda relazionale che coinvolge la persona problematica entro dinamiche vitali, di comprensione e al contempo di allontanamento della cronicizzazione, inevitabile quando le relazioni si fanno mute, senza senso, fondate sull'incomprensione delle vicende simboliche pure presenti al loro interno.

Bibliografia

Ordine degli Psicologi del Lazio. (2013). *Etica, competenza, buone prassi: Lo psicologo nella società dell'oggi*. Milano: Raffaello Cortina.

Re-defining the role of clinical psychologists: from the epistemological in-depth analysis of some starting points¹ 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.

¹ 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"¹ 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.

¹ 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). 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 scientifica 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*², 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

² 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-metodologico³ 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 formativa⁴, 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

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

⁴ 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 anatomo-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 nonchè 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”⁵, 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

⁵ 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 sovraffollamento 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)⁶.

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'efficacia⁷. 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

⁶ 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.

⁷ 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 “pervasivo”, 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 anatomico - 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 (oltrechè 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.

www.salute.gov.it

Italian psychology between illusionism, common sense and conformism: is there still room for cultural policy?

*Massimo Grasso **, *Pietro Stampa ***

Abstract

The authors discuss the notions of “common sense” and “conformism” under a theoretical profile, evidencing that the decisive objective of psychology is not so much the distancing from common sense understood as the “capacity” of the human mind in generating intuitive representations of reality but rather the critique of common sense as a product of the mass illusion which characterizes contemporary society. In Italy, in particular, a more than twenty year old “illusionistic” policy has determined marked cultural degradation within the Country.

Regarding this state of matters psychology must question itself in relation to its capacity to contribute towards reorganizing and refurbishing co-habitation models.

Keywords: common sense; conformism; illusion; mass media; italian psychology.

* Professor of Clinical Psychology, 1st Faculty of Psychology, Università di Roma “La Sapienza”; editor of *Rivista di psicologia clinica*. E-mail: massimo.grasso@uniroma1.it

** Clinical psychologist in private practice, Rome; adjunct professor at the Faculty of Education, University of Chieti; editor of *Rivista di psicologia clinica*.

La psicologia italiana tra illusionismo, senso comune e conformismo: c'è ancora spazio per una politica culturale?

*Massimo Grasso **, *Pietro Stampa ***

Abstract

Gli autori discutono sotto il profilo teorico le nozioni di “senso comune” e di “conformismo”, ponendo in evidenza come un compito decisivo della psicologia sia non tanto la presa di distanza dal senso comune inteso quale “facoltà” della mente umana di generare rappresentazioni intuitive della realtà, quanto la critica del senso comune quale prodotto dell’illusione di massa che caratterizza la società contemporanea. In Italia in modo più spiccatamente accentuato, una politica “illusionistica” — ormai più che ventennale — ha determinato un gravissimo degrado culturale del Paese, ed è rispetto a questa condizione che la psicologia deve interrogarsi sulla propria capacità di contribuire a una riorganizzazione e un risanamento dei modelli di convivenza.

Parole chiave: senso comune; conformismo; illusione; mass media; psicologia italiana.

* Professore ordinario di Psicologia clinica, Università di Roma “La Sapienza”; editor della *Rivista di psicologia clinica*. E-mail: massimo.grasso@uniroma1.it

** Psicologo clinico libero professionista, già professore incaricato di Psicologia delle organizzazioni e delle istituzioni, Università di Chieti, editor della *Rivista di psicologia clinica*.

Gli artisti sanno la straordinaria efficacia di un luogo comune, di una buffoneria risentita infinite volte: quando queste cose arrivano a tempo, riassumono una situazione, sono un mezzo di espressione, dànno un calcolo alla logica, al senso comune [...].

Molti critici mi proclamarono l'interprete della idiozia sublime, di quella idiozia che è la sola fuga possibile da questo mondo troppo logico, dove esistono troppe cose insolubili e troppe domande senza risposta: e dove esiste un'arte che la sola logica non può avviare alle soluzioni estreme [...].

Ecco perché ne *L'illusionista*,¹ ricordandomi del fascino che esercita tale genere di spettacolo sul pubblico che ha sempre amato e seguito tutti i grandi illusionisti italiani e stranieri, ho lavorato intensamente per preparare uno spettacolo completo e vero di illusionismo. Ma non si creda che io l'abbia fatto come *fine*; bensì come *mezzo*! [...].

Così per tutto. Ma come volete che io sia naturale nel dolore o nella gelosia di un buffone, se non so fare davvero i giochi e le smorfie del buffone? Debbo soffrire, mentre gioco a fare il buffone; ma come posso soffrire *naturalmente*, se non so, prima di tutto, naturalmente buffoneggiare?²

Ettore Petrolini (1932).

Nell'indimenticabile sketch di Ettore Petrolini,³ Nerone, pizzicando maldestramente la cetra, canta *piripì piripì* e Tigellino (la spalla) gli fa eco *poropò poropò*; finché Nerone si gira irritato: «A Tigellì, l'impero è mio... quando vòl fa' *poropò poropò* te fai un impero pe' conto tuo!»

L'invito perentorio al conformismo — invito che in realtà è la forma esteriore d'una minaccia — appartiene da sempre ai sistemi di potere basati sull'autoreferenza violenta in difetto di competenza. Tema sul quale il gruppo di lavoro della *Rivista di psicologia clinica* si è soffermato più volte: qui, per brevità, non ne ripercorriamo le tracce, che risalgono a più di venticinque anni addietro. Ci interessa invece proporre le nostre osservazioni a partire da alcuni contributi apparsi più recentemente su questa stessa rivista (Carli, 2008, 2010, 2011, 2012; Carli & Paniccia, 2010, 2011, 2012a, 2012b; Giovagnoli, 2006; Grasso, 2009, 2011; Grasso & Stampa, 2007, 2008; Paniccia, 2007; Salvatore, 2006, 2012; Stampa, 2006, 2011a, 2011b).

In Salvatore (2012) sono espone le ragioni d'una visione fortemente pessimistica dello stato presente e futuro della psicologia italiana, ragioni curiosamente contraddette da un appello finale rivolto proprio a un corpo sociale che dello stato presente è il principale — consapevole e cinicamente indifferente — responsabile. Questo corpo sociale è bensì costituito da soggetti istituzionali e anche individuali dei quali si potrebbero fare, dal 1970 a oggi (Stampa, 2011b), nomi e cognomi, ma qui va assunto nel suo carattere di dispositivo di potere accademico, editoriale e giurisdizionale — quest'ultimo, in particolare, nella forma negativa dell'assenza: come dire Università *più* sistema dei media *meno* Ordine professionale.

Ma di questo tema — quello propriamente politico — ci occuperemo nelle conclusioni. Vediamo ora il nucleo dell'analisi da cui prende inizio l'articolo di Salvatore.

La professione psicologica versa in condizioni critiche:

¹ *Commedia* (1917) dello scrittore Alexandre (Sacha) Guitry, portata in Italia da Petrolini.

² *Modestia a parte*, primo libro memorialistico di Petrolini, pubblicato a Bologna dall'editore Cappelli; ora in *Facezie, autobiografie e memorie*, Roma, Newton Compton, 1993. Le frasi citate, tratte da "Discorso dell'attore comico", si trovano alle pp. 198-199 e 203.

³ Dello sketch esistono più versioni: un testo completo in italiano (non in dialetto romanesco, come veniva effettivamente rappresentato nei teatri di avanspettacolo, riservando l'italiano al pubblico più *chic*) si può trovare in http://www.drzap.it/O_Petrolini_Nerone.htm; per vedere una versione su YouTube, che parte però dalla scena VII: http://www.youtube.com/watch?v=6J_RUqYHeJg&feature=related

- . dimensionalità dell'offerta sproporzionata rispetto alla domanda – 1 psicologo europeo su 3 è italiano; su ogni 10 psicologi nel mondo 1 è italiano;
- . basso tasso di attività – gli psicologi impegnati sistematicamente in attività professionale costituiscono una percentuale limitata rispetto agli iscritti all'Ordine (alcune stime pongono tale percentuale intorno al 50%);
- . limitato valore economico – lo psicologo è una delle figure professionali con il reddito più basso;
- . deterioramento del valore socio-istituzionale della professione – ad es. progressivo indebolimento del ruolo psicologico nel SSN;
- . focalizzazione del ruolo psicoterapeutico, parallela ad una limitata capacità di innovazione di prodotto;
- . indebolimento progressivo delle sfere di competenza, sotto la pressione di offerte avanzate da attori concorrenti (in alcuni casi di dubbio profilo deontologico);
- . sostanziale latitanza sui temi strategici di interesse nazionale (p. 3).

Difficile fin qui non convenire. Così prosegue l'autore:

La condizione attuale della professione è la risultante di una serie di fattori, tra loro interagenti. Si richiamano 4 fattori, che rimandano ad una pluralità di piani di analisi e che possono essere considerati al contempo causa e conseguenza dei processi in atto entro il sistema professionale psicologico:

- la contiguità tra scienza psicologica e senso comune; -
- l'elefantiasi del sistema professionale;
- la mancanza di un modello strategico e teorico-metodologico della professione;
- il deterioramento delle qualità delle prassi professionali (p. 3).

Se sul secondo fattore non vi è molto da dire, sul primo, sul terzo e sul quarto esprimiamo un parziale disaccordo, perché a noi sembra che la prospettiva sia altra. La nostra società vive una fase di sviluppo (in termini di linguaggio corrente si dovrebbe dire: una fase di regresso) caratterizzata da una forma inedita d'illusionismo di massa: e la psicologia — dispiace dirlo — ne è uno degli agenti culturali più zelanti (che non vuol dire “più efficaci”: si vuole solo indicare l'atteggiamento, non la performance). Una psicologia illusa e illusionistica, che propone soluzioni *cash and carry* o forse meglio dovremmo dire *take away* per problemi definiti nei termini di una disarmante banalizzazione della vita, come appare chiaro a chiunque ne segua le pagliacciate mediatiche. Problema che alcuni di noi hanno iniziato a segnalare molto tempo addietro — *nemo propheta in patria* — e su cui (nuovamente) non torniamo, rimandando il lettore alle considerazioni e alla bibliografia in Stampa (2011b).

Non sembra per altro particolarmente utile indicare la contiguità della psicologia al senso comune quale problema *in sé* — secondo una prospettiva epistemologica meta-contestuale, come fa appunto Salvatore —, quanto piuttosto meriterebbe, ci sembra, che la psicologia assuma il senso comune in una dimensione contestuale: vale a dire valutando ciò che effettivamente il senso comune rappresenta in una situazione sociale e culturale specifica.

Procediamo per gradi. La filosofia si occupa da sempre della affidabilità delle proposizioni di senso comune, delle potenzialità epistemiche dell'intuizione, della capacità della mente umana di produrre rappresentazioni fedeli del mondo esterno a partire dai dati elementari raccolti attraverso il sistema percettivo. Il dibattito filosofico del Novecento ha variamente affrontato quest'area problematica, in alcuni casi (come in quello di George Edward Moore con il classico saggio del 1925 “In difesa del senso comune”) giungendo a considerarlo come il punto di origine di ogni conoscenza, tanto scientifica che etica e metafisica.

Gli esiti di questo dibattito sono — come è noto e ovvio — altamente diversificati nei diversi autori: ma in nessuno di essi il senso comune è inteso altrimenti che come una modalità di funzionamento della mente umana, come tale in nessun modo connessa ad alcun particolare stile di pensiero o di condotta che ne sia ipoteticamente la conseguenza. In tale accezione, evidentemente, è della *facoltà* del senso comune che si tratta, non del senso comune in quanto *prodotto* delle attività che a tale

facoltà afferiscono. Carli e Paniccia (2012b) nell'indicare la natura "prescrittiva" del senso comune rispetto alle simbolizzazioni affettive, fanno appunto riferimento al prodotto di un'attività mentale entro condizioni di contesto, e a questa prospettiva rivolgeremo anche noi tra breve la nostra attenzione. Non prima però di avere ribadito che una natura "anti-scientifica" delle proposizioni di senso comune non può essere né affermata né esclusa pregiudizialmente: e non ci sembrerebbe un particolare "merito" scientifico per la psicologia caratterizzarsi come produttrice di proposizioni antitetiche a quelle di senso comune.

Allo stesso modo, non ci sembrerebbe corretto sostenere che la facoltà del senso comune sia scontatamente la matrice di atteggiamenti conformistici: diremmo piuttosto che essa rispecchia la fondamentale ambiguità della mente umana, proiettando nella coscienza collettiva (nel pensiero e nel linguaggio corrente) il riflesso del funzionamento bi-logico della mente individuato da Matte Blanco (1975/1981). Come ha scritto Carli (2007):

L'ambiguità, o meglio ciò che corrisponde emozionalmente a quanto chiamiamo ambiguità, è la modalità originaria con cui il modo inconscio della mente vive la relazione. [...] si può affermare che il modo inconscio della mente si manifesta tramite l'ambiguità emozionale, intesa come configurazione emozionale contraddittoria e indefinita degli oggetti con i quali si entra in rapporto (p. 382).

Certo, si può comunque assumere come indicatore della scarsa utilità sociale della psicologia il dato di fatto che essa non si esprima ormai più in termini contro-intuitivi, in ciò sostanzialmente aderendo ai prodotti della facoltà del senso comune, come appunto rileva Salvatore (2012), segnalando: "la contiguità tra senso comune e psicologia, unitamente alla debolezza metodologica della psicologia (si pensi a quanto limitata sia la capacità dei modelli *psi* di esprimere visioni controintuitive della realtà) [...]" (p. 4). Osservazione anche questa condivisibile, solo che non ci convince il reciproco: sarebbe forse un indicatore di qualità, che la psicologia fosse sistematicamente contro-intuitiva? Anche sul valore epistemico dell'intuizione ribolle dagli albori del pensiero occidentale un esteso dibattito filosofico: e pronunciandosi in termini oppositivi alla conoscenza intuitiva, difficilmente si renderebbe giustizia al "paradigma indiziario" che della psicologia clinica costituisce il principio metodologico cardine (anche qui evitiamo di profonderci in citazioni bibliografiche).

Il senso comune può certamente diventare la matrice di condotte conformistiche: ma questo è il prodotto di un suo uso politico in circostanze storiche specifiche. Come scrivono Carli e Paniccia (2012b) il senso "è "comune" a una specifica cultura, della quale costituisce il fondamento portante" (p. 202).

Della nostra cultura diremmo — cercheremo di portare argomenti a questa tesi nelle pagine che seguono — che essa è dominata dall'illusione di massa. E che l'illusione di massa è lo strumento attraverso il quale si realizza un disegno politico autoritario che in Italia più che in altri Paesi ha permesso la costruzione di un consenso passivo generalizzato all'organizzazione privatistica della cosa pubblica e all'appropriazione delle risorse comuni di tutta la popolazione da parte di agguerriti gruppi di potere politico, finanziario e criminale (talvolta in antagonismo fra loro, spesso sinergici).

Se lo strumento, come crediamo, è l'illusione, esso è uno strumento psicologico. Tanto più è rilevante che con esso la psicologia si misuri — e, anche, rispetto a esso *si schieri*.

La pratica dell'illusionismo di massa trova gli psicologi critici o consenzienti?, contrari, favorevoli o neutrali? Fermiamoci però a considerare cosa intendiamo con l'espressione "illusionismo".

Illusionismo: non *generatore*, quanto *manipolatore* di illusioni che sono già presenti allo stato latente nei destinatari, i quali altro non attendono se non d'essere affascinati e sedotti dalla suggestione di un mondo "positivo", in cui "tutto funziona", "non c'è problema", "tutto si risolve", "il tempo è galantuomo" e via farneticando. Siamo arrivati così — in Italia, in Europa e in tutto l'Occidente industrializzato — alla più spaventosa crisi economica, sociale, politica, culturale dal dopoguerra: abbiamo impiegato più di 60 anni, ma alla fine ci siamo riusciti. L'Italia, almeno in questo, primeggia. Pian piano, disintegrati tutti i sistemi di competenza ponendo nella Pubblica Amministrazione — dapprima e ai vertici e poi giù giù fino agli uscieri e ai facchini — personale "di fiducia" dei partiti, smantellata la scuola pubblica, sfasciata e/o portata all'estero l'industria di cui pure il Paese poteva andare fiero (chimica, siderurgia, automobile, e ormai persino l'alta moda...), riempito per un buon

terzo il Parlamento e i governi di agenti della criminalità organizzata, lobbysti senza scrupoli, imbroglioni di varia caratura, prostitute professionali e semi-professionali e comunque un buon numero di colossali ignoranti e analfabeti di ritorno. Questi gli *optimates* che fanno da modello di razionalità, decoro e moralità alla popolazione. Questi e un esercito di propagandisti prezzolati, in un sistema mediatico fortemente centralizzato, sono i leader d'opinione e gli arbitri dell'eleganza intellettuale e della compostezza etica nell'Italia dei nostri giorni.

Perché il nodo è nell'*imitazione* e nell'*identificazione*. Il classico studio di Allport su *La natura del pregiudizio* dedica specificamente un capitolo alla psicologia sociale del conformismo (1954/1973, pp. 393-408), del quale viene messa in evidenza la matrice primaria entro i modelli valoriali familiari, e il carattere adattivo, definito come un "valore di sopravvivenza".

Il processo maggiormente citato in questo caso è l'*identificazione*. Il termine è ampio e mal definito, ma serve a esprimere il legame affettivo che unisce una persona all'altra. Una forma di identificazione non è distinguibile dall'amore e dall'affetto. Un bambino che ama i suoi genitori facilmente si *ripersonalizzerà* "ripersonalizzandosi" in loro (p.404).

Alla definizione del concetto di identificazione offre il miglior contributo la psicoanalisi. Otto Kernberg (1998/1999) ha proposto una lettura psicoanalitica del rapporto fra senso comune e conformismo, centrata sulla capacità dei media di indurre una regressione collettiva al livello dell'età di latenza. Facendo riferimento a quanto concettualizzato da Turquet (1975), Chasseguet-Smirgel (1975), Anzieu (1981)⁴ e altri, l'autore utilizza i modelli di studio dei grandi gruppi disorganizzati anche per interpretare i fenomeni collettivi connessi alla comunicazione di massa:

Anzieu (1981), basandosi su Bion (1961) e su Turquet, ha studiato la natura delle illusioni comuni dei gruppi e ha descritto alcune caratteristiche comuni alle ideologie che emergono in condizioni regressive [...]. J. Chasseguet-Smirgel (1975), completando le osservazioni di Anzieu, suggerisce che in queste condizioni i gruppi [...] tendano a scegliere [come leader] un "mercante di illusioni" pseudo-paterno, che offre al gruppo un'ideologia di conferma delle aspirazioni narcisistiche di fusione con il gruppo come primitivo Ideale dell'Io, onnipotente madre pre-edipica che soddisfa ogni desiderio (pp. 286-287).

In un volume di alcuni anni addietro dedicato al tema dell'illusione nello sviluppo della teoria psicoanalitica (Saraval, 2003a), alcuni autori hanno inteso distinguere con opportuna precisione il processo — la suggestione — e il prodotto — appunto l'illusione. Il curatore dell'opera, nel saggio di apertura (Saraval, 2003b), ricorda un'esperienza riferita da R. Money-Kyrle (1941/1984), che poco prima della presa del potere da parte del nazismo, aveva avuto occasione di assistere a un comizio di Hitler e Goebbels:

L'enorme successo che gli oratori riuscirono a ottenere è interpretato [da Money-Kyrle] come conseguente all'incontro tra capacità suggestiva degli oratori e propensione inconscia dell'uditorio a recepire i temi trattati. Il primo di questi temi riguardava le sofferenze della Germania e prendeva lo sunto da episodi reali, quali l'ultima guerra persa e la crisi economica appena superata, per suscitare sentimenti di vittimismo e di autocommiserazione. Il secondo tema era una feroce accusa contro ebrei e socialdemocratici (i nemici interni), colpevoli di aver provocato tali sofferenze, che doveva generare nella folla un tumulto di rabbia e di odio. Quindi venne stimolata l'onnipotenza del gruppo dicendo che il partito nazista era diventato invincibile. Dalla depressione si era passati alla persecuzione e ora alla maniacalità megalomane. Per concludere, Hitler pronunciò un appello all'unità, seguito da qualche istante di silenzio e dall'appello a essere pronti al sacrificio per salvare l'oggetto d'amore Germania e

⁴ Più correttamente: 1975, che è la data della prima edizione, o 1984, che è quella dell'edizione corretta e ampliata (questa seconda è indicata in bibliografia).

conquistarsi il paradiso. Tutte le dinamiche psicotiche erano state mobilitate! (pp. 30-31)⁵.

Siamo qui appunto nello spazio “politico” dell’illusione: l’irrazionalità delle masse, la loro incapacità di accettare la sconfirma del proprio narcisismo e le frustrazioni determinate dall’esame di realtà sono temi freudiani che — appunto con preciso riferimento alla dominanza delle élite di potere — dopo *Psicologia collettiva e analisi dell’Io* torneranno ne *L’avvenire di un’illusione* (Freud, 1927) e *Il disagio della civiltà* (Freud, 1929).⁶

L’illusione dunque: prodotto spontaneo della mente, che in origine ha la funzione di costruire le premesse dell’esperienza del mondo esterno (Winnicott, 1951/1971), l’illusione viene dunque esaltata e distorta deliberatamente per essere utilizzata come strumento di potere. Ed è certamente con i totalitarismi del XIX secolo che questa millenaria pratica di controllo sociale top/down — tradizionale appannaggio delle religioni istituite — assume il carattere di massa che le ideologie contemporanee hanno potuto utilizzare a proprio vantaggio grazie alla nascita delle forme di comunicazione che appunto in tal modo sono state designate.

Con il tramonto del XX secolo e l’esordio del XXI siamo però, a giudizio di molti, in un passaggio di fase.

Il tema del rapporto fra poteri, discipline scientifico-professionali e senso comune andrebbe a nostro avviso affrontato assumendo come sfondo le illusioni collettive su cui si istituisce l’ordine sociale, chiedendoci quale sia oggi e in prospettiva il possibile contributo della nostra area, la psicologia, alla *resistenza* di un pensiero critico; e quali invece i fraintendimenti e i danni che una psicologia illusa possa suo malgrado produrre. Illusa per una sorta di meccanismo di difesa (dall’angoscia della propria impotenza) che potremmo chiamare *identificazione con l’illusore*, se ci si passa la battuta.

Il catalogo delle illusioni di massa potrebbe essere non meno lungo di quello delle conquiste di Don Giovanni (“In Italia seicentoquaranta, in Almagna duecentotrentuna, cento in Francia, in Turchia novantuna, ma in Ispagna son già mille e tre!”).

Prendiamo la politica. E per carità di patria, non diciamo solo di quella italiana... In un recente intervento, il sociologo tedesco Ulrich Beck (2010) ha enumerato alcune “auto-illusioni” che caratterizzano la politica nell’epoca attuale. Se ne dà ampio conto in Duichin e Stampa (2011) che hanno altresì esplorato un’ulteriore illusione di cui si alimenta la politica, quella *sessuale*.

In Italia è — correlativamente — doveroso prendere nota dell’illusione *statuale*. Lo Stato è insieme iper-protettivo e vessatorio: il welfare dispensato a piene mani nella previdenza, nella sanità, nella capillarità dei servizi è in realtà disomogeneo, in genere di qualità scadente e comunque pagato a prezzi esorbitanti dagli stessi cittadini che ne fruiscono. Come rilevava il giurista S. Cassese (1998) già una quindicina d’anni fa, lo Stato in Italia è “onnipresente e introvabile”.

La struttura interna della spesa per prestazioni sociali presenta diverse anomalie, principali tra le quali sono la quota elevata destinata a pensioni, l’insufficiente tutela per chi sia totalmente sprovvisto di mezzi e la scarsa protezione assicurata ai non occupati e ai lavoratori irregolari. Al gravame fiscale fa riscontro una scarsa capacità di spesa [...]. Le imprese pubbliche sono lottizzate dalla politica ai vertici, e sovraccariche di personale ridondante alla base. I cosiddetti esuberanti del settore pubblico vengono valutati intorno al

⁵ È nota l’attenta frequentazione da parte di Benito Mussolini e di Adolf Hitler della *Psicologia delle folle* di Gustav Le Bon (1893/1980), opera ampiamente discussa da Freud in *Massenpsychologie und Ich-Analyse* (1921). Titolo, va rilevato, per il quale si pone un problema di correttezza della traduzione, in quanto, nello specifico, *Massen* vale come “grandi entità sociali organizzate” (*in primis* la Chiesa e l’Esercito — ma avete mai incontrato entità sociali tedesche *non* organizzate?), mentre in italiano il campo semantico della parola “massa” è decisamente più ristretto. Preferiamo dunque la soluzione adottata dai francesi con *Psychologie collective et analyse du Moi* (Paris: Payot, 1950) e ripresa in italiano dall’edizione Newton Compton (Roma, 1972).

⁶ Per la verità il titolo originale dell’opera è *Das Unbehagen in der Kultur*: disagio *nella* non *della* civiltà. Come dire: altro è enunciare la tesi che la *Kultur*-civiltà sia ontologicamente “disagiata”, altro enunciare la tesi che “contenga” un disagio consustanziale alla sua stessa origine. Non sembra una sfumatura: e anche se lo fosse, perché non rispettarla? Questo fece per la verità l’Editrice Scienza Moderna di Roma nell’edizione del 1949 a cura di J. Fleischer: *Il disagio nella civiltà* apparve come vol. 3 della “Collana psicoanalitica”.

20 per cento degli addetti [...]. L'ingerenza pubblica nell'attività economica [...] costituisce una delle cause della corruzione (il numero di dipendenti pubblici condannati per delitti contro la pubblica amministrazione è aumentato di oltre sei volte dalla metà degli anni ottanta alla metà degli anni novanta). Nelle strutture pubbliche si annidano immobilismo e inefficienza: più della metà del personale è addetto a far funzionare la macchina pubblica, premiando così l'autoamministrazione rispetto all'amministrazione. [...] Le funzioni sociali degli apparati pubblici sono svolte con incuria: si pagano pensioni a pensionati morti e a invalidi sani (pp. 13-16).

La psicologia si interroga forse su come questa falsificazione strutturale della funzione statale condiziona non tanto la vita quotidiana dei cittadini in senso concreto, quanto il loro modo di pensare, la loro motivazione allo sviluppo della dimensione comunitaria nei rapporti sociali? Non sembra. Rammentano forse gli psicologi che l'Italia sarebbe “una Repubblica democratica, *fondata sul lavoro*”? E non si assumono come un dato di realtà che la continua sconfirma di questo principio — i contratti a termine, le collaborazioni dette continuative ma in realtà discontinue, il lavoro intermittente, a chiamata, *on the road* o semplicemente occasionale, oppure in nero — è percepita, come ha scritto il sociologo L. Gallino (2007) “alla lunga, come una ferita dell'esistenza, una fonte immeritata di ansia, una diminuzione di diritti di cittadinanza che solevamo dare per scontati?” (p. 75). Forme d'una sofferenza emotiva diffusa che meriterebbero riflessione, applicazione, militanza persino... Sembra invece che la psicologia italiana, come ha rilevato uno di noi in un recente contributo (Stampa, 2011b), sia divenuta col tempo un'agenzia di promozione del conformismo: ne sono prova la subordinazione ai modelli metodologici e operativi dell'ingegneria gestionale nelle aziende e della medicina nella sanità e ormai anche nella formazione universitaria, e poi una pletora di esperienze che sarebbero ridicole se non fossero prima di tutto inutili e lesive dell'immagine della professione, come per esempio la “terapia riparativa” dell'omosessualità (di matrice cattolica, ma con inconsapevole ispirazione ai modelli di psicoterapia del Terzo Reich⁷ o iniziative deprimenti come “lo psicologo di quartiere”, o “lo psicologo in farmacia”, oltre alle innumerevoli offerte di servizi psicologici che popolano il web di frasi fatte, aforismi scopiazzati a sproposito, citazioni infantili che incorniciano sgrammaticate auto-presentazioni corredate di fototessera (l'espressione del viso copre un *range* che va dall'imbarazzo malcelato alla timida spavalderia, all'ostentazione del sorriso “cheese”), arricchite da serie enunciazioni di senso comune (appunto), bizzarre formulazioni teoriche, improbabili rappresentazioni di “tecniche” per raggiungere il “benessere psicofisico” quando non si arrivi a discutere addirittura della “felicità” — tema di importazione recente, caro quant'altri mai ai colleghi americani: in Grasso e Stampa (2008) se ne parla diffusamente.

Tutti questi fenomeni illusionistici più o meno riusciti, di scala macro- o micro-sociale, nel loro insieme segnano una trasformazione epocale della nostra società, dei modelli di condotta individuali e collettivi e delle relazioni interpersonali, e delle rappresentazioni sociali relative ai domini su cui appunto insiste l'illusione di massa: trasformazione con cui le discipline scientifiche e tutte le professioni non possono mancare di confrontarsi.

Certamente, come dicevamo, è il sistema dei media a trovarsi al centro di questo dispositivo di simbolizzazione reificata. Problema segnalato ormai da mezzo secolo di riflessioni che potremmo far risalire a Guy Debord (1967) e al movimento situazionista: un ambiente intellettuale “neo-dada” che per primo individuava nell'illusione e nelle politiche che vi erano — e soprattutto vi sarebbero state — connesse, la matrice del potere nell'epoca della comunicazione di massa. Scrive Debord (1967/2001):

⁷ Cfr. Cocks, (1985/1988). “Assai importante per l'evoluzione della psicoterapia tedesca fra gli anni trenta e la fine della seconda guerra mondiale fu la tendenza dell'Istituto Göring [...] a prefiggersi di “armonizzare” le esigenze dell'individuo con quelle dell'ordine sociale esistente. Gli psicoterapeuti dell'Istituto Göring offrivano vari tipi di psicoterapia d'appoggio di durata limitata, volti a promuovere l'integrazione nella società e a rendere le persone meno infelici e più produttive. Ciò è manifestamente in sintonia con il principio nazista della priorità della comunità rispetto all'individuo (*Gemeinschaft geht vor Eigennutz*)” (pp. 27-29), che si può tradurre “la comunità viene prima delle esigenze individuali”.

Lo spettacolo non è un insieme di immagini, ma un rapporto sociale tra le persone, mediato dalle immagini [...] (p. 54)”. Lo spettacolo si presenta come un’enorme positività indiscutibile e inaccessibile. Esso non dice niente di più che questo, che «ciò che appare è buono, ciò che è buono appare». L’attitudine che esso esige per principio è questa accettazione passiva, che ha di fatto già ottenuto con il suo modo di apparire senza repliche, con il suo monopolio dell’apparenza (p. 56).

A proposito de *La società dello spettacolo* (Debord, 1967/2001) è stato scritto (Freccero & Strumia, 2001) che “Un’intera generazione ha vissuto attraverso i suoi occhi l’illusionismo di uno spettacolo che, se ancora non esisteva, stava per invadere le nostre vite, cambiando la nostra sensibilità e i nostri valori” (p. 7).

Non erano mancate altre voci, ancorché isolate, a mettere in guardia la società dalla pervasiva, insidiosa penetrazione dell’informazione di massa nella vita sociale. Fra i “profeti critici” e inascoltati vanno annoverati gli esponenti di una per altro disomogenea corrente di sociologi e filosofi francesi post-strutturalisti che nella seconda metà degli anni 1970 hanno variamente esplorato l’impatto dei media sulle strutture della vita sociale: in modo particolare nella dimensione del senso comune che si andava sempre più organizzando attorno ai modelli ideologici impliciti del sistema televisivo, già “intrattenitore familiare” e ora divenuto nel volgere di pochi anni strumento di manipolazione privilegiato per il viraggio della società in senso consumistico (cfr. per es. Sartori, 1989, pp 171-193), e per il consenso politico (Baudrillard, 1976/1979, 1978, 1981).

Si trattava in maggioranza autori poco conosciuti e poco o per nulla tradotti in Italia,⁸ mentre otteneva uno straordinario successo uno di loro, Jean Baudrillard, successivamente archiviato da quella stessa cultura di sinistra che (effettivamente, più in Italia e negli Stati Uniti che in Francia) si era a lungo baloccata con le sue idee senza coglierne la cifra profetica delle proprie sventure. Eccone un chiaro esempio. Scriveva questo autore proprio negli anni in cui i Partiti Comunisti si avvicinavano al potere sia in Italia che in Francia (Baudrillard, 1978/1982):

La sinistra è Poulidor.⁹ Essa pedala generosamente verso il potere, le folle la acclamano e, al momento del trionfo retrocede in seconda posizione, all’ombra, nella nicchia dell’opposizione. Oppure la sinistra è Euridice: non appena il potere si volta per afferrarla, essa ritorna agli inferi, vergine e martire [...] Tutta la classe politica è spiazzata da questa reversione del politico nella simulazione, di fronte alla quale nessuna delle forze presenti né la massa silenziosa possono nulla, perché tutti manipolano ma nessuno può rivendicare la padronanza del processo di simulazione [...]

Ciascuno dei due [destra e sinistra] accusa l’altro di disunirsi in apparenza per riconciliarsi al momento giusto, cioè di avere una strategia. Ma questo è solo un adescamento per divertire le folle. In realtà, destra e sinistra prese in blocco giocano insieme al lavoro della differenza, lavorano insieme per conservare il modello di simulazione politica e questa collusione domina da lontano le loro rispettive strategie (pp. 49-50).

A partire dagli anni 1980 — proprio con il rapido affermarsi della grande illusione economico-finanziaria, contestuale in Italia alla nascita e alla prima fase di sviluppo delle televisioni private-commerciali —, questa corrente di pensiero sembra ripiegare su se stessa e su una riflessione estetica e metafisica aliena dall’impegno pregresso nella critica della società e della cultura politica contemporanea; o semplicemente diviene “fuori moda”, soccombendo alla propria stessa compiacenza di essere stata lungamente “alla moda”. Nondimeno, il suo lascito culturale merita di essere accolto e rivalutato, proprio perché vi si rinvengono gli elementi nucleari di una prospettiva critica nei confronti

⁸ Tra questi, in ordine alfabetico: Michel De Certeau (1980/2010), Henri-Pierre Jeudy (1979), Jacques Monnier-Raball, (1979) e i più noti in Italia Jean-François Lyotard (1979/1981) e Paul Virilio (1977).

⁹ Raymond Poulidor, ciclista francese degli anni 1960-70, celebre per i suoi continui piazzamenti: nonostante le ottime prestazioni, non ha mai indossato la maglia gialla del Tour de France, né la maglia rosa del Giro d’Italia: l’“eterno secondo” per antonomasia.

dei media e della manipolazione di massa, che era all'epoca forse troppo avanzata per essere davvero compresa, e appare oggi finalmente attuale e utilizzabile.

Baudrillard (1981) aveva parlato di “implosione del senso nei media” e di “implosione del sociale nelle masse”.¹⁰

La massa [...] non è più oggettivabile (in termini politici: non è più rappresentabile) e annulla tutti i soggetti che pretendessero di afferrarla (in termini politici: annulla tutti coloro che pretendessero di rappresentarla). Possono renderne conto (come in fisica matematica la legge dei grandi numeri o il calcolo delle probabilità) soltanto i sondaggi e le statistiche, ma sappiamo che questo incantesimo, questo rituale meteorico delle statistiche e dei sondaggi non ha oggetto reale, soprattutto non le masse, sebbene sia ritenuto doverle esprimere. Esso simula semplicemente un oggetto che sfugge, ma la cui assenza è insopportabile. Allora lo “produce” sotto forma di risposte anticipate, di segnali circolari che sembrano circoscrivere la sua esistenza e testimoniare la sua volontà. [...] Del resto non è sicuro che i procedimenti di sperimentazione scientifica nel campo delle scienze cosiddette esatte corrispondano a una verità maggiore di quella dei sondaggi e delle statistiche. La forma di ricerca codificata, controllata, “oggettiva”, in qualunque disciplina si voglia, lascia spazio solo a questo tipo circolare di verità, da cui è escluso lo stesso oggetto studiato. [...] Da qui avrebbe origine alla lettera una *patafisica* o scienza delle soluzioni immaginarie,¹¹ scienza della simulazione o dell'ipersimulazione di un mondo esatto, vero, oggettivo, con le sue leggi universali, compreso il delirio di coloro che lo interpretano [...] MEDIUM IS MESSAGE, profetizzava Mac Luhan:¹² formula caratteristica della fase attuale, la fase *cool* di tutte le culture mass-mediatiche, quella di un raffreddamento, di una neutralizzazione di tutti i messaggi in un eterno vuoto. Quella di una glaciazione del senso. Il pensiero critico giudica e sceglie, produce differenze, veglia sul senso con la selezione. Le masse non scelgono, non producono differenze, ma indifferenziazione — preservano la fascinazione del mezzo, che esse preferiscono all'esigenza critica del messaggio. La fascinazione infatti non attiene al senso, è proporzionale all'indifferenza per il senso.

Potremmo parlare oggi ulteriormente di “implosione della realtà nel virtuale” (ancora Baudrillard, 1995/1996) e di “implosione della cultura nel fattuale”. Ricordate “il governo del fare”?, sotto il quale in Italia è cresciuta la disoccupazione e si sta verificando un vero e proprio “genocidio professionale generazionale” degli under-30, sono diminuiti drammaticamente i redditi delle famiglie, aumentate le imposte dirette e indirette, mentre la popolazione qualificata dall'ISTAT (2012) come “in grave difficoltà economica” ha raggiunto quota 6,7 milioni, “guadagnando” nel solo anno solare 2011-2012

¹⁰ Sarà qui utile una precisazione. Sulla linea — ancorché non condivisa — di una tradizione che risale al citato LeBon (1895) e ad altri studiosi dei primi del '900, quali McDougall (1909, altro autore discusso da Freud, 1921), Tarde (1901), Ortega y Gasset (1930), molti contemporanei hanno riflettuto sulle masse come agenti di cambiamento nei passaggi cruciali della storia. Così, per es., le masse quali le hanno intese Canetti (1960/1974) e Alberoni (1977, 1989, 2007) sono in qualche modo il reciproco o il rovescio di quelle a cui fa riferimento Baudrillard; da una parte, infatti, il dinamismo rivoluzionario di grandi movimenti collettivi, dall'altra l'inerzia di grandi immobilità collettive, che — per la prima volta nella storia — non rappresentano più la forza prorompente che rovescia equilibri sociali obsoleti (Francia 1989, Russia 1917), bensì sono caratterizzate da una passività implosiva che tutto assorbe e trattiene, esaurendo dentro di sé ogni sollecitazione senza restituirne alcun output. A queste masse prive di leadership, seppure in una prospettiva differente — quella della capacità autoriproduttiva secondo il modello acefalo e non-strutturato della stella marina — sono dedicate alcune interessanti considerazioni di Brafam e Beckstrom (2006/2007).

¹¹ Espressione ironica con cui lo scrittore Alfred Jarry designò una modalità della conoscenza basata sull'“equivalenza dei contrari” e sulla loro “conversione”, che avrebbe consentito la costruzione appunto di una “scienza delle soluzioni immaginarie” in cui il vero e il falso si mescolano e si servono l'uno della maschera dell'altro per diffondersi senza che sia più possibile una loro separazione o distinzione. A questo punto di vista, caratterizzante un'importante stagione delle avanguardie artistiche del '900, aderirono scrittori come Paul Valéry, Boris Vian, Raymond Queneau, Eugène Ionesco, e pittori come Marcel Duchamp, Max Ernst, Joan Miró, Man Ray).

¹² Mac Luhan, 1964/1967.

ben 2,5 milioni e una percentuale di +4,2 (dal 6,9 all'11,1). E di nuovo, per carità di patria, non aggiungiamo altro.

L'illusione di massa è così contemporaneamente la matrice di un letargo generalizzato dell'opinione pubblica, sempre più passivizzata nell'adesione ai modelli culturali imposti dai media, e però anche la matrice di un diffuso disorientamento, e la ragione principale della crescente ambivalenza (desiderio/ostilità, ma anche desiderio di possedere/essere-posseduti, fascinazione/diffidenza...) verso le istituzioni che una letteratura sempre più vasta e trasversale — tanto vasta che sarebbe impresa vana riportarne una adeguata bibliografia¹³ — viene via via segnalando.

Ma si veda anche l'incipit di un recente pamphlet del filosofo Pier Aldo Rovatti (2011):

Chi sono i barbari? Si dice, di solito, che arrivino da fuori e non abbiano volto. Si dice, anche, che siano “gli altri”. L'identificazione più diffusa, oggi, in Italia, è che i barbari siano gli immigrati [...] E se, invece, i barbari venissero da dentro e fossimo proprio noi? [...] Per me, l'attuale imbarbarimento corrisponde alla sottocultura ormai diffusa e omologante, promossa con successo dallo stile attuale di governo.

È questo consenso sottoculturale che chiamo “anomalia italiana” e che, a mio parere, contiene i tratti della barbarie contemporanea. Vorrei provare a sintetizzare qualcuno di questi tratti, che vengono da lontano, che Pier Paolo Pasolini aveva anticipato parlando di omologazione e mutazione antropologica, e che adesso sono diventati un fantasma molto difficile da esorcizzare anche da parte di chi ha conservato in sé qualche riserva di spirito critico. Una nebbia, una gelatina, una colla che sembra avvolgere tutto, dal discorso pubblico alle forme delle esistenze individuali.

[...] Per aggirare l'ostacolo delle regole, e quindi della legalità democratica, era appunto necessario smontare la democrazia dicendo che lo si faceva nel nome stesso della democrazia e della libertà. Esse appaiono inceppate dalla loro macchinosità, dunque bisogna snellirle, scioglierle, se si vuole “agire”, dove agire (nella neolingua ormai diffusa) significa realizzare il modello di vita dominante. Il monito è rivolto a tutti, anche al giovane precario o disoccupato, anche a chi sente su di sé il peso dell'immiserimento materiale, anche a chi è svantaggiato dalla propria condizione di razza o di genere, e perfino di età. Tutti avrebbero la chance di trasformarsi in furbi imprenditori di sé stessi, grazie all'intraprendenza individuale e grazie alla “furbizia”, dote antica del carattere italico che adesso viene ovunque promossa a standard sociale (pp. 9-11).¹⁴

Una società architettata su relazioni deformate e falsificate, dunque. Ma la falsificazione più sconcertante, dal nostro punto di vista, riguarda l'area delle discipline psicologiche, che per decenni dalle prime enunciazioni del pensiero freudiano si erano date come *mission* il disvelamento e la decostruzione delle illusioni narcisistiche della società come dei singoli esseri umani. Si ricorderà qui che Freud in data 4 marzo 1923 scriveva a Romain Rolland (Freud, 1960):

Stimato signore,

sarà per me, fino alla fine della mia vita, un ricordo gradevole quello di aver potuto scambiare un saluto con Lei. Infatti il Suo nome è legato per noi alla più preziosa fra le belle illusioni, quella dell'estensione dell'amore a tutte le creature umane.

Io appartengo, invero a una razza che nel Medioevo fu resa responsabile di tutte le epidemie e che oggi dovrebbe sopportare la colpa della distruzione dell'Impero in Austria e della sconfitta in Germania. Esperienze del genere lasciano disincantati e rendono poco inclini a credere nelle illusioni. Del resto, ho effettivamente impiegato un gran parte del lavoro della mia vita [...] a distruggere le illusioni mie e dell'umanità (pp. 314-315).

¹³ Rimandiamo qui, riproponendo un'analisi che condividiamo, a quanto scrivono a riguardo Carli e Paniccia (2012b, pp. 184-185).

¹⁴ Per altro, se interessa un resoconto tragicomico di cosa può accadere in Italia a una persona normale — cioè non dotata né di “protezioni” politico-burocratiche né di quella pulcinellesca “furbizia” evocata da Rovatti — quando cerca di mettere su una modesta impresa commerciale come l'apertura di un negozio di pizza al taglio, si segnala *Volevo solo vendere la pizza* di L. Furini (2007).

Evocavamo più sopra i lavori che uno di noi ha dedicato al “silenzio” della psicologia sui problemi emergenti posti alla società contemporanea dallo sviluppo tecnologico e dai processi della cosiddetta globalizzazione (Stampa, 2006) e al “fondamentale” contributo che la psicologia — a partire dalla strategia di conquista del cognitivismo americano — sta dando ormai da molti anni alla riproduzione di illusioni collettive e di modelli di vita conformistici, e alla costruzione del consenso verso politiche che reclamano subordinazione passiva alle scelte degli apparati ideologici di Stato (come li chiamava Althusser, 1970/1972), indicando tutti i sistemi socio-tecnici che organizzano la macchina di riproduzione del potere). Per riprendere, in chiusura del presente contributo, la questione della necessità di un’attitudine critica verso quei modelli della psicologia che portano acqua a quel mulino, chiameremo con il suo nome l’illusione ideologica che oggi appare più diffusa e insidiosa.

L’illusione *cognitivistica*, dunque: il “pensiero positivo” con il suo ottimismo banalizzante, e le ricerche che pongono al centro l’idea astratta e morale di “felicità” più sopra citata o quella generica se non indefinibile di “salute”; la *fausse naïveté* con cui le neuroscienze ripropongono il riduzionismo cerebrocentrico (vedremo dove ci porteranno in futuro i neuroni-specchio, ammesso che ci portino da qualche parte) rispetto allo studio della mente come dominio complesso, non riducibile alla dimensione neurofisiologica.

Ma anche il compromesso ambiguo tra questi piani realizzato dalla psicopatologia descrittiva dei *DSM* e degli *ICD*, con la loro presunzione di codificare e classificare i disturbi in un catalogo neo- o iper-kraepeliniano che di edizione in edizione si arricchisce di specifiche sempre più scisse da ogni contesto;¹⁵ la psicoterapia cognitiva e comportamentale, con la sua pretesa di “oggettivare”, misurare, semplificare, correggere modelli di condotta trattati come deficit piuttosto che come espressioni adattive da interpretare perché vengano comprese ed elaborate. E la ricerca improbabile (nel migliore dei casi) sugli effetti dei trattamenti psicoterapici, financo “a prescindere” (direbbe il grande Totò) dalla persona del professionista che se ne fa carico. Tutti argomenti ampiamente esplorati sulle pagine della *Rivista di psicologia clinica* da Giovagnoli (2006), Carli (2008), Grasso e Stampa (2007, 2008) e altri ancora.

Molti anni fa un anonimo psicoanalista lacaniano sulla rivista *Scilicet*¹⁶ (1970/1977), con implicito riferimento alle “tre disillusioni” storiche evocate da Freud ne *Le resistenze alla psicoanalisi* (1924), così si esprimeva:

Per un certo tempo il soggetto umano ha creduto di potersi avvalere di quel privilegio che gli competerebbe di essere soggetto della conoscenza e luogo della totalizzazione del sapere. Lo sviluppo della scienza e la scoperta freudiana che sorge all’interno di questo sviluppo, tuttavia, stanno appunto a contrassegnare la profonda inadeguatezza di un tale riferimento [...] Questa illusione è costitutiva della psicologia (p. 192).

Punto di vista interessante, per noi, in quanto includeva la psicologia stessa tra i soggetti illusi, che oggi in funzione di tale attitudine di credulità si fanno illusionisti, agenti dell’illusione di massa.

Con il pessimismo della ragione e l’ottimismo della volontà di gramsciana memoria, proviamo invece a immaginare e progettare con il contributo della psicologia, un futuro migliore per il nostro Paese: un futuro, come ha scritto Carli (2011), in cui la convivenza sia basata su istanze capaci di creare sistemi collusivi fondati sulla valorizzazione delle risorse solidali e comunicative, sostitutive del conformismo orientato all’arricchirsi e all’apparenza spettacolare. Se gli psicologi sapranno contribuire a questo movimento di politica culturale, necessaria e difficile, la funzione psicologica potrà ritrovare un senso del proprio esistere (p. 3).

¹⁵ E quindi non stupisce e non scandalizza l’insoddisfazione espressa dal National Institute of Health (Insel, 2013) relativamente ai ritardi della ricerca sui biomarcatori dei disturbi mentali, e coerentemente con l’eccessiva, persistente “psicologizzazione” del modello *DSM*.

¹⁶ Gli articoli della rivista *Scilicet* dell’Ecole Freudienne de Paris non erano firmati, salvo quelli di Jacques Lacan, a indicare la natura collettiva della responsabilità della scrittura entro l’esperienza formativa condotta sotto la sua direzione.

Bibliografia

- Alberoni, F. (1977). *Movimento e istituzione*. Bologna: Il Mulino.
- Alberoni, F. (1989). *Genesi*. Milano: Garzanti.
- Alberoni, F. (1977). *Leader e masse*. Milano: Rizzoli.
- Allport, G.W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Cambridge (Mass.): Addison-Wesley. Trad. it. (1973). *La natura del pregiudizio*. Firenze: La Nuova Italia.
- Althusser, L. (1970). *Idéologie et appareils idéologiques d'Etat*. *La pensée*, 151 (giugno). Trad. it. *Ideologia e apparati ideologici di Stato*. In M. Barbagli (Ed.). (1972). *Scuola, potere e ideologia* (pp. 15-35). Bologna: Il Mulino.
- Anonimo (1970). *Le clivage du sujet et son identification*. *Compte rendu du Seminaire*, 4: L "identification". *Scilicet*, 2-3 (Paris: Seuil). Trad. it. (1977). *Il clivaggio del soggetto e la sua identificazione*. In AA.VV. *Scilicet. Rivista dell'Ecole Freudienne de Paris. Scritti di Jacques Lacan e di altri* (pp. 192-217). Milano: Feltrinelli.
- Anzieu, D. (1984). *Le group et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Paris: Dunod. Trad. it. (1986). *Il gruppo e l'inconscio*. Roma: Borla.
- Baudillard, J. (1974). *La société de consommation. Ses mythes ses structures*. Paris: Gallimard. Trad. it. (1976). *La società dei consumi. I suoi miti e le sue strutture*. Bologna: Il Mulino.
- Baudrillard, J. (1976). *L'échange symbolique et la mort*. Paris: Gallimard. Trad. it. (1979). *Lo scambio simbolico e la morte*. Milano: Feltrinelli.
- Baudrillard, J. (1978). *A l'ombre des majorités silencieuses ou la fin du social*. Paris: Utopie. Trad. it. (1978). *All'ombra delle maggioranze silenziose, ovvero la morte del sociale*. Bologna: Cappelli.
- Baudrillard, J. (1979). *Le P.C. ou les paradis artificiels du politique*. Paris: Utopie. Trad. it. (1982). *Il P.C. o i paradisi artificiali del politico*. Padova: Bertani.
- Baudrillard, J. (1981). *L'implosion du sens dans les medias, in Simulacres et simulations*. Paris: Galilée. Trad. it. (1979, come anticipazione). *L'implosione del senso nei media e l'implosione del sociale nelle masse*. *AutAut*, 169, gennaio febbraio, 105-116.
- Baudrillard, J. (1995). *Le crime parfait*. Paris: Galilée. Trad. it. (1996). *Il delitto perfetto. La televisione ha ucciso la realtà?* Milano: Cortina.
- Beck, U. (2010, October 26). *Le cinque auto-illusioni della politica nell'era globale*. *La Repubblica*, p. 45.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups*. London: Tavistock e New York: Routledge. Trad. it. (1986). *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Roma: Borla.
- Brafman, O., & Beckstrom, R. A. (2006). *The Starfish and the Spider: The Unstoppable Power of Leaderless Organizations*. London: Portfolio. Trad. it. (2007). *Senza leader. Il potere segreto delle organizzazioni a rete*. Milano: Etas Libri.
- Canetti, E. (1960). *Masse und Macht*, Hamburg: Claassen Verlag. Trad. it. (1974). *Massa e potere*. Milano: Adelphi.

- Carli, R. (2007). Pulcinella o dell'ambiguità. *Rivista di psicologia clinica*, 3, 382-396. Retrived from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2008). Il resoconto e la diagnosi. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 154-170. Retrived from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2010). Editoriale. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 1-3. Retrived from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2011). Editoriale. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 1-3. Retrived from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2012). L'affascinante illusione del possedere, l'obbligo rituale dello scambiare, la difficile arte del condividere. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 285-303. Retrived from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R. M. (2010). Editoriale. Culturale e psicologia. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 1-8. Retrived from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R. M. (2011). Editoriale. *Rivista di psicologia clinica*. 1, 1-5. Retrived from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R. M. (2012a). Considerazioni critiche sulla cura della malattia mentale oggi, in Italia. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 134-146. Retrived from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R., & Paniccia, R. M. (2012b). Convivere. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 184-200. Retrived from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Cassese, S. (1998). *Lo Stato introvabile. Modernità e arretratezza delle istituzioni italiane*. Roma, Donzelli.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1975). *L'ideal du Moi. Essai psychanalytique sur la "maladie d'idealité"*. Paris: Tchou. Trad. it. (1991). *L'ideale dell'Io. Saggio psicoanalitico sulla "malattia d'idealità"*. Milano: Cortina.
- Cocks, G. (1985). *Psychotherapy in the Third Reich. The Göring Institute*. Oxford: Oxford University Press. Trad. it. (1988). *Psicoterapia nel Terzo Reich*. Torino: Bollati Boringhieri.
- De Certeau, M. (1980). *L'invention du quotidien*. Paris: Gallimard. Trad. it. (2010). *L'invenzione del quotidiano*. Milano: Edizioni Lavoro.
- Debord, G. (1967). *La société du spectacle*. Paris: Buchet-Castel. Trad. it. (2001). *La società dello spettacolo*. Milano: Baldini Castoldi Dalai.
- Duichin, M., & Stampa, P. (2011), Escort/scorta/scortum: o l'illusione erotica del potere incompetente. Considerazioni tra psicologia, critica della cultura e storia della lingua. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 167-189. Retrived from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Freccero, C., & Strumia, D. (2001). Introduzione. In G. Debord (Ed.), *La società dello spettacolo* (pp. 7-27). Milano: Baldini Castoldi Dalai.
- Freud, S. (1921). Massenpsychologie und Ich-Analyse. *Gesammelte Werke*, XIII. Trad. it. *Psicologia delle masse e analisi dell'Io, Opere, vol. IX*. Torino: Bollati Boringhieri.

- Freud, S. (1924). Die Widerstände gegen die Psychoanalyse. *Gesammelte Werke*, XIV. Trad. it. *Le resistenze alla psicoanalisi, Opere, vol. X*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1927). Die Zukunft einer Illusion. *Gesammelte Werke*, XIV. Trad. it. *L'avvenire di un'illusione, Opere, vol. X*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1929). Das Unbehagen in der Kultur. *Gesammelte Werke*, XIV — Trad. it. Il disagio della civiltà. *Opere*, X.
- Freud, S. (1960). *Briefe 1873-1939*. Frankfurt a.M.: Fischer. Trad. it. (1960). *Lettere 1873-1939*. Torino: Boringhieri.
- Furini, L. (2007). *Volevo solo vendere la pizza*. Milano: Garzanti.
- Gallino, L. (2007). *Il lavoro non è una merce*. Bari: Laterza.
- Giovagnoli, F. (2006). Gli obiettivi del lavoro terapeutico: correzione del deficit o promozione dello sviluppo. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 96-101. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Grasso, M. (2009). «Aprite cari piccini ...». Chi avrà abbastanza paura del lupo? Caratteristiche e peculiarità della formazione in psicologia clinica e psicoterapia. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 1-10. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Grasso, M. (2011). Le Roi est mort, vive le Roi! Corsi, ricorsi, «nuovi corsi» nel rapporto tra psicologia e società. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 157-171. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Grasso, M., & Stampa, P. (2007). Chi ha slegato Roger Rabbit? Correzione di deficit vs promozione di sviluppo in psicoterapia: implicazioni per la valutazione e per la ricerca clinica. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 102-117. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Grasso, M., & Stampa, P. (2008). ... Siamo proprio sicuri di “non essere più in Kansas”? Metodi quantitativi ed epistemologia della ricerca in psicoterapia: una prospettiva critica. *Rivista di psicologia clinica*, 1, 127-150. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Insel, Th. (2013). Director's Blog: Transforming Diagnosis. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- ISTAT (2012). *Rapporto annuale 2012 — la situazione del Paese*. Retrieved from <http://www.istat.it/it/archivio/61203>
- Judy, H. P. (1979). *La peur et les media. Essai sur la virulence*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Kernberg, O. (1998). *Ideology, Conflict and Leadership in Groups and Organizations*. New Haven: Yale University Press. Trad. it. (1999). *Le relazioni nei gruppi. Ideologia, conflitto e leadership*. Milano: Cortina.
- Le Bon, G. (1895). *Psychologie des foules*. Paris: Alcan. Trad. it. (1980). *Psicologia delle folle*. Milano: Longanesi.
- Lyotard, J. F. (1979). *La condition postmoderne: rapport sur le savoir*, Paris: Editions du Minuit. Trad. it. (1981), *La condizione postmoderna. Rapporto sul sapere*. Milano: Feltrinelli.

- Mac Dougall, W. (1908). *An Introduction to Social Psychology*. London: Methuen & Co.
- Mac Luhan, M. (1964). *Understanding Media: The Extensions of Man*. Berkeley: Gingko Press. Trad. it (1967). *Gli strumenti del comunicare*. Milano: Il Saggiatore.
- Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets: An Essay in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company. Trad. It. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti. Saggio sulla bi-logica*. Torino: Einaudi.
- Money-Kyrle, R. (1941). The Psychology of Propaganda. In (1978). *Collected Papers*. Perthshire: Clunie Press. Trad. it. (1984). *Scritti*. Torino: Loescher.
- Monnier-Raball, J. (1979). *Simuler/dissimuler. Essai sur les simulacres de masse*. Paris: Payot.
- Moore, G. E. (1925). A Defence of Common Sense. In J. H. Muirhead (Ed.), *Contemporary British Philosophy* (2nd series). Reprinted in Moore, G. E (1959). *Philosophical Papers*. New York: Collier Books. Trad. it. (1970). *Saggi filosofici*. Milano: Lampugnani Nigri.
- Ortega y Gasset, J. (1930). *La rebelion de las masas*. Madrid: Espasa-Calpe. Trad. it. (2001). *La ribellione delle masse*. Milano: SE.
- Paniccia, R. M. (2007). Quale empiria per la ricerca in psicoterapia. *Rivista di psicologia clinica*, 0, 40-44. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Rovatti, P. A. (2011). *Noi i barbari. La sottocultura dominante*. Milano: Cortina.
- Salvatore, S. (2006). Modelli della conoscenza e agire psicologico. *Rivista di psicologia clinica*, 2-3, 126-134. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.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>
- Saraval, A. (Ed.). (2003a). *L'illusione: una certezza*. Milano: Cortina.
- Saraval, A. (2003b). L'illusione. In A. Saraval (Ed.), *L'illusione: una certezza* (pp. 11-42). Milano: Cortina.
- Sartori, C. (1989). *La grande sorella. Il mondo cambiato dalla televisione*. Milano: Mondadori.
- Stampa, P. (2006). Il pie'-veloce Achille ha sorpassato la tartaruga? Una nota critica sul silenzio degli psicologi nei processi della c.d. "globalizzazione". *Rivista di psicologia clinica*, 2-3, 190-203. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Stampa, P. (2011a). Cronologia 1970-2000. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 31-37. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Stampa, P. (2011b). Gli psicologi italiani 1970-2010: dalla rivendicazione istituzionale all' "ansia di conformismo". *Rivista di psicologia clinica*, 2, 18.30. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Tarde, G. (1901). *L'opinion et la foule*. Paris: Alcan.

Turquet, R. (1975). Threats to Identity in large Groups. In L. Kreeger (Ed.), *The Large Group: Dynamics and Therapy* (pp. 87-144). London: Constable.

Virilio, P. (1977). *Vitesse et politique*. Paris: Galilée.

Winnicott, D. W. (1951). *Playing and Reality*. London: Routledge. Trad. it. (1971). *Gioco e realtà*. Roma: Armando.

The function of common sense in the intervention of the clinical psychologist. Notes on the paper by Salvatore: "Issues about the development of psychological profession".

*Renzo Carli**, *Rosa Maria Paniccia***

Abstract

The notion of common sense is critically analyzed based on some notes by Salvatore on the limits of the development of psychological profession. From the philosophical definition of the construct, common sense is reformulated within psychoanalytic theory and defined as a process of collusion regarding affective symbolizations by which a social group emotionally shapes the different aspects of experience. Common sense thus becomes something prescribing emotions within coexistence. The failure of collusion, in terms of discrepancy between emotions experienced in the context of specific events and emotions prescribed by common sense, provides the model which may lay the foundations for an original and specific intervention methodology of the clinical psychologist, moving psychological practice away from its problematic contiguity with common sense.

Keywords: common sense; collusion; analysis of demand; affective symbolization.

* Past Full Professor of Clinical Psychology at the Faculty of Psicologia 1 of the University "Sapienza" in Rome, member of the Italian Psychoanalytic Society and of the International Psychoanalytical Association. Director of Rivista di Psicologia Clinica (Journal of Clinical Psychology) and of the Specializing School in Psychoanalytic Psychotherapy – Psychological clinical intervention and analysis of demand.

** Associate Professor at the Faculty of Psicologia 1 – now Medicine and Psychology - of the University "Sapienza" in Rome.

La funzione del senso comune nell'intervento dello psicologo clinico. Note sul lavoro di Sergio Salvatore: "Questioni intorno allo sviluppo della professione psicologica".

Renzo Carli* , Rosa Maria Paniccia**

Abstract

A partire dalle considerazioni di Salvatore (2012) sui limiti allo sviluppo della professione psicologica, viene criticamente considerata la nozione di senso comune. A partire dalla definizione filosofica del costruito, il senso comune viene riformulato entro la teoria psicoanalitica e definito quale processo di collusione delle simbolizzazioni affettive con le quali un gruppo sociale costruisce emozionalmente i differenti aspetti dell'esperienza. Il senso comune diviene, in tal modo, un prescrittore di emozioni entro la convivenza. Il fallimento della collusione, quale discrepanza tra emozioni vissute nell'ambito di specifici eventi e quelle prescritte dal senso comune, è il modello che può fondare una originale e specifica metodologia dell'intervento dello psicologo clinico, discostando la prassi psicologica dalla problematica contiguità con il senso comune.

Parole chiave: senso comune; collusione; analisi della domanda; simbolizzazione affettiva.

* Già professore ordinario di Psicologia clinica presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università "Sapienza" di Roma, membro della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Direttore della Rivista di Psicologia Clinica e della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento psicologico clinico e analisi della domanda.

** Professore associato presso la Facoltà di Psicologia1 - oggi Medicina e Psicologia - dell'Università di Roma "Sapienza".

I punti fondanti la questione posta da Salvatore

Obiettivo di questo lavoro: proporre una riflessione sulla professione psicologico clinica, a partire dallo scritto di Sergio Salvatore (2012).

Ricordiamo i quattro fattori che, nella proposta teorica di Salvatore, condizionano il sistema professionale psicologico:

1. contiguità tra scienza psicologica e senso comune;
2. elefantiasi del sistema professionale;
3. mancanza di un modello strategico e teorico-metodologico della professione;
4. deterioramento della qualità delle prassi professionali.

Vorremmo richiamare l'attenzione del lettore sul primo di questi punti, che pensiamo sia l'asse portante delle considerazioni critiche, proposte dall'Autore, circa i limiti dello sviluppo che caratterizzano la professione psicologica. La contiguità, per l'Autore, molto problematica, tra scienza psicologica e senso comune. Tale contiguità - continuità in un altro passo del lavoro - sta alla base della mancata analisi, da parte della psicologia, della relazione tra *output* (esito immediato dell'azione competente, entro un sistema professionale) e *outcome* (impatto/valore dell'output professionale entro il sistema cliente, o più in generale entro il sistema sociale).

La professione psicologica, nell'ipotesi di Salvatore, da sempre ha definito l'obiettivo del suo intervento in termini di *outcome*. "Con altre parole, l'esito dell'azione professionale psicologica è generalmente rappresentato nei termini dei fenomeni di senso comune costituenti il contenuto del mandato sociale, vale a dire come uno stato desiderabile di fenomeni quali: il bullismo, il conflitto organizzativo, il disagio, il comportamento tossicomaniaco, ecc" (p. 5).

La contiguità con il senso comune da un lato, la confusione tra mandato sociale e committenza dall'altro, sono presentati come i due più rilevanti fattori critici, caratterizzanti la professione psicologica nel nostro paese¹.

E' su questi due punti che vorremmo proporre alcune riflessioni.

Ricordando, peraltro, come i criteri che reggono la critica ora delineata siano vicini a quanto noi dicevamo, tempo fa, proponendo, per l'azione professionale psicologica, la distinzione tra *fini* e *obiettivi*. Ove il fine della professione veniva definito come il perseguimento di uno stato della realtà socialmente desiderabile, mentre l'obiettivo dell'azione professionale era definito come l'esito atteso di una tecnica scientificamente fondata (Carli & Panizza, 2002). Nell'ottica di Salvatore, la professione psicologica persegue i fini che le vengono proposti dal mandato sociale, mentre sembra non avere obiettivi. E' importante, peraltro, precisare alcuni aspetti di tutto questo. In medicina, è questo un esempio che differenzia l'output e l'outcome, si è scoperto che alcune malattie sono dovute all'azione di batteri unicellulari, ad esempio lo *streptococcus pneumoniae*, responsabile della polmonite, o il *treponema pallidum* agente patogeno della lue o sifilide. In questo caso è la scoperta batteriologica che consente di definire il problema patologico, quindi l'obiettivo della cura tramite l'altra grande scoperta, quella degli antibiotici. La diagnosi delle malattie infettive causate dai batteri e la terapia delle stesse malattie infettive sono fenomeni generati categorialmente dalla scoperta dei batteri e degli antibiotici. L'obiettivo "terapia antibiotica" viene generato entro le categorie della scienza microbiologica. Tutto questo comporta, quale conseguenza, la drastica diminuzione della mortalità dovuta alla polmonite o a altre forme patologiche attribuibili all'azione dei batteri; comporta, quindi, una coincidenza tra obiettivo della medicina e mandato sociale conferito alla stessa medicina.

In psicologia, di contro, si danno tecniche che vengono meccanicamente applicate a problemi generati dal senso comune. Questo succede in particolare entro l'approccio cognitivo-comportamentale. Si prenda ad esempio il caso del signor Donald Green, come è descritto nel volume ove Ray Corsini, terapeuta di orientamento adleriano, presenta approfonditamente il suo paziente e la terapia con lui effettuata, valutata ad esito positivo (Dumont & Corsini, 2000). Sulla base di questa presentazione, altri cinque terapisti immaginano una terapia con lo stesso paziente, effettuata da ciascuno seguendo la propria prospettiva teorico-tecnica. Si tratta di: Stephen Lankton, che utilizza l'ipnoterapia ericksoniana; Arnold A. Lazarus, che applica la terapia multimodale; Fred Zimring con la terapia

¹ Riteniamo che le critiche alla professione psicologica di Salvatore facciano riferimento alla situazione italiana in tutti i problemi proposti, non solo quindi in riferimento all'elevato numero di psicologi presenti entro l'offerta professionale italiana.

centrata sulla persona; Barbara Mc Crady che segue la terapia cognitivo-comportamentale. Nella prefazione al volume, i curatori sottolineano come l'insieme degli approcci psicoterapeutici si possa considerare "cognitivo e comportamentale". Ebbene, i sei terapeuti orientano il loro lavoro a risolvere i sintomi del signor Green, che si possono riassumere nella triade: arrivare in ritardo al lavoro, con il rischio di perdere il posto di lavoro stesso; non riuscire a stabilire un rapporto affettivo con una donna; avere una relazione conflittuale con la sorella. Le tecniche adottate sono scientificamente fondate, ma sono dedicate alla soluzione di problemi che nascono dal senso comune.

Altre volte gli psicologi sembrano voler intervenire entro problematiche che nascono dal senso comune, senza l'utilizzazione di tecniche specifiche. Altre volte ancora i problemi affrontati dagli psicologi possono avere una formulazione semplificata che nasce dal senso comune, come una formulazione più complessa che origina da specifiche teorie della tecnica, come è il caso del conflitto organizzativo.

Pensiamo che, in relazione alla psicoterapia o all'intervento psicologico clinico, sia possibile proporre le seguenti considerazioni:

Il *problema* portato da chi fa la domanda allo psicologo può:

- essere analizzato e riformulato secondo uno specifico modello,
- preso alla lettera secondo il senso comune.

L'*intervento* messo in atto dallo psicologo può:

- seguire una specifica tecnica,
- fondarsi sul buon senso.

Una tra le possibili teorie della tecnica che consente di passare dal modello di una domanda fondata sul senso comune, nella lettura dei problemi presentati da chi si rivolge allo psicologo, a specifici modelli che possono organizzare l'intervento, è quella che prevede l'*analisi della domanda*.

Per una distinzione tra output e outcome, è importante trattare l'"income" e trasformarlo in "input". Ciò avviene anche in medicina dove la domanda al medico è espressa nei termini del senso comune (*income*), ad esempio con espressioni del tipo: "mi fa male alla pancia", "ho la febbre alta", "ho nausea e giramenti di testa"; è con l'anamnesi, l'esame obiettivo (la raccolta dei segni somatici attraverso la semeiotica), le prove di laboratorio che la domanda viene trasformata in un problema (*input*), tramite la *diagnosi medica*, coerente con la tecnica d'intervento che il medico adotterà. Una procedura analoga, anche se ovviamente fondata su modelli teorici differenti da quelli della diagnosi medica, può essere adottata dallo psicologo con l'analisi della domanda, una teoria della tecnica che differisce significativamente dalla diagnosi psichiatrica.

Possiamo riformulare il tema proposto da Salvatore con il seguente schema:

	Intervento fondato su una specifica tecnica	Intervento fondato sul buon senso
Problema riformulato con uno specifico modello	Interventi psicologici di orientamento psicoanalitico fondati sull'analisi della domanda	Interventi psichiatrici
Problema analizzato con il senso comune	Interventi di terapia psicoanalitica, cognitivo comportamentale, sistemico-relazionale	Interventi fondati sul "buon senso"

Si tratta di una formulazione provvisoria, dipendente dalle differenti situazioni entro le quali opera lo psicologo.

Ma su tutto questo torneremo più avanti. Per ora sembra importante una riflessione sulla categoria “senso comune”, che Salvatore pone all’origine della problematica scientificità della professione psicologica.

Il senso comune

Il senso comune è una nozione importante nell’ambito delle riflessioni filosofiche sui processi di conoscenza della realtà; nozione che vale la pena approfondire, anche per non assumere una sua definizione entro le categorie stereotipali che usualmente, nel linguaggio corrente, sono assegnate al senso comune, secondo accezioni attinte, appunto, dal senso comune.

Agazzi (2004a) ricorda che, in diverse lingue, esiste una sola espressione per designare il “senso comune”, mentre in italiano, come in generale nelle lingue neolatine, troviamo due espressioni: “senso comune” da un lato, “buon senso” dall’altro; queste formulazioni linguistiche, utilizzate spesso quali sinonimi, di fatto vanno opportunamente distinte.

Per “buon senso” si intende, di solito, la capacità di *adottare decisioni ragionevoli*, indipendentemente dal grado di istruzione o dal tipo di convinzioni ideologiche, religiose, politiche di un determinato soggetto; decisioni facilmente condivisibili da chiunque sia dotato di un “sano giudizio”. Con la nozione di “buon senso”, quindi, si intende una *prassi* propria di un *individuo*.

Ben diversa è la nozione di senso comune, intesa quale “complesso di atteggiamenti *conoscitivi* e di relativi contenuti che un certo gruppo sociale, o una determinata epoca storica, condividono in modo più o meno immediato e *irriflesso*², prescindendo da competenze “specialistiche” e che, pertanto, si tende a ritenere che costituisca una sorta di patrimonio conoscitivo comune a tutta la specie umana” (Agazzi, 2004a, p. 9).

Il senso comune, in questa come in altre analoghe definizioni dei filosofi della scienza o degli epistemologi, fa riferimento a specifici gruppi sociali, a popolazioni che hanno vissuto in precise epoche storiche; il senso comune si riferisce, inoltre, a conoscenze fondate su un processo di condivisione. Una condivisione immediata, non basata su processi di “riflessione su”.

Il buon senso, quindi, concerne *la prassi del singolo individuo*, mentre il senso comune è una *conoscenza che si fonda su una condivisione sociale*.

Il senso comune, se visto in questa accezione, pone peraltro notevoli difficoltà nella sua definizione più approfondita. Se si pone l’accento sul suo essere “comune”, fattualmente dovrebbe concernere qualsiasi contenuto (conoscenze, idee, concezioni, principi, stili di pensare o modi di ragionare) presente in tutti gli elementi di un collettivo (comune a tutti), e in questo caso si rischia che nessuna proprietà di tal genere esista. Oppure si fa riferimento a quelle conoscenze, convinzioni, modalità di ragionare sulle quali tutti “dovrebbero convenire”. Anche in tal caso, tuttavia, è difficile supporre l’esistenza di una base comune di esperienza ordinaria che, come afferma Agazzi (2004b), possa “essere ridotta a requisiti minimi e essere intesa come semplice insieme di constatazioni empiriche: è un fatto che questa medesima esperienza viene letta e interpretata dagli uomini in modi diversi, dando luogo a quelle idee diverse e a quei giudizi spesso divergenti che, per l’appunto, hanno indotto a escludere che il senso comune possa identificarsi con un patrimonio di idee e giudizi condiviso *di fatto*. Come procedere, allora, per scartare le idee e i giudizi che non sono condivisibili da tutti e raggiungere quel nucleo che tutti dovrebbero condividere? La risposta non è certo facile perché, anche se decidessimo di limitarci ad una semplice *analisi razionale* dei presupposti inevitabili che si trovano impliciti in nozioni o giudizi che *tutti accettano*, non potremmo fare a meno di presupporre un’*accettazione universale* di questi stessi criteri razionali di analisi e delle loro concrete applicazioni argomentative, il che non è una condizione facilmente realizzabile *di fatto*” (p. 26).

² Il corsivo è nostro, e tra breve ne indicheremo il motivo.

E' evidente, se si segue l'indagine di Agazzi, l'impasse in cui ci si trova quando si intenda definire il senso comune: una dimensione che appare comprensibile tramite il senso comune, ma che sfugge ad un'indagine *riflessiva* sulla definizione del senso comune stesso.

L'Autore propone il senso comune quale punto di partenza da cui muove la filosofia. "Il senso comune inteso quale punto di partenza da cui muove la filosofia, può essere qualificato come la sfera di ciò che è *ovvio*, ma la filosofia ha sempre avuto come suo tratto caratteristico quello di smentire, almeno in una certa misura, le convinzioni del senso comune, presentandosi come una continua lotta contro l'ovvio, alla ricerca dell'*evidente* ossia di ciò a cui non può essere negato il consenso *razionale*" (p. 26).

Il senso comune, nella sintesi che propone Agazzi, appare come quella posizione originaria che consiste nell'aver presente la totalità, l'unità dell'esperienza, ossia quell'*immediato* che è il vero *fondamento* di ogni discorso, di ogni valutazione e decisione. Come unità dell'esperienza s'intende non solo l'esperienza sensoriale, non solo gli oggetti materiali visibili, udibili, toccabili, ma anche i sogni, le allucinazioni e, a maggior ragione, i sentimenti, il senso del dovere, le pratiche e le istituzioni sociali, le convinzioni, i principi secondo i quali si interpreta e giustifica la realtà, le stesse regole logiche che seguiamo nell'argomentare e via dicendo. In altri termini, "l'*immediato* è, per usare il termine husserliano, il *mondo della vita* o, più semplicemente, la *Vita* stessa intesa nella sua pienezza e multivarietà di aspetti e situazioni" (p. 26).

Si tratta, per il filosofo, di uno sforzo e di una aspirazione a conoscere questa totalità, che peraltro può essere esplorata solo per settori parziali: l'universo, inteso come la totalità degli enti materiali; il mondo della società e della storia; l'uomo stesso, considerato nella sua *totalità individuale* che non rientra soltanto nell'universo o nella società, ma anche in quelle sue dimensioni non materiali e individuali, che sono ben presenti nell'immediatezza dell'unità dell'esperienza.

Il filosofo si chiede se la totalità dell'immediato sia o non sia la totalità dell'esistente, cioè la totalità assoluta. Il problema dell'*assoluto* appare, quindi, quale problema centrale della vita. Può accadere, d'altro canto, che l'assoluto venga identificato con l'universo materiale, oppure con la società e la storia, oppure con l'uomo. Lo *scientismo* è quella posizione riduzionista nella quale l'universo materiale è assunto come la totalità assoluta e le scienze naturali come il metodo adeguato per studiarlo e conoscerlo. Lo stesso si può dire per lo *storicismo*, il *sociologismo* o lo *psicologismo*.

Dice Agazzi: "considerando il senso comune non già come un complesso di concetti, giudizi e convinzioni spontaneamente condivisi "dai più", bensì come il contenuto dell'unità dell'esperienza nella sua concretezza storica, ci si rende conto di come esso sia il riferimento obbligato di ogni discorso specializzato e nello stesso tempo la sede in cui si ricerca il senso e il valore di questo" (p. 33). Ogni discorso specializzato va ricondotto al senso comune, sia perché può contribuire a cambiare il contenuto del senso comune stesso, sia perché dal senso comune possa ricevere una pienezza di senso. Ogni discorso specializzato, sostengono i filosofi della scienza, deve rispondere a domande del tipo: "a che serve tutto questo?" o "che significa tutto questo?". Senza rispondere a questi interrogativi, si rischia di conferire allo scientismo un valore assoluto, riconoscendo, in esso, l'unica forma "autentica" di conoscenza per l'uomo. Si sottolinea che, a partire dalla seconda metà del Novecento, l'utopia scienziata, quella che sostiene l'idea di progresso inarrestabile nella qualità della vita, nel benessere e nella salute, quella che sostiene la rilevanza delle nozioni e delle teorie *anti-intuitive* nella scienza naturale contemporanea, quella che con Wilfred Sellars (1963) attribuisce all'immagine scientifica del mondo la *vera* conoscenza, è andata profondamente in crisi. La crisi si è aperta considerando, sul piano pratico, se le applicazioni della scienza, le conquiste tecnologiche contribuiscano, sempre, a migliorare le condizioni dell'uomo. La crisi, inoltre, origina anche dal considerare il carattere fallibile, la dipendenza dai contesti sociali e dai condizionamenti linguistico-culturali della conoscenza scienziata, "sino a negare, alla conoscenza scienziata, le sue caratteristiche non soltanto di conoscenza "vera", ma addirittura di conoscenza oggettiva e rigorosa, affidabile e superiore a forme di conoscenza pre-scientifiche o extrascientifiche" (Agazzi, 2004b, p. 37).

La tecnologia, in particolare, ha un'origine nel modo di ragionare dell'uomo della strada, quindi potrebbe essere considerata quale sviluppo del senso comune, come afferma Craig Dilworth (2007).

Molti filosofi concordano nel conferire al senso comune una sorta di giudizio di valore sul senso pratico delle conquiste scientifiche e sul loro contributo alla qualità della vita. L'interrogativo è aperto, e non ha risposte univoche, assolute.

Molti autori propendono per considerare il senso comune quale “buon senso” pratico; capace di orientare, nelle decisioni, la maggior parte delle persone con riferimento a quanto, nella tradizione umanistica, è considerato come il connotato della saggezza.

Gadamer (1960/1983), ad esempio, fa riferimento a Giovanbattista Vico per il quale *sensus communis* è un senso per il giusto e per il bene comune, presente in tutti gli uomini e che si acquista nel vivere comune, determinato dagli ordinamenti e dagli scopi della vita sociale. Gadamer continua la sua rassegna ricordando Shaftesbury, per il quale il senso comune è *love of the community, natural affection, humanity* o Bergson che lo definisce come *bon sens* o *rectitude du jugement*. Dice Profita (2013): “Il senso comune appartiene alla sensorialità e per questo al corpo, ha un carattere non concettuale, non segue complicati meccanismi razionali ma è principalmente volto a orientare e a indirizzare le relazioni umane” (p. 9).

La finalità del senso comune, in questi come in moltissimi altri approcci, sembra quella di consentire un’appartenenza a sistemi di regole implicite che organizzano e fondano la socialità.

E’ in questo senso che le metafore utilizzate per definire il senso comune trovano, per noi, una sintesi entro la dinamica del *processo collusivo* che caratterizza le simbolizzazioni affettive di chi condivide un contesto comune.

E’ in quest’ottica che il senso comune, quale esito della dinamica collusiva, diviene un efficace *prescrittore di emozioni*. Questa funzione del senso comune, entro la letteratura specialistica di marca filosofica, viene sottovalutata e sottaciuta, anche se accennata. Chi aderisce al senso comune, lo fa in funzione del condividere le emozioni, prescritte dal senso comune stesso, riferite a specifici eventi del contesto condiviso. Prescrivere emozioni, nell’ottica che stiamo seguendo, significa per il senso comune intervenire prescrittivamente sulle simbolizzazioni affettive collusive. La condivisione emozionale che caratterizza la collusione è fondata su un processo che non è ancora riflessivo, un processo che non prevede un pensiero sulle emozioni, un pensare emozioni.

Analizziamo brevemente la genesi della simbolizzazione affettiva.

La prima esperienza del nemico, entro la condizione neotenica, intesa quale dipendenza dalle cure materne del piccolo nato di specie umana ove la madre è per definizione sufficientemente buona, è fondata sull’assenza dell’oggetto buono (Carli, 1987).

L’assenza dell’oggetto buono, per il modo di essere inconscio della mente che non è in grado di rappresentare l’assenza, viene vissuta quale presenza di un oggetto cattivo allucinato. La risposta comportamentale, nei confronti dell’oggetto cattivo allucinato, consente al piccolo di agire con il fine di motivare il ripresentarsi della madre e il soddisfacimento del bisogno. Si parla, in questa ipotesi teorica che è riconducibile alla teorizzazione kleiniana, di oggetti parziali: il “seno” quale componente gratificante della madre, e il “seno cattivo” quale assenza della madre gratificante, allucinata quale persecutore distruttivo/distrutto.

Ricordiamo tutto questo perché l’emozionalità può essere vissuta, nella sua prima separazione dicotomica (che chiameremo gratificazione/rabbia), solo quale reazione alla frustrazione derivante dall’assenza dell’oggetto. È l’esperienza di assenza dell’oggetto che avvia la differenziazione emozionale, nella condizione neotenica prolungata che segna lo sviluppo del piccolo entro la specie umana (Beretta, 1974). Tramite la differenziazione emozionale, la presenza dell’oggetto viene simbolizzata quale “amico”, proprio perché l’assenza dello stesso oggetto viene simbolizzata quale “nemico”. Amico e nemico sono due modi per significare le emozioni, identificate con l’oggetto e la sua assenza. Le emozioni non sono ancora oggettualizzate, ma costituiscono, costruiscono l’oggetto, lo reificano nella mente del bambino, in un processo di identificazione tra oggetto e emozione.

Si tratta, se ben guardiamo a questo processo di reificazione dell’oggetto assente in oggetto rappresentato, nel vissuto mentale, come persecutorio, del più primitivo esempio di ciò che, con Fornari (1975, 1976), possiamo chiamare *simbolizzazione affettiva*.

Il merito di Fornari è di aver proposto una teorizzazione psicoanalitica svincolata dal modello pulsionale, per accedere ad una concettualizzazione semiotica e linguistica della psicoanalisi. Con le nozioni di semiosi affettiva e semiosi operativa, Fornari ha spostato la dinamica psicoanalitica dall’economia delle pulsioni ai processi del linguaggio, facendo della psicoanalisi una “cosa di parole”. Fornari, d’altro canto, ha mantenuto un approccio “giudicante” alle manifestazioni dell’inconscio, comparandole sistematicamente con il senso comune. A proposito dell’apologo della

contadina slava “che rimproverava il marito di non volerle più bene, perché era una settimana che non la bastonava più” (1976, p.43), Fornari dice: “Posso considerarlo come qualcosa che *non ha senso*³ perché implica una certa confusione tra un comportamento aggressivo e un comportamento affettuoso. Il rilevamento dell'incongruenza è il punto di partenza abituale dello psicoanalista. L'analista comincia a operare quando viene messo di fronte a una situazione problematica di incongruenza. Sia il sogno che il lapsus e il sintomo nevrotico sono in realtà comportamenti incongruenti. Il rilevamento della situazione incongruente è, pertanto, il presupposto protocollare dell'intervento dell'interpretazione psicoanalitica” (p. 43).

Seguendo il contributo di Matte Blanco (1975), è stato possibile dare alla simbolizzazione affettiva una nuova visione.

Il modo di essere inconscio della mente, nell'incontro necessitato dallo sviluppo percettivo con gli “oggetti” della realtà, li simbolizza affettivamente, per rappresentarli quali oggetti dotati di un senso emozionale. Si tratta di un processo che tutti noi compiamo quale modo di “conoscenza” fondato sulla configurazione emozionale o se si vuole sull'investimento dell'oggetto, tramite un senso⁴ che possiamo ipotizzare quale: “mettere dentro-mettere fuori”. Si tratta di una definizione fondata su una approssimazione linguistica a un *sensu emozionale* rappresentato, mentalmente, senza ancoraggi alla parola. La presenza del seno è un evento che viene simbolizzato emozionalmente come “mettere dentro” e l'assenza del seno è rappresentata emozionalmente come presenza di un seno cattivo, persecutorio da “mettere fuori”, o se si vuole da attaccare e distruggere. Si pensi, ad esempio, agli assunti di base di Bion e alla loro possibile comprensione entro il senso emozionale ora delineato: la dipendenza come “mettere dentro” l'oggetto buono, o “mettere fuori” quello cattivo; l'attacco-fuga come andare contro/mettere dentro il nemico per distruggerlo e assimilarlo a sé, o mettersi fuori/scappare dal nemico; l'accoppiamento come mettere dentro/mettersi dentro tra partner aristocratici, nell'attesa di ciò che sta fuori e che verrà dentro. Ogni manifestazione del modo di essere inconscio della mente si può “leggere” entro questa dinamica di senso; un senso tramite il quale prende forma la simbolizzazione affettiva. *La simbolizzazione affettiva*, se seguiamo questa proposta, *costruisce gli oggetti emozionali conferendo loro un senso*. Il dentro/fuori che regge il senso emozionale, d'altro canto, può assumere valenze diverse, riferite primitivamente al proprio corpo, poi alla relazione triadica, ove la ricostituzione della coppia rassicurante (dentro) e l'esclusione del terzo (fuori), fonda il processo simbolico emozionale, sino all'appartenenza che comporta un confine gruppale tra il noi (dentro) e il loro (fuori). Gli esempi potrebbero continuare a lungo.

Fornari sottolinea a più riprese l'esistenza di una “massima discrezionalità” nell'uso del linguaggio simbolico quale simbolo affettivo e formula la legge di indeterminazione, che regola il rapporto tra simbolizzazione affettiva e simbolizzazione operativa: la simbolizzazione affettiva, pur essendo - secondo Fornari - precostituita e relativamente stabile, è “fondamentalmente ambivalente e funziona come una ipotesi che deve essere continuamente verificata dalla storia” (1976, p. 51).

La simbolizzazione affettiva, secondo noi, utilizza la *polisemia* emozionale intrinseca alle “parole” e agli “oggetti” che sono costruiti attraverso il conferimento del senso, nell'accezione che prima abbiamo indicato e che reifica, in riferimento al modo di essere inconscio della mente, l'espressione del proprio “stare al mondo” emozionale. Non si tratta, a nostro modo di vedere, di “ambivalenza” della simbolizzazione affettiva - come invece indica Fornari - quanto dell'intrinseca polisemia che caratterizza l'investimento emozionale del modo di essere inconscio della mente, nel conferire senso agli oggetti e alle parole.

Questa polisemia è ben esemplificata dall'originaria confusione tra affetto e aggressività, nella complessità della valenza polisemica con cui viene simbolizzata la relazione sessuale entro l'apologo della contadina slava: il bastone non è un simbolo incongruo del pene, quanto una delle possibili e infinite trasformazioni simboliche con le quali, nella simbolizzazione affettiva, può essere rappresentato il pene, entro il linguaggio.

La simbolizzazione affettiva è intrinsecamente polisemica, e il suo modo di manifestarsi è imprevedibile, nell'ambito della variabilità interindividuale come di quella intraindividuale. L'emozione è il segno, proprio del vissuto di ciascuno di noi, della simbolizzazione affettiva in quel

³Il corsivo è nostro.

⁴Rimandiamo, per la relazione tra senso e significato e la funzione del senso nella simbolizzazione affettiva, a De Luca, Picione e Freda (2012).

momento vissuta. La variabilità emozionale consegue alla polisemia che caratterizza la simbolizzazione affettiva.

Questa variabilità, che consegue alla polisemia simbolica, trova un suo limite entro la dinamica della collusione. Intendiamo per collusione la simbolizzazione affettiva del contesto, da parte delle persone che condividono socialmente la simbolizzazione del contesto stesso. Il contesto condiviso, in altri termini, funge da mediatore tra le diverse simbolizzazioni, possibili grazie alla varianza interindividuale e quella intraindividuale della polisemia simbolica. Il legame sociale è *ab initio* un legame collusivo, in quanto fondato sulla convergenza delle rappresentazioni simboliche con cui viene intenzionata emozionalmente una componente rilevante del contesto. La condivisione del contesto è, di fatto, una comunanza di simbolizzazioni emozionali entro il contesto stesso. La stessa nozione di contesto è definibile in funzione della simbolizzazione collusiva, capace di rendere condivisa l'emozionalità riferita a specifici aspetti dell'esperienza sociale.

Possiamo definire il senso comune quale espressione pensata della simbolizzazione affettiva collusiva. Va precisato, a questo proposito, il "destino" della simbolizzazione affettiva riferita al singolo⁵ e di quella collusiva. Una prima componente di questo "destino" è, indubbiamente, l'agito nei confronti dell'oggetto simbolizzato. Tra vissuto e agito, d'altro canto, va posta una distinzione importante.

La simbolizzazione affettiva è un *atto mentale* che appartiene al modo di essere inconscio della mente. Essa comporta il *vissuto* di una emozione associata all'"oggetto" che può stare "fuori" o "dentro" l'individuo ma che, tramite la sua simbolizzazione affettiva, viene costituito quale emozione il cui senso è, come abbiamo visto, "mettere dentro" o "mettere fuori" quali atti mentali; atti mentali che vanno distinti dagli agiti: questi ultimi mettono necessariamente in rapporto con il contesto che sta, definitivamente, fuori. Questa è la profonda differenza tra la simbolizzazione affettiva, quale espressione del modo di essere inconscio della mente, e la sintomatologia nevrotica presa in considerazione da Fornari per l'esplorazione della semiosi affettiva. Interessante notare come Fornari assimili, quali oggetti del lavoro psicoanalitico, il sogno, il lapsus e il sintomo nevrotico e li definisca, tutti, quali comportamenti incongruenti. Il sintomo nevrotico (ad esempio una fobia, un pensiero ossessivo) può trasformarsi in comportamento, ma in sé appartiene all'area del vissuto; il lapsus si manifesta, di certo, tramite un comportamento, che peraltro viene generato da un vissuto; il sogno è un vissuto e solo il racconto onirico, con tutti i problemi che la resocontazione di un sogno solleva, appartiene all'area dei comportamenti agiti entro una relazione. La simbolizzazione affettiva è una manifestazione mentale, della quale ci rendiamo conto tramite il vissuto di un'emozione. Potremmo dire che il vissuto emozionale è la manifestazione ultima di una simbolizzazione affettiva. Ricordiamo che, nella nostra proposta teorica, non sono gli eventi che determinano il vissuto emozionale, quanto le emozioni che costruiscono gli eventi, a partire dalla simbolizzazione affettiva, intesa quale incontro tra mente inconscia e percezioni riferibili alla realtà, sia essa interna che esterna.

Più volte, nel corso di questo rapido excursus sulla simbolizzazione affettiva e sulle emozioni agite, abbiamo visto che la simbolizzazione affettiva fonda relazioni con parti di sé, "messe" negli oggetti, tramite il processo della proiezione. È questo un aspetto importante del modo d'essere inconscio della mente che, spesso, non viene compreso o viene sottovalutato dagli stessi studiosi di psicoanalisi. Qualsiasi aspetto della realtà, quando viene simbolizzato emozionalmente, viene al contempo personificato, animato di intenzionalità e di identità. Se il bambino (ma quanti adulti vivono la stessa emozione) ha paura del buio, questo succede perché il buio viene personificato, popolato, ad esempio, di persecutori minaccianti: l'assenza di una possibilità di vedere chiaramente ciò che ci circonda, si trasforma in una presenza "vissuta" di un pericolo certo. Così come la simbolizzazione affettiva trasforma una assenza in una presenza emozionalmente significativa, allo stesso modo ogni aspetto della realtà, per quanto apparentemente distante e neutro, si trasforma, con la simbolizzazione

⁵ Si potrebbe obiettare come la simbolizzazione affettiva "individuale", di fatto, non esista. Ogni simbolizzazione affettiva avviene all'interno di una relazione. Di una relazione intesa quale rapporto tra persone, in quanto l'individuo isolato e separato dalla relazione con altri non è pensabile; di una relazione con l'altro simbolizzato emozionalmente, in quanto il modo di essere inconscio della mente non conosce l'assenza, quindi non può simbolizzare affettivamente, in assenza di un oggetto altro. Ricordiamo come l'assenza dell'oggetto buono, per il modo di essere inconscio della mente, venga trasformato in presenza di un oggetto simbolizzato affettivamente quale oggetto persecutorio; reciprocamente, l'assenza dell'oggetto persecutorio è rappresentata simbolicamente quale presenza di un oggetto buono.

affettiva, in una figura emozionalmente significativa. Se il bambino vive, nel buio, l'emozione derivante dal vissuto fantasmatico di una presenza di figure minaccianti che gli incutono paura, questo avviene perché le minacce sono dentro di lui, originano ad esempio dalla fantasia di necessarie ritorsioni alle sue fantasie aggressive, alle sue fantasie di provocazione. Ricordiamo che il modo d'essere inconscio della mente, omogeneo e indivisibile, indica uno "stato" della mente, imm modificabile e riassorbente ogni aspetto della realtà entro la simbolizzazione emozionale. Ricordiamo, anche, che una delle caratteristiche della mente inconscia, per chi scrive la più importante, è quella fondata sulla *sostituzione della realtà esterna con la realtà interna*, vale a dire con la propria dinamica simbolica emozionale. Il buio minacciante non è un elemento della realtà esterna, quanto la "produzione" di una realtà esterna, emozionalmente connotata, che si appoggia sulla condizione di "non vedere", per trasformare il buio in un vissuto di minaccia. Il buio è il "fatto" esterno, mentre il "vissuto" di minaccia e di paura è interno. La distinzione tra vissuti e fatti è la condizione fondamentale per non stabilire connessioni di causalità tra vissuti e fatti; per dare alla realtà ciò che appartiene ai fatti, al mondo interno ciò che appartiene ai vissuti.

Tramite la simbolizzazione affettiva, quindi grazie alla mente inconscia, l'uomo realizza primitivamente la sua relazione con il mondo esterno, con la realtà. Una "realtà" che origina dal proprio mondo interno e che è animata da "oggetti" emozionalmente intenzionati; una "realtà" costruita emozionalmente tramite le fantasie del proprio mondo interno, grazie alla possibilità di appoggiarle su alcuni aspetti esterni, utilizzati allo scopo e quindi profondamente trasformati grazie al processo sostitutivo del quale abbiamo ora fatto cenno. La conoscenza, in quest'ottica, è conoscenza emozionale, simbolica, e deriva, lo ripetiamo, dall'appoggio, su alcuni aspetti della realtà, di fantasie emozionalmente connotate che originano dal mondo interno.

Solo in un secondo momento, grazie all'esperienza percettiva e relazionale, grazie alla dinamica del riconoscere, quindi al pensiero quale "riflessione su", l'uomo può utilizzare un pensiero fondato sul confronto tra emozioni e passata esperienza, in confronto tra emozioni e realtà. Si pensi, ad esempio, alla relazione del bambino con la madre, nel corso delle sue prime esperienze di vita. Si è visto come l'assenza della madre venga trasformata dal bambino in una presenza "allucinatoria" di tipo persecutorio in quanto per lui, bisognoso di tutto, non è possibile tollerare la frustrazione che deriva dall'assenza dell'oggetto che è fonte di cibo e di accudimento. La madre, capace di "riparare" alle fantasie persecutorie che il bambino esprime tramite il pianto-rabbia, rassicura lo stesso sul fatto esperienziale di un ritorno dell'oggetto gratificante, quando il bambino ne ha bisogno. L'assenza come presenza persecutoria si trasforma, con l'apprendimento della capacità-certezza del ritorno della madre e della sua motivazione a riparare all'angoscia: il bambino apprende, tramite esperienze ripetute, di *essere in grado* di far ricomparire la madre reale, nel momento del bisogno. Se questo accade, il bambino "libera" spazio mentale per l'esplorazione di altri aspetti del mondo circostante, che non siano modulati soltanto sulla alternanza presenza-assenza-presenza della madre. Si struttura, nella mente del bambino, un'"idea di madre", per dirla con Bion (1962/1972), che prende il posto della madre assente e che consente di "allucinare" non più una presenza persecutoria, quanto una presenza gratificante, capace di anticipare il ritorno della madre reale. Questa sequenza di apprendimento dipende, nei tempi e nei modi, *anche* dalla capacità della madre di sviluppare con il bambino una competenza riparatoria ironica, non angosciata. Si tratta di un apprendimento fondato sull'interazione collusiva tra simbolizzazioni emozionali e riscontri della realtà fattuale. Il bambino simbolizza emozionalmente l'assenza della madre come una parte di sé persecutoria; di conseguenza piange e – tramite il pianto – interagisce con la madre reale che, "richiamata" dal bambino, modifica la presenza persecutoria fantasmatica in presenza reale gratificante. Il ripetersi di questa esperienza, consente al bambino di modificare la sua risposta emozionale all'assenza, trasformando l'assenza stessa nell'anticipazione di una madre gratificante. Ecco un processo che fa vedere chiaramente come il pensiero fondato sulla realtà nasca da un'esperienza gratificante, in interazione correttiva con la simbolizzazione emozionale persecutoria dell'assenza materna. Ciò significa che la simbolizzazione affettiva è suscettibile di cambiamento *in funzione dell'esperienza di realtà*.

Il fallimento della collusione

La conoscenza è propria del modo di essere inconscio della mente. Si tratta di una conoscenza che

risponde alle cinque caratteristiche del modo d'essere inconscio della mente: assenza di tempo, assenza di negazione, condensazione, spostamento, sostituzione della realtà esterna con la realtà interna. Conseguenza di queste caratteristiche è la conoscenza emozionata. Quella dei sogni, delle simbolizzazioni emozionali che sostituiscono la realtà esterna con quella interna. Entro questa conoscenza non può esserci identità. E non può esserci identità perché non c'è l'altro, quindi non c'è relazione. Chi è preso entro le proprie simbolizzazioni emozionali e vive un'esistenza fatta di agiti delle fantasie evocate dalla realtà, utilizzata quale pretesto per attivare agiti, non è consapevole di se stesso, è in balia della propria emozionalità che può trovare solamente espressioni agite, spesso incomprensibili: siamo alla psicosi, molto spesso travestita dal ruolo sociale, occultata dalla protezione familiare, disperatamente integrata entro una pretesa professionalità. La "diagnosi" di queste situazioni è presto fatta se si guarda all'impossibilità, in questi casi, di fondare le relazioni sulla distinzione tra vissuti e fatti. Quando tutto questo avviene, all'identità si sostituisce l'identificazione con parti di sé, diffusamente proiettate nell'"altro" quale pretesto per i propri agiti, sia l'"altro" una persona, un'organizzazione, un contesto.

Con il costituirsi delle simbolizzazioni affettive collusive diviene possibile la dinamica del riconoscimento, quindi di un pensiero capace di *ri-flettere* sull'emozionalità derivante dalle simbolizzazioni affettive stesse.

Nei nostri studi abbiamo definito come *cultura locale* quell'insieme delle simbolizzazioni affettive collusive, riferite al contesto condiviso, che caratterizza uno specifico gruppo sociale. Con il nostro gruppo di ricerca, abbiamo proposto di chiamare *collusione* il processo che accomuna le simbolizzazioni affettive entro uno specifico contesto culturale. La dinamica collusiva, quindi, fonda le differenti culture locali. Come si manifestano le culture locali? Il senso comune appare come l'espressione più rilevante di una specifica cultura locale: il senso comune, nell'ottica da noi proposta, può essere inteso quale dimensione che *prescrive le emozioni accettate e condivise collusivamente entro una specifica cultura locale*.

Abbiamo ricordato come, nell'ottica psicoanalitica, siamo in grado di costruire gli eventi tramite la simbolizzazione affettiva di specifici aspetti della realtà. La realtà, in altri termini, si propone a ciascuno di noi, in quanto individui appartenenti a specifiche culture, quale "evento", soltanto attraverso le emozioni con le quali noi simbolizziamo la realtà stessa.

Non sono, quindi, gli eventi che evocano le emozioni; quanto le emozioni che costruiscono gli eventi. Se così non fosse, non avrebbe senso la complessa costruzione del senso comune, quale processo collusivo volto a prescrivere e tutelare il sistema emozionale socialmente condiviso.

In relazione alle emozioni prescritte dal senso comune, ciascuno di noi si trova necessariamente confrontato con la sua "normalità". Spesso, l'esperienza comporta una *discrepanza* tra le emozioni con le quali costruiamo gli eventi e le emozioni prescritte dal senso comune. Tale discrepanza nasce dal fatto che le nostre emozioni hanno una funzione costruttiva di eventi, mentre quelle del senso comune sono prescritte in funzione dell'evento stesso. Banalmente, l'attesa di un bambino è, per il senso comune, attesa di un *lieto evento*. Mentre il fatto di rimanere incinta, per una donna, può essere vissuto, quindi costruito, quale evento che complica l'esistenza, che comporta problemi, sofferenze e incertezze. La discrepanza tra vissuto e emozione prescritta, può comportare reazioni emozionali complesse e, spesso, dolorose quali il senso di colpa, la vergogna, un sentimento di marginalità sociale o di inadeguatezza nel proprio adattamento.

Se si guarda, in quest'ottica, alla problematica psichica, si può dire che la domanda di aiuto psicologico, ma anche la fenomenologia psichica nota come "disturbo emotivo comune", altro non sono che vissuti di discrepanza tra le emozioni con le quali costruiamo gli eventi e quelle che il senso comune, proprio della cultura locale d'appartenenza, prescrive per quell'aspetto della realtà che abbiamo simbolizzato ad evento. La dinamica collusiva, in questa prospettiva di analisi, serve per condividere socialmente le emozioni con le quali costruiamo gli eventi: nell'ipotesi che le emozioni, se condivise collusivamente, corrispondano a quelle prescritte dal senso comune. Il senso comune, in sintesi, riveste una funzione importante nell'ambito della convivenza: consente una condivisione di regole, di buone maniere, di convenzioni sociali, l'insieme delle quali fonda la possibilità di convivere nel rispetto reciproco, entro l'adesione a usi, costumi, modelli culturali che caratterizzano specifici contesti.

Il senso comune, quindi, è "comune" a una specifica cultura, della quale costituisce il fondamento portante per rendere possibile e tutelare la convivenza.

Pensiamo alla trasgressione nei confronti delle emozioni prescritte dal senso comune: ci sono persone che vivono eventi emozionali del tutto discordanti da quanto, in relazione agli stessi eventi, è prescritto dal senso comune. Un esempio è quello del giovane uomo che non ce la fa a trattenere il riso, irrefrenabile, durante il funerale del padre. Vissuti emozionali discordanti da quelli del senso comune sono molto frequenti e possono caratterizzare l'esperienza di ciascuno di noi. Quante volte ci è capitato di provare noia durante un concerto "importante" o nel corso della rappresentazione di un'opera lirica della durata di molte ore, alla quale assistiamo, assieme a melomani trasognati e infaticabili? L'importante è il saper dissimulare la noia e mostrare, di fuori, quell'interesse entusiasta che l'evento culturale importante prevede in chi "ne capisce qualcosa".

L'emozione discordante rischierebbe, se palesata, di mettere in crisi l'appartenenza a quella élite colta che sa apprezzare, senza remore, l'evento musicale. In alcune situazioni sociali "importanti" è anche possibile che *tutti* gli astanti si annoino, costretti a dissimulare la noia e a simulare interesse, al fine di aderire alle emozioni prescritte dal senso comune.

Il senso comune comporta emozioni curiose, perché manipolate dai "produttori" del senso comune stesso, capaci di stabilire relazioni problematiche tra dimensioni della realtà e emozioni.

A Natale, è solo un esempio, tutti si sentono, in modo prescritto, "più buoni". E la bontà si esprime con il regalo, quindi con l'incremento dei consumi e l'affliggente dono di una cravatta sbagliata o di un paio di guanti che non indosseremo mai. Il Natale prevede la partecipazione "in famiglia" al pranzo cerimoniale o alla cena della vigilia; una partecipazione ove deve imperare la serenità e l'atmosfera soffusa della pubblicità del panettone; di fatto, la convivialità natalizia non evoca una valorizzazione delle presenze, vale a dire la valorizzazione di chi decide di partecipare all'evento, quanto "la conta" degli assenti, l'attenzione necessariamente rimproverante a chi non ha accettato, per i più svariati motivi, l'appello alla prescrizione: "Natale coi tuoi".

E' interessante che alcuni movimenti culturali si siano proposti quali modalità critiche nei confronti delle emozioni del senso comune. Si pensi, ad esempio, al movimento *bohémien* caratterizzato da uno stile di vita non tradizionale, non aderente alle dinamiche emozionali del senso comune, adottato dagli artisti poveri e marginalizzati delle più importanti città europee. Si pensi al movimento *hippy* dell'inizio anni sessanta, diffuso nel mondo a partire dalle sue origini statunitensi.

Potremmo continuare a lungo perché il senso comune, invitando implicitamente al conformismo, ha avuto la capacità di generare numerosissimi movimenti anticonformisti, dal lontano passato ad oggi.

Spesso si confonde il senso comune con il conformismo. Tra senso comune e conformismo, d'altro canto, c'è una profonda differenza. Il senso comune prescrive emozioni, come è stato più volte sottolineato. Il senso comune tende a sostituirsi al singolo o al gruppo d'appartenenza, nella costruzione emozionale dell'evento; offre, di fatto, emozioni, per così dire, preconfezionate e prescritte, alle quali aderire. Il senso comune, quindi, si muove nell'ambito delle emozioni.

Il conformismo, di contro, prescrive comportamenti, non emozioni. Il comportamento conformista aderisce ai dettami del potere, con un adeguamento passivo e acritico a quanto i gruppi di potere prescrivono. Il conformismo è espressione del controllo sociale che i gruppi di potere intendono realizzare; un controllo sociale perseguito attraverso strumenti volti a facilitare l'interiorizzazione di modelli di comportamento, previsti e consoni alle aspettative di dipendenza, da parte di chi detiene il potere. Il senso comune è a fondamento della convivenza, tramite il convergere di emozioni, collusivamente condivise, in riferimento a specifici eventi della convivenza. Il conformismo, di contro, non facilita la convivenza, quanto la dipendenza di interi gruppi sociali a chi intende affermare o mantenere il proprio potere entro l'intero sistema sociale, piegato al conformismo.

Il senso comune è una sorta di mappa emozionale tramite la quale i singoli possono orientarsi entro i differenti eventi della loro esperienza. Se la simbolizzazione affettiva costruisce gli eventi, grazie al senso comune ognuno di noi può avere il vissuto che gli eventi, connotati emozionalmente dal senso comune, causino le emozioni in chi li vive. Sulla base del senso comune si fonda la credenza che siano gli eventi (connotati emozionalmente dal senso comune) a evocare emozioni.

Conclusioni. Proposta di un modello d'intervento psicologico clinico

L'incongruenza tra le emozioni vissute da singole persone o da gruppi sociali, e le emozioni prescritte dal senso comune, può essere il motivo per una domanda di intervento dello psicologo clinico. Tale

incongruenza, infatti, può generare conflitti o difficoltà entro la convivenza. Gli esempi che abbiamo portato sembrano, nella loro ingenua semplicità, non giustificare quanto stiamo dicendo. La nostra affermazione sarà più comprensibile, se si tiene conto del costrutto da noi proposto nel lavoro sull'analisi della domanda (Carli & Paniccchia, 2003): *il fallimento della collusione*. Con questo costrutto volevamo suggerire come la domanda allo psicologo clinico sia motivata, nella grande maggioranza dei casi, dall'esperienza di disagio che deriva dal fallimento dei sistemi collusivi tramite i quali siamo soliti rappresentare le nostre esperienze di relazione. Il fallimento della collusione, nell'ottica con cui proponiamo di considerare il senso comune è, di fatto, un fallimento nell'esperienza di dinamiche emozionali coerenti con quelle prescritte dal senso comune.

Se letto in questi termini, l'intervento psicologico clinico non trae la sua ragione da problemi derivanti dal senso comune, quanto dal fallimento dell'adesione alle emozioni prescritte dal senso comune. L'intervento dello psicologo, quindi, prevede un *output* coerente con questa teoria della domanda, diverso dall'*outcome* che deriverà da un possibile convenire sull'esito dell'intervento psicologico, nei termini dei risultati attesi dal cliente; risultati che, peraltro, saranno concordati con lo psicologo entro il lavoro di analisi della domanda.

L'azione competente dello psicologo potrà, ad esempio, comportare l'istituirsi del "pensare le emozioni" evocate da specifiche situazioni contestuali, mentre l'esito di questo potrà essere individuato nell'attenuazione di un conflitto e nell'istituirsi di un confronto produttivo entro un sistema di rapporti organizzativi.

Pensiamo, ad esempio, al sistema sanitario e, più specificamente, al Pronto Soccorso di un ospedale. Siamo confrontati con due culture locali, oggi ben differenziate, che sono riferibili ai pazienti (ma anche ai parenti dei pazienti) da un lato, al personale sanitario dall'altro. Quest'ultimo è arroccato entro una cultura locale fondata sulla simbolizzazione affettiva (una sorta di senso comune sanitario, o meglio medico, esteso poi anche al personale infermieristico) del medico quale figura autorevole e insindacabile, al quale spettano le decisioni, senza alcuna possibilità di confronto e discussione, sul da farsi per fronteggiare la situazione problematica del paziente. Il paziente, nell'ambito di questa simbolizzazione affettiva caratterizzante il *senso comune sanitario*, deve proporsi con un atteggiamento di passività acritica, pronto ad accettare e seguire tutte le direttive che i sanitari prenderanno nei suoi confronti. Sempre entro questa cultura locale di senso comune, i parenti non debbono disturbare l'operare sanitario e non possono presenziare in alcun modo all'intervento sanitario, in tutti i suoi momenti operativi. I parenti, in altri termini, dovranno affidarsi interamente e acriticamente al sistema sanitario, attenderne le iniziative senza informazioni, avere fiducia acritica nell'esito dell'intervento sanitario che, per definizione, opererà "per il bene del paziente".

Il sistema culturale paziente/parenti era, sino a qualche decennio fa, orientato collusivamente con il senso comune sanitario. Oggi il *senso comune della cultura locale pazienti/parenti* è cambiata profondamente; specifiche iniziative di verifica dell'operato medico si sono imposte entro una cultura della partecipazione del paziente e dei parenti alla prassi medica, contribuendo alla crisi profonda della dipendenza passiva e acritica del paziente dal medico. Possiamo così guardare al Pronto Soccorso quale area del sistema sanitario caratterizzata dalla discrepanza tra due culture locali (Carli & Paniccchia, 2011).

La cultura dei pazienti/parenti prevede che il sistema sanitario si prenda cura non solo del problema "sanitario", ma anche del *vissuto soggettivo* problematico, evocata dall'ingresso del paziente entro il sistema sanitario stesso. Ciò è particolarmente presente, quale attesa pressante, nel Pronto Soccorso ove l'urgenza, implicita nel ricorso al servizio e l'ingresso subitaneo e non voluto entro il sistema sanitario, rendono particolarmente problematica la simbolizzazione affettiva del sistema sanitario stesso, da parte dei pazienti/parenti.

La cultura del sistema sanitario non prevede che il personale sanitario possa prendersi cura della soggettività problematica del sistema pazienti/parenti; soggettività che si pretende risolta entro la passività acritica presente nelle attese del senso comune, condiviso collusivamente, dal sistema sanitario stesso. La cultura del sistema sanitario, in altri termini, non prevede una possibile sospensione dell'azione organizzativa; condizione necessaria, quest'ultima, per pensare le emozioni che caratterizzano la relazione sanitaria stessa, quindi per evidenziare i vissuti soggettivi.

Questa discrepanza tra due sistemi di senso comune può evocare conflitti e disfunzioni che interferiscono problematicamente sull'efficacia del sistema sanitario e sulla sua funzionalità. In questo caso, le domande di senso comune sono di due tipi: da parte del sistema sanitario si richiede nei

pazienti e nei parenti una maggior “buona educazione”, un controllo dell’aggressività e, in sintesi, una dipendenza acritica coerente con il modo di simbolizzare pazienti e parenti da parte del sistema sanitario stesso. Da parte del sistema pazienti/ parenti, si chiede che il sistema sanitario si prenda cura della soggettività dei pazienti e dei loro parenti: ci si aspetta minore arroganza nei medici e negli infermieri, si pretende di essere informati sull’andamento della diagnosi e delle iniziative mediche che la situazione comporta, si chiede di veder riconosciuta la propria ansia con l’assegnazione di codici d’urgenza elevata (codice rosso, al massimo codice verde), si pretende cortesia, tempestività nell’intervento. La distanza tra i due sistemi di attese, fondati su emozioni prescritte da differenti organizzazioni del senso comune, comporta problematiche che si riflettono sulla stessa funzionalità del Pronto Soccorso.

L’intervento psicologico ha comportato una riformulazione della problematica presentata dal sistema sanitario secondo il modello ora proposto. Si è riconosciuto che il sistema sanitario è impreparato e storicamente inadeguato a farsi carico della soggettività del sistema pazienti/parenti (Canguilhem, 1966). Si è quindi scelto un intervento di tipo “integrativo”, realizzato con la presenza di due psicologhe, entro il Pronto Soccorso degli Ospedali che avevano fatto domanda d’intervento psicologico, capaci di farsi carico della soggettività problematica del sistema pazienti/parenti, e al contempo di mostrare al sistema sanitario la legittimità e la trattabilità di tali simbolizzazioni affettive problematiche. L’intervento, quindi, è stato sostenuto non tanto dalla presenza psicologica, quanto dalla competenza delle psicologhe nel trattare la soggettività del sistema pazienti/parenti attraverso interventi di informazione e di analisi della relazione emozionale, in funzione della casistica di volta in volta incontrata. L’outcome è stato interessante: la dirigenza del Pronto Soccorso ha chiesto l’istituzionalizzazione della funzione psicologica nella sua organizzazione e l’estensione della funzione psicologica anche ad altre componenti organizzative dell’ospedale, come la neonatologia, ove l’interazione tra sistema sanitario e sistema pazienti/parenti è particolarmente problematico.

L’intervento proposto è stato fondato sull’analisi della domanda, formulata dal sistema sanitario e fondata sul disagio derivanti dal conflitto, a tratti anche esasperato e violento, tra utenti del Pronto Soccorso e personale sanitario. L’intervento stesso è stato orientato dalla riformulazione del problema nei termini di una discrepanza tra due sistemi di aspettative, fondati su differenti modelli del senso comune. Di qui la diversità tra *output* dell’intervento, seguito passo passo con i criteri psicologici che ne fondavano la teoria della tecnica, e *outcome* che si è proposto quale positiva valutazione dell’intervento da parte dei due sistemi-cliente.

In questo caso, come in altri fondanti l’intervento psicologico clinico, il senso comune si propone quale componente di un modello di teoria della tecnica e non quale suggeritore dell’intervento stesso. Il senso comune, in altri termini, viene analizzato con modelli differenti da quelli del senso comune.

Bibliografia

Agazzi, E. (2004a). Introduzione al tema. In E. Agazzi (Ed.), *Valore e limiti del senso comune* (pp. 9-18). Milano: FrancoAngeli.

Agazzi, E. (2004b). Il senso comune e l’unità dell’esperienza. In E. Agazzi (Ed.), *Valore e limiti del senso comune* (pp. 25-38). Milano: FrancoAngeli.

Beretta, A. (1974). La situazione pedagogica dal punto di vista psicofisiologico, etologico e antropologico. In A. Beretta & M. S. Barbieri (Eds.), *Il centauro e l’eroe* (pp. 19-97). Bologna: il Mulino.

Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann. Trad. it. (1972). *Apprendere dall’esperienza*. Roma: Armando.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. PUF : Paris. Trad. it. (1998). *Il normale e il patologico*. Torino: Einaudi.

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

- Carli, R., & Paniccia, R. M. (2002). *L'analisi emozionale del testo: Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.
- Carli, R., & Paniccia, R. M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e intervento in psicologia clinica*. Bologna: il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R. M. (2011). *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia*. Milano: FrancoAngeli.
- Dilworth, C. (2007). *The Metaphysics of Science*. Dordrecht: Springer.
- Dumont, F., & Corsini, R. J. (2000). *Six Therapist and One Client*. New York: Springer. Trad. it. (2003). *Psicoterapie a confronto. Un caso visto da sei terapeuti*. Milano: McGraw-Hill.
- Fornari, F. (1975). *Genitalità e cultura*. Milano: Feltrinelli.
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice*. Milano: Feltrinelli.
- Gadamer, G. (1960). *Wahrheit und Methode*. Tubinga: Mohr Verlag. Trad. it. (1983). *Verità e metodo*. Milano: Bompiani.
- Matte Blanco, I. (1975). *The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-Logic*. London: Gerald Duckworth & Company Ltd. Trad. it. (1981). *L'inconscio come insiemi infiniti. Un saggio sulla bi-logica*. Torino: Einaudi.
- Profita, G. (2013). *Malinteso e senso comune*. Unpublished manuscript.
- 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. Retrived from <http://rivistadipsicologiaclinica.it>
- Sellars, W. F. (1963). *Science, Perception and Reality*. London: Routledge & Keegan.

The psychologist as warrantor of the missing: aspects of analysis of the demand

*Sergio Langella**, *Raffaele De Luca Picione***, *Maria Francesca Freda****

Abstract

Absence, Missing and Desire are concepts that we often find in psychological and psychoanalytical literature, frequently in very different theories and in association with concepts and basic assumptions which can also be very far from each other. The aim of this brief article is to study certain aspects of the psychological work, focusing our attention on certain processes that, according to our hypothesis, can have these concepts as organizers of their evolution. The concept which, from now on, we will refer to as *feeling of missing*, assumes, according to us, a fundamental role in the psychological processes that are responsible for the ability of individuals to relate to each other. On the other hand, the very role of the psychologist can be defined in terms of *warrantor of the missing* within a theoretical approach that is built on the psychoanalytical work of different authors and on the Analysis of the Demand theory by Carli and Paniccia.

Keywords: absence; desire; missing feeling; analysis of demand.

* Graduate in Dynamic, Clinical and Community Psychology. E-mail: ser.langella@live.it

** Clinical Psychologist and Doctoral Student at the Doctoral School in Psychological and Educational Sciences. Liberal Studies Department, University of Naples Federico II. E-mail: raffaele.delucapicione@unina.it

*** Associate Professor of Clinical Psychology M-PSI/08, Head of the Laurea Degree Course in Dynamic, Clinical and Community Psychology. Liberal Studies Department, University of Naples Federico II. E-mail: fmfreda@unina.it

Lo psicologo come garante della mancanza: aspetti di analisi della domanda

*Sergio Langella**, *Raffaele De Luca Picione***, *Maria Francesca Freda****

Abstract

Assenza, mancanza e desiderio sono concetti che ritroviamo spesso nella letteratura psicologica e psicoanalitica, spesso in teorie molto diverse tra loro e con concetti e presupposti di base anche lontani gli uni dagli altri. In questo breve articolo, ci siamo posti come obiettivo di studiare alcuni aspetti del lavoro psicologico centrando la nostra attenzione su alcuni processi che, secondo la nostra ipotesi, possono avere tali concetti come organizzatori del loro divenire. Ciò che in seguito definiremo come *sentimento di mancanza* assume, a nostro avviso, un ruolo fondamentale nei processi psicologici responsabili della capacità degli individui di entrare in relazione tra loro. D'altro canto, anche lo stesso ruolo dello psicologo può definirsi in termini di *garante della mancanza* all'interno di un orientamento teorico che prende le mosse dall'opera psicoanalitica di vari autori e dalla teoria dell'Analisi della domanda di Carli e Panizza.

Parole chiave: assenza; desiderio; sentimento di mancanza; analisi della domanda.

* Dottore in Psicologia Dinamica, Clinica e di Comunità. E-mail: ser.langella@live.it

** Psicologo clinico e dottorando presso la Scuola di Dottorato di Scienze Psicologiche e Pedagogiche. Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli Federico II. E-mail: raffaele.delucapicione@unina.it

*** Professore Associato di Psicologia Clinica M-PSI/08, Presidente del Corso di Laurea in Psicologia Dinamica, Clinica e di Comunità. Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli Federico II. E-mail: fmfreda@unina.it

I concetti di assenza e mancanza

La necessità di dare un riferimento concettuale specifico ai termini *assenza* e *mancanza* nasce dall'interscambiabilità cui siamo abituati nell'uso comune, poiché, sebbene assenza e mancanza appartengano alla medesima area semantica, in ambito psicologico occorre differenziarli in maniera più netta. Siamo abituati nel parlato a definire la non presenza di qualcosa con i termini di perdita, assenza o mancanza, anche se *perdita* può essere riservato alla scomparsa fisica dell'oggetto dal campo percettivo del soggetto. Chi ha perso qualcosa ne sente la mancanza: privato della cosa ne conserva nella mente il ricordo e condensa tutto l'affetto per l'oggetto in una rappresentazione mentale che la percezione continuamente smentisce. Il dolore indica lo scarto tra queste rappresentazioni desiderate e la percezione, quindi l'esame di realtà deve essere integro insieme al processo di simbolizzazione affinché da una perdita si crei una mancanza dell'oggetto. Assenza, invece, ha nella struttura psicologica il significato di qualcosa che si allontana dalla possibilità di divenire cosciente, lasciando al suo posto un vuoto che va colmato. Lo stare di una rappresentazione nella mente è condizionato, ovviamente, alla capacità della mente di rappresentarsi l'oggetto e soprattutto di tenere questa rappresentazione separata dalla realtà esterna. Quest'ultima è il dominio dell'intersoggettività, il luogo dove il prodotto delle nostre fantasie si incontra e si scontra non con una realtà oggettivamente data ma con una realtà creata dall'esistenza dell'altro da sé. La mente è costituita, infatti, da un continuo lavoro interpretativo dell'esperienza, quindi può essere intesa come un processo relazionale in continuo divenire tra l'individuo e l'altro da sé. La rappresentazione non può sovrapporsi all'oggetto, ma può collegarsi a esso tramite un processo simbolico. Il significato ha, perciò, un'importanza nucleare nella vita delle persone e la trama dell'esperienza rischia di lacerarsi, o addirittura rompersi, se un elemento non può integrarsi nella narrazione di sé.

Il processo di trasformazione della perdita in mancanza collega l'oggetto alla sua rappresentazione, ammettendolo nell'ordine del simbolico, mentre la perdita si muta in mancanza l'affetto connesso all'oggetto può essere pensato. Può cominciare a esistere un sentimento di mancanza per l'oggetto e il soggetto può proiettarsi nella progettualità di un ricongiungimento con l'oggetto del suo desiderio. L'assenza è ciò che rimane, invece, quando la simbolizzazione non può tenere la perdita nella mente, non riesce a legarla al sentimento di una mancanza e perciò la allontana. I meccanismi primitivi intervengono a questo punto a riparare la discontinuità della narrazione, ora possibile perché l'elemento discordante è stato rigettato, al fine di permettere alla psiche di sopravvivere meglio che può.

Il sentimento di una mancanza: verbalizzazione e distanza tra sé e l'oggetto

Possiamo definire il sentimento come il pensiero cosciente di un affetto, come un *sentire nella mente*¹ qualcosa che per sua origine è avvertito nel corpo. Il meccanismo del ricordare è sicuramente in rapporto con ciò che noi chiamiamo sentimento. L'elaborazione dell'evento produce una traccia nella memoria formata da una rappresentazione ideativa, conseguente all'elaborazione degli stimoli percettivi esterni, e una rappresentazione affettiva, conseguente invece alle reazioni somatiche, perciò alla simbolizzazione affettiva dell'evento (Carli & Paniccia, 1981), che possiamo chiamare rispettivamente, nella coscienza², idea e sentimento. Il sentimento è al tempo stesso il processo di trasformazione degli affetti e il prodotto di questo. Il sentimento della mancanza non fa eccezione, se non giacché deve lavorare su affetti che hanno perduto l'oggetto da cui erano stati generati e verso cui sono diretti. In risposta all'assenza il simbolo sorge come sostituto che connette l'affetto al suo oggetto, coprendo con le parole la distanza che li separa. Il linguaggio si trova, quindi, a sancire contemporaneamente distanza e intimità dall'oggetto. L'intimità si manifesta nel potere magico della parola che può richiamare l'altro assente, ma manifesterà la sua reale impotenza poiché tramite essa il

¹ Cfr. su questo punto l'etimologia del termine *sentimento*.

² Occorre qui precisare che la distinzione tra idea e sentimento, tra rappresentazione e affetto, appartiene alla coscienza, mentre nell'inconscio vi è solo una totalità di entrambi. L'utilizzo che noi facciamo del termine "rappresentazione di cosa" (Freud, 1915) serve a indicare questa totalità.

soggetto prenderà ben presto consapevolezza della limitatezza del suo desiderio (Green, 1974). Ciò che rimarrà all'individuo sarà un simbolo che gli permetterà di *pensare* l'oggetto e spostare l'affetto su di un rappresentante. Il linguaggio fissa la distanza dall'oggetto del desiderio come requisito essenziale alla pensabilità dell'oggetto stesso, alla possibilità di tenerlo presente nella mente (Green, 1974). Ciò implica che non tutto ciò che vi è nel rapporto tra individui possa essere trasposto in parole e, anzi, che proprio la natura della distanza generi un'area d'incertezza tipica nei rapporti oggettuali. D'altro canto, possiamo ritrovare nella letteratura la descrizione di una particolare modalità di attualizzare la presenza dell'oggetto assente, cronologicamente e geneticamente anteriore allo sviluppo della capacità di creare simboli, quindi del pensiero stesso. L'imitazione, così come teorizzata da Gaddini (1969), permette al soggetto di esperire nuovamente la presenza dell'oggetto riattualizzando nel proprio corpo le sensazioni che quest'ultimo procura. Stiamo pensando ovviamente alla diade madre-bambino nel primo semestre dopo la nascita, in cui le percezioni del mondo non sono ancora separate dalle propriocezioni del corpo; tramite queste, infatti, il soggetto "realizza un'identità magica con l'oggetto" (Gaddini, 1969), che non è quindi percepito attraverso il corpo ma è sentito nel corpo come se fosse il corpo. Questo modello di "imitare per essere" è il prototipo dell'attività simbolica che sorgerà in seguito. Al tempo stesso pone le basi per quella che chiamiamo *esperienza di sé*, che Gaddini definisce nel periodo dell'imitazione come "l'esperienza continua di un sé creato da sé" (Gaddini, 1984b); un'eventuale mancanza equivale a una mancanza di sé. Tramite l'imitazione il soggetto sopperisce alla perdita dell'oggetto riproducendo la sua presenza secondo il modello "imitare per percepire" tipico della fase "psicosensoriale" (Gaddini, 1974), quindi non ancora attraverso l'elaborazione della mancanza.

Perché è necessario un garante della mancanza? Tra onnipotenza e desiderio

L'esperienza di un sé creato da sé è senza dubbio di tipo onnipotente. Vivendo il mondo esterno non mediante percezioni ma propriocezioni, per l'infante non esiste una netta distinzione tra me e non-me; non vi è cognizione della separazione tra soggetto e oggetto e, quindi, non esiste il simbolo. In seguito, la madre introduce delle graduali frustrazioni in questo stato di simbiosi iniziale, rendendosi visibile come oggetto e perciò desiderabile.

Le "fantasie nel corpo", come le definisce Gaddini (1969), saranno abbandonate in favore di una modalità più evoluta di gestire l'assenza dell'oggetto. La rappresentazione, il ricordo, il simbolo sono funzioni mentali tramite cui la psiche elabora il rapporto con l'oggetto, e sono tutte accomunate dal successo nell'acquisizione della nozione di un Sé separato e individuato. Le frustrazioni materne (Gaddini, 1984a) sono necessarie affinché il soggetto possa accedere all'esperienza del desiderare. *Desiderio* indica etimologicamente il movimento della volontà verso qualcosa che manca, verso ciò che è assente e di cui vorremmo impossessarci. Il desiderare si basa, perciò, sulla possibilità che si sia prodotto un sentimento di mancanza, un dolore che non ha altro modo di essere colmato che il ricongiungimento con l'oggetto³. Verso questa rappresentazione si muove il soggetto tutto, presentificando alla mente ciò che nella percezione non c'è, e dirigendo su di essa gli affetti riferiti all'oggetto. Quest'ultimo non è più creato onnipotentemente ma deve essere ricercato all'esterno e acquista il potere di rendersi indisponibile, l'onnipotenza si sposta dal soggetto all'Altro da cui ora dipende la sopravvivenza stessa del Sé (Gaddini, 1975). Ciò implica che la frustrazione può essere tollerata poiché la speranza che l'oggetto ricompaia è insita nella stessa natura del desiderare. Quella che Winnicott (1951) ha chiamato "area transizionale" può essere considerata come lo spazio in cui il soggetto può fare gradualmente esperienza del reale, senza che la perdita di onnipotenza sia definitiva

³ Stiamo usando il termine *desiderio* per indicare la transizione del soggetto verso un registro di tipo simbolico, cioè la possibilità che l'oggetto non scompaia dall'esperienza dell'individuo appena non è più percepito. Il desiderare, perciò, offre l'opportunità di muoversi verso l'oggetto anche quando è assente tramite la creazione di un rapporto simbolico nella mente. Da ciò si sviluppa il sentimento di mancanza che consideriamo così importante per la psiche ed è in questo senso che il nostro uso del termine desiderio non è totalmente sovrapponibile ai concetti di desiderio conscio e inconscio, bensì assume una valenza nucleare nella struttura psichica del soggetto.

e porti a vivere la separazione come una lacerazione traumatica e soprattutto insuperabile. L'oggetto transizionale serve al bambino per ricostruire il rapporto d'identità imitativa andato perduto con la comparsa dell'oggetto esterno. Attraverso le percezioni tattili e olfattive, il bambino restaura il contatto fisico con la madre mediante un oggetto proveniente dal mondo esterno, che in virtù di questo investimento imitativo appare al bambino come creato da sé in un residuo dell'onnipotenza perduta. L'oggetto transizionale però non è né il corpo della madre né quello proprio, e quindi il rapporto d'identità imitativa non è più mantenuto come prima ma rappresentato in forma simbolica. L'assenza può lasciare un vuoto incolmabile foriero di patologia, ma nel migliore dei casi lascia dietro di sé uno spazio in cui il soggetto può cominciare a esistere come separato. Il concetto di mancanza può anche essere letto come quello spazio che la madre concede al suo bambino nel ritornare dalla fusione con lui al mondo dell'oggetto (padre). In questo senso, il soggetto ha ora a disposizione uno spazio da riempire con il proprio *Sé in relazione con l'oggetto*, uno spazio transizionale in cui sviluppare quella distanza dagli oggetti che prelude alla nascita del simbolo. L'individuo comincerà a mettersi in relazione con questi simboli da un lato come sue creazioni, residuo dell'onnipotenza psicosensoriale e quindi parti di sé, dall'altro come oggetti reali, dai quali la separazione è sancita e senza di cui i simboli non potrebbero esistere.

Quello che noi proponiamo di chiamare *il garante della mancanza* indica la necessità che s'instauri e si mantenga questo processo di trasformazione dell'assenza, il cui deficit si traduce, secondo noi, in un difetto nel rapporto tra simbolo e oggetto. Se all'inizio della vita il garante della mancanza è chi assolve una funzione materna, in seguito è il soggetto stesso nel rapporto con l'altro da sé che mantiene in vita questo garante. Il garante della mancanza può essere letto come un altro modo d'intendere l'esame di realtà, con la differenza che è incarnato da un'altra persona esterna al soggetto.

Tra negazione dell'altro e progetto: la fantasia di possesso

Fino a ora ci siamo soffermati a definire il concetto di fusione tra soggetto e oggetto, specificando come sia esperita tramite l'illusione di onnipotenza, in cosa consista e quale ruolo abbia nell'acquisizione del simbolo. Abbiamo riportato il concetto di "fantasie nel corpo", in cui la questione è di evitare al tempo stesso sia l'angoscia dell'assenza dell'Altro/Sé⁴ che il dolore della mancanza, essendo l'una intollerabile e l'altro non raggiungibile. La *relazione perfetta* diventa allora quella che non è mai soggetta a oscillazioni, dove il bisogno è sempre soddisfatto e non è necessario uno sforzo d'investimento libidico per raggiungere l'oggetto nella rappresentazione per soddisfarsi parzialmente⁵. Il desiderio, invece, porta con sé la consapevolezza tragica che la madre non sarà sempre lì, che la relazione con quest'oggetto necessario non sarà priva d'increspature e imprevedibilità. Nell'esperienza di fusionalità tutto ciò è fuori questione, poiché desiderare qualcosa significa provare quello stato di tensione insoddisfatta che ci fa sentire vuoti e manchevoli; ma che può in altre condizioni farci sentire persi e assenti a noi stessi, privi dell'unico riferimento che abbiamo. Senza desiderio non può esserci soggettività, poiché il desiderio è sempre desiderio di un altro da sé, di un altro soggetto che noi desideriamo in quanto noi stessi soggetti. L'insoddisfazione del desiderio, o la sua soddisfazione sempre parziale e mai totale, è il limite stesso che contiene e preserva la nostra e l'altrui esistenza come soggettività, in relazione, certo, ma sempre come soggetti e non come un tutto unico e omogeneizzante.

L'erotizzazione del tempo dell'attesa, il piacere di desiderare l'oggetto che lo rende tanto più appetibile, è un meccanismo di difesa contro queste sensazioni spiacevoli che investe le capacità immaginative e rende piacevole il pensiero in sé. Possiamo vedere, allora, una naturale evoluzione delle fantasie di fusione con l'oggetto in quelle di possesso. Nel discorso di Gaddini (1974), la

⁴ Poiché l'assenza dell'Altro corrisponde all'essere in balia di angosce impensabili di annichilimento (Winnicott, 1962).

⁵ Vi è una profonda differenza tra bisogno e pulsione nelle teorie di Gaddini e Winnicott, per i quali è nella frustrazione del bisogno fisiologico che s'instaura la necessità dell'investimento pulsionale. Quest'ultimo risulta, però, sempre un soddisfacimento parziale poiché presuppone un oggetto esterno e non più un'esperienza di fusione totalizzante.

modalità psicosensoriale cede il passo a quella psicoorale che segue il modello della funzione introiettiva, realizzando un legame attraverso la fantasia fusionale d'incorporazione dell'oggetto, che comporta necessariamente il riconoscimento dell'oggetto come esterno al Sé. La fantasia di possesso, quindi, si colloca in una dinamica tra il desiderio d'introyettare l'oggetto e la consapevolezza della propria impotenza, poiché l'Altro è la sede dell'onnipotenza in quanto ha il potere di rendersi assente a suo piacimento. Il riconoscere l'altro come estraneo nel senso dell'amico non noto, e non del persecutore, implica la capacità di essere solo, di percepire l'esclusione e in ultima istanza di tollerare e trasformare il vuoto dell'assenza (Carli & Paniccia, 2003). La realtà, dicono Carli e Paniccia, è che non si può possedere nulla. Attraverso il possesso, l'esperienza di relazione con l'altro si esaurisce entro la dinamica emozionale; un'esperienza ricca e coinvolgente. Un'esperienza momentanea e fugace di fusione con l'altro che non abbisogna di parole o altro genere di comunicazione poiché l'alterità è negata, né il soggetto né l'oggetto esistono ma al loro posto c'è un tutto pieno e gratificante che anticipa solamente dell'imminente vuoto dovuto all'inevitabile separazione⁶. Ovviamente, la fantasia di possesso non si articola unicamente nella realizzazione di una fusione totalizzante, ma è mediata nel suo attuarsi dall'integrità del senso di Sé delle persone coinvolte, dal grado d'individuazione che hanno raggiunto nel processo di separazione, dallo sviluppo del loro senso di realtà (che ha nella separazione dall'oggetto il suo principio), dagli elementi contestuali. Possiamo individuare nell'*identificazione proiettiva* un processo fondamentale alla base della fantasia di possesso. M. Klein (1946) la definisce come la proiezione di parti scisse dell'Io *dentro* l'oggetto, al fine di controllarlo e prenderne possesso. Controllo e possesso dell'oggetto mediante l'immissione al suo interno di parti scisse sono finalizzati a "giungere all'esperienza dell'oggetto come parte di sé" (Ogden, 1994b). Vediamo come, già nella sua definizione iniziale, l'identificazione proiettiva sia al servizio della fantasia con lo scopo di annullare la separazione dall'oggetto, proiettando parti di sé al suo interno, rendendolo il depositario di aspetti sgraditi o che necessitano un luogo sicuro che li protegga da fantasie distruttive. Lì dove dovrebbe esserci un progetto fondato sul desiderio dell'altro (Green, 1971), vi è un bisogno di controllare questo altro e di possederlo, al fine di possedere, tramite lui, ciò che nella nostra mente rimane impensato. Invece di riappropriarci di ciò che abbiamo proiettato nell'altro, ci appropriamo di questi affinché si faccia detentore di queste parti scisse e le conservi come se svolgesse una funzione di *mens auxiliaria*. In questo processo, però, l'alterità dell'altro, il suo essere *oggetto diverso da sé*, è negata in favore di un processo d'identificazione e fusione con l'oggetto, dove ritorna, a nostro avviso, lo spettro della fusione originaria tra madre e bambino. L'altro è costretto in questo gioco, al quale partecipa tramite le proprie identificazioni proiettive, e se non può elaborare queste parti scisse, perché magari non ha deputato a tal fine uno spazio dentro di sé, è costretto a contro-agirle nella relazione col soggetto. Il gioco psicologico invade i partecipanti e li *co-stringe* in sé a ripetere all'infinito un fantasma. L'altro lascia al suo posto una mancanza, che lo rende oggetto di desiderio del soggetto, ma ciò riesce ad abbracciare solo in parte la sua indipendente (dal soggetto) individualità; in questo senso, se il *sentimento di mancanza* non è riuscito a svilupparsi adeguatamente, l'assenza che rimane è anche l'assenza dell'altro in quanto altro soggetto che può esercitare il suo proprio desiderio. L'identificazione proiettiva, in questo caso, riempie quest'assenza con le fantasie del soggetto, negando l'altro, negandone la separatezza e relegandolo ad agire una modalità relazionale in cui egli stesso proietterà i suoi fantasmi, contribuendo a co-costruirla. La complicità del *ricevente* dell'identificazione proiettiva sta nella "negazione di sé quale soggetto separato, creando così uno "spazio psicologico" in sé stesso perché sia occupato (fatto proprio) dal proiettante (nella fantasia inconscia)" (Ogden, 1994a).

Green (1971) ci fa notare, però, che il momento dell'identificazione proiettiva ha anche una valenza conoscitiva dell'altro, poiché oggetto del nostro desiderio. Sebbene l'altro esista al di là del nostro desiderio che non basterà mai a definirlo, la proiezione non può essere del tutto rifiutata poiché, come afferma Green, è costruita a partire dal nostro inconscio, ha il proprio garante veridico al livello dell'inconscio dell'altro. L'altro esiste, non posso ignorarne l'esistenza, ma non posso conoscerlo che attraverso me stesso. (Green, 1971); posso cioè giungere a una conoscenza dell'altro se riesco ad avvicinarmi al desiderio che l'altro ha verso di me. Sia nell'ipotesi che l'altro abbia lo stesso desiderio

⁶ Tal esperienza di fusione è, per l'appunto, illusoria e teorica, non potendosi concretizzare realmente senza causare l'annichilimento degli stessi individui coinvolti.

verso di me, sia che ne abbia uno diverso, giungerò a conoscerlo e a conoscermi nella similarità o nella differenza tra i nostri desideri. In questo senso, l'identificazione proiettiva assume la valenza di una progettualità desiderante verso l'altro, piuttosto che di una modalità di possederlo e riesperire la fusionalità originaria.

Il terzo potenziale e il terzo soggiogante

I partecipanti di una relazione, compiendo un movimento verso il reciproco possesso, si rendono entrambi partecipi della creazione di una nuova soggettività che non è né l'uno né l'altro, ma anzi un "terzo soggiogante" (Ogden, 1994a) che si pone, a nostro avviso, al posto del terzo come prodotto dello scambio produttivo tra due estraneità (Carli & Paniccia, 2003)⁷. Il terzo soggiogante si genera dalla fusione di due soggettività entrambe neganti la separatezza. Ogden parla di "soggetti mutualmente neganti, creati e perseveranti", per indicare come entrambi neghino la soggettività dell'altro evacuando parti di sé nello spazio di cui l'altro ha concesso il possesso. Facendosi entrambi soggiogare da queste fantasie, entrambi creano il terzo tramite la fusione (in fantasia) delle loro soggettività e l'oggettivazione degli aspetti ripudiati di sé. Il terzo soggiogante è il soggetto dell'identificazione proiettiva creato a partire dalle parti scisse e proiettate. Ognuno dei contribuenti diviene qualcosa che non poteva essere senza l'altro. Si ravvisa anche l'aspetto strutturante e arricchente di questo processo che, sempre secondo Ogden, è patologico nel momento e nel grado in cui vi è un'incapacità/non-volontà dei partecipanti a riconoscere l'individualità unica e separata dell'altro e di sé stessi, liberandosi dalla sottomissione del terzo (Ogden, 1994a). Il terzo, a questo punto, è ciò che si produce nello scambio interpersonale e può avere, secondo noi, valenza soggiogante, un agire collusivo determinato da modalità inconscie e affettive, o di scambio produttivo, uno spazio dialettico di condivisione, di rottura delle certezze e di messa in discussione dei modi relazionali. In quest'ultimo caso, il prodotto è il risultato di due individualità che si sono svincolate dalla presa dell'identificazione proiettiva e possono avviare uno scambio tra estranei; che comunque trova nell'identificazione proiettiva, in virtù di quanto a ognuno rimane dell'altro, un momento di arricchimento empatico. La collusione può essere vista come la base ineliminabile delle relazioni umane, fintantoché ognuno è in grado di riappropriarsi della propria individualità arricchita dall'esperienza dell'altro e avviare uno scambio produttivo, allo scopo di fare dell'altro estraneo "l'amico non noto" (Carli & Paniccia, 2003).

L'aspetto creativo del pensiero emozionato e la funzione dello psicologo

Quando una dinamica collusiva è in atto, lo spazio per la comunicazione finalizzata a scambi produttivi è ridotta al minimo. La relazione pare essere in una fase di stagnazione in cui i partecipanti danno l'impressione di non ricercare il cambiamento, qualunque tentativo finalizzato all'evoluzione di un pensiero che cerchi di verbalizzare ciò che accade cade nel vuoto o è respinto aggressivamente. Molte volte, però, il cambiamento avviene comunque per opera di elementi della realtà che rendono *disadattiva* la simbolizzazione affettiva del contesto, la mettono in scacco rendendo evidente la

⁷ Nel primo caso, il terzo si costituisce come spazio saturo di elementi proiettivi dove la progettualità è messa in scacco e il desiderio cerca di annullare se stesso (quindi la distanza tra individui) nella fantasia di possesso e fusione. Nel secondo caso, può nascere un reciproco scambio d'informazioni poiché la relazione acquista il senso del progetto che rinuncia all'onnipotenza accettando la limitatezza insita nel proprio desiderio. Lo scambio produttivo come fattore di sviluppo si costituisce come terzo in quanto diventa indipendente dalle singole individualità, senza annullarle (come il terzo soggiogante) ma preservandole poiché *condicio sine qua non* dello stesso scambio produttivo.

limitatezza delle pretese che ognuno avanza sull'altro. Dicono Carli e Paniccia che non si può possedere nulla, né tantomeno un'altra persona, poiché la mente dell'altro è il luogo di dinamiche psicologiche che esulano dalla limitatezza del nostro volere. Le dinamiche collusive favoriscono l'illusione che gli altri siano in un sistema eliocentrico di cui il proprio sé costituisce il centro, e viceversa. Ma tutto ciò è appunto un'illusione, residuo della precoce illusione di onnipotenza (Winnicott, 1960), sempre pronta a disfarsi di fronte alle richieste della realtà. La domanda d'intervento posta allo psicologo è finalizzata a ricostruire la vecchia dinamica collusiva, ripresentando nella relazione con lui lo stesso modello di simbolizzazione affettiva che il soggetto vede sconfessato dalla realtà in cui vive.

Il "pensiero emozionato" (Carli & Paniccia, 2003) è un processo che si situa in uno spazio, quello dell'intervento psicologico, e che necessita per la sua realizzazione di una sospensione dell'agito emozionale nel *qui e ora*. Partendo dalla teoria dei fenomeni transizionali, potremmo dire che lo spazio dell'intervento psicologico è uno spazio transizionale in cui si sviluppano processi creativi che costruiscono connessioni tra la simbolizzazione affettiva e gli elementi di realtà, sfruttando come intermediari simbolici le parole. In questo modo si offre alle persone la possibilità d'istituire nuove dinamiche collusive fondate sul ripensare le proprie emozioni, le proprie fantasie, attraverso l'esperienza della solitudine e del rapporto con l'estraneo, che in questo caso è lo psicologo. Quest'ultimo, infatti, si situa in una posizione meta-riflessiva in cui sospende l'agito collusivo e cerca d'istituire uno spazio terzo al di fuori del potere soggiogante dell'identificazione proiettiva. La proposta di pensiero dello psicologo mira a rendere disponibili le condizioni affinché il cliente possa esperire la presenza dell'estraneo attraverso il sentimento di mancanza (che in quanto sentimento può essere comunicato all'altro), senza affondare nell'angoscia che i processi di riconoscimento della separatezza e d'individuazione naturalmente risvegliano. L'aspetto creativo, adeguatamente incanalato negli argini dell'esame di realtà, favorisce l'individuo nello stabilire nuove e più adattive dinamiche collusive entro i contesti in cui vive. Lo psicologo si fa garante della mancanza in un momento della vita in cui il soggetto non vi riesce, strutturando le condizioni grazie alle quali questi può rendersi cosciente di risorse del contesto che prima non riusciva a vedere. Il campo, prima saturato dalle simbolizzazioni affettive, si costruisce come area di gioco, spazio potenziale del processo simbolico e di produzione del terzo. L'assenza di un rapporto di scambio produttivo è, invece, legata alla riproposizione di fantasie nelle relazioni, le quali sono in una certa misura necessarie, ma oltre un certo punto hanno l'effetto di chiudere l'individuo nella propria autosfera. Lo psicologo interviene come garante, con la sua presenza amica ma estranea, dello sviluppo del senso di separatezza, favorendo la conoscenza delle proprie fantasie e avviando la trasformazione del vuoto dell'assenza nel sentimento di una mancanza tramite la verbalizzazione. Nella mancanza può nascere il desiderio di raggiungere un grado d'intimità e scambio emotivo molto profondo, che richiama sfumature e colorazioni delle prime esperienze di fusione e benessere, ma che al tempo stesso preserva l'individualità così faticosamente conquistata dall'angoscia di una fusionalità annichilente. Questa doppia polarità del desiderio, che al primo impatto può sembrare contraddittoria, è fondamentale all'individuo per preservare se stesso e al tempo stesso lo spinge verso l'altro, permettendo alle individualità di entrare in rapporto tra loro. Se ciò che abbiamo proposto di chiamare *sentimento di mancanza* non può diventare un organizzatore nella strutturazione della personalità, o comunque fallisce in una specifica relazione che la persona intrattiene, avremo una saturazione dello spazio terzo da parte di processi psicologici volti a difendere il soggetto dalla minaccia dell'assenza di sé. Lo spazio assume allora le caratteristiche di un essere soggiogante all'interno di un copione già stabilito dai partecipanti e qualunque siano le loro azioni, non muterà il risultato.

Lo psicologo si occupa, a nostro avviso, di mantenere lo spazio della relazione libero dagli aspetti saturanti, evidenziando le dinamiche della relazione e, tramite la verbalizzazione, trasformare non solo l'assenza in mancanza, ma anche lo spazio in pensiero. In questo modo, le persone possono recuperare le parti più creative di sé e cogliere nuove risorse e possibilità di sviluppo nelle relazioni in cui sono coinvolte, in primis quella con lo psicologo stesso. Tramite l'intervento è possibile ricostruire quel limite individuale che, sebbene possa rimanere sempre fragile, è l'unica possibilità di desiderare davvero un rapporto autentico con le altre persone. Dicendo *desiderare* ci riferiamo a tutte le possibilità che sorgono dal riconoscimento del proprio limite e dello spazio dell'altro, che solo nella mancanza e nel desiderio possono prodursi. Lo spazio diviene allora produttivo, poiché ciò che ne risulta è il prodotto di due individualità che si sono incontrate e comprese, non scontrate e confuse.

Bibliografia

- Carli, R., & Paniccia, R. M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni*. Bologna: il Mulino.
- Carli, R., & Paniccia, R. M. (2003). *Analisi della domanda*. Bologna: il Mulino.
- Freud, S. (1915). *The Unconscious*. SE 14, 161-215. Trad. It. (1976). *L'inconscio, Opere*, vol. VIII 1915-1917 (pp. 49-88). Torino: Boringhieri.
- Gaddini, E. (1969). Sulla imitazione. In E. Gaddini (1989), *Scritti 1953-1985* (pp. 159-189). Milano: Cortina.
- Gaddini, E. (1974). Formazione del padre e scena primaria. In E. Gaddini (1989), *Scritti 1953-1985* (pp. 326-350). Milano: Cortina.
- Gaddini, E. (1975). La formazione del padre nel primo sviluppo infantile. In E. Gaddini (1989), *Scritti 1953-1985* (pp. 362-369). Milano: Cortina.
- Gaddini, E. (1984a). La frustrazione come fattore della crescita normale e patologica. In E. Gaddini (1989), *Scritti 1953-1985* (pp. 603-617). Milano: Cortina.
- Gaddini, E. (1984b). L'attività presimbolica della mente infantile. In E. Gaddini (1989), *Scritti 1953-1985* (pp. 618-632). Milano: Cortina.
- Green, A. (1971). La proiezione: dall'identificazione proiettiva al progetto. In A. Green (1996), *Psicoanalisi degli stati limite* (pp. 169-192). Milano: Raffaello Cortina.
- Green, A. (1974). L'analista, la simbolizzazione e l'assenza nel setting analitico. In A. Green (1996), *Psicoanalisi degli stati limite* (pp. 57-88). Milano: Raffaello.
- Klein, M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. In M. Klein (1978), *Scritti 1921-1958* (pp. 409-434). Torino: Bollati Boringhieri.
- Ogden, T. H. (1994a). L'identificazione proiettiva ed il terzo soggiogante. In T. H. Ogden (1999), *Soggetti dell'analisi* (pp. 71-76). Milano: Elsevier.
- Ogden, T. H. (1994b). Verso un concetto intersoggettivo del soggetto: il contributo kleiniano. In T. H. Ogden (1999), *Soggetti dell'analisi* (pp. 25-34). Milano: Elsevier.
- Winnicott, D. W. (1951). Oggetti transizionali e fenomeni transizionali. In A. Nunziante Cesaro & V. Boursier (Eds.). (2004), *D. W. Winnicott. Psicoanalisi dello sviluppo: Brani scelti* (pp. 59-83). Roma: Armando.
- Winnicott, D. W. (1960). La teoria del rapporto infante-genitore. In A. Nunziante Cesaro & V. Boursier (Eds.). (2004), *D. W. Winnicott. Psicoanalisi dello sviluppo: Brani scelti* (pp. 201-219). Roma: Armando.
- Winnicott, D. W. (1962). L'integrazione dell'Io nello sviluppo del bambino. In A. Nunziante Cesaro, & V. Boursier (Eds.). (2004), *D. W. Winnicott. Psicoanalisi dello sviluppo: Brani scelti* (pp. 183-190). Roma: Armando.

For a clinical psychology as an expression of scientific sense: from the hybridization of knowledge with the medical method to its placement within a precise and rigorous operative method.

*Gian Piero Turchi**, *Michele Romanelli***

Abstract

This contribution aims at outlining a *strictu sensu* operative psychological model. Whereas in medical field rigorous and precise correspondence between operative praxis and epistemic foundations of anatomical-functional item (research object of medical model) enables operative medical model to ground on scientific sense, this issue is still open and unresolved in psychological field. For instance, medical model distinguishes diagnostic praxis in two different typologies: *certain aetiology diagnosis* and *uncertain aetiology diagnosis*. The latter typology in particular enters into the merits of clinical case and it previously qualifies as syndromic some descriptive elements referred to the part or to the function of the anatomical-functional item involved. For instance: Human Immunodeficiency Virus Infection Acquired Syndrome. Transposing this reasoning in psychological field entails running up against some cognitive holes that had and still have strong implications on Psychology action. In this field, it cannot be found any cause - as the research object has epistemic foundations of theoretical construct - and each and every clinical case should be firstly connected to an *uncertain aetiology diagnosis*. Secondly a diagnostic label could not be adopted but at most a description of a syndromic featured clinical case. Therefore, being a spuriously adopted praxis aimed at recovery - as medical model aims at - and grounded on cognitive notion of cause, it is scientifically wrongful *ergo* it is inapplicable in *psycho-logos* field. Therefore, according to the article arguments, the framework of interactionist paradigms make available the observation that - discursive and shaped in interaction - reality on which *psycho-logos* model deals with is uncertain, constantly changeable and that can be changed at every moment whatever it could be. The assumptions above described ground the definition of an operative model dealing with logos, therefore on *ways* of shaping reality. The criteria can be no longer referred to etiopathogenesis and, consequently, the objective of operative model is not recovery but rather change of discursive configuration.

Keywords: Medical Model; epistemological refection; interactionist paradigms; *psycho-logos* model.

*Professor of Clinical Psychology and Health Psychology at the University of Padua. E-mail: gianpiero.turchi@unipd.it

**Clinical Psychologist and expert on the subject of Clinical Psychology. E-mail: romanelli.michele@gmail.com

Incipit

Clinical psychology is still struggling with those issues it has faced since its origins: the definition of the object of the discipline, theoretical fragmentation, its effect on the (absence) of a shared method among the operators, the definition of an area of intervention and, last but not least, the difference it can make within the Community, namely the operative contribution to those “who ask for help” (whether individuals or institutions). This situation has contributed to loss of credibility of the discipline, therefore the debate about/on these issues – which is fundamental for the survival of the discipline itself – is still open and unresolved. This paper is based on the idea that clinical psychology has not yet moved out of the “shadow of the giant”, that is, the medical and psychiatric environment in which it originated and developed.

However it is important, now more than ever – when the hybridizations between the medical model and other models used in clinical psychology are increasingly pervasive –, that the technical and procedural (not scientific and epistemological) proposal is taken into serious consideration to finally allow clinical psychology to be assimilated into the health-care field.

Thus, what other sciences (like chemistry and quantum physics) have done, namely start their own knowledge systems from a rigorous epistemic analysis, has yet to take place in psychology. Instead, in this particular historical time (in the light of significant institutional changes brought about by recent legislation), an epistemic analysis in terms of scientific and circumstantial contributions is of great value. Indeed, if carried out correctly, it would be strategic to make clinical psychology independent, and to finally set it free from other knowledge and operative fields.

Therefore in this contribution we intend to highlight the remaining “gaps” in clinical psychology (to use the rhetorical strength of a metaphor) in terms of knowledge. We will try to outline a proposal to “bridge” those “gaps”.

When speaking nowadays of (clinical) psychology, those who operate within this discipline must bear in mind that what is required of them has changed, and will continue to change, during the uncertain progress of a community as its organization is subject to continuous and constant transformations both of a social and cultural nature (Molinari & Labella, 2007; Carli & Paniccia, 2011).

in order to question what (clinical) psychology has produced internally in terms of scientific criteria and dictates, it is necessary to promote a change within the discipline itself; a change that can answer the “new challenges” this discipline has to face, so that it will not be “assimilated” (once and for all, we believe) by other methodological and operative fields.

Towards a scientific foundation of clinical psychology

In order to produce a rigorous proposal to deal with those issues which as already mentioned have yet to be resolved and are essential for the survival of clinical psychology, we must begin with a study of knowledge and the ways in which knowledge is achieved. Taking chemistry as a comparison, we can observe how the rigor used to define the knowledge system of this science has guaranteed, and still guarantees, the product. Therefore the pragmatic effect of this rigour makes the discipline independent from other knowledge systems, and (at the same time) it is also recognised by the community, which for example finds chemistry useful to manage the needs of the people (metaphorically speaking: useful to those who “ask for help”).

We must necessarily take as our starting point an analysis of the foundations of knowledge and therefore of the epistemic status of the object of study and, consequently, of the cognitive process we use to study it, coherently with the epistemic status of the object itself. (Marhaba, 1976). All at the risk of reducing the matter to discourses that, based on common sense, are the result of mere statements and cannot interfere with the process of hybridisation of clinical psychology with the medical model.

Any discussion of clinical psychology necessarily implies a discussion of science. Discussing science implies dealing with the method that science uses to operate and offer answers. But let us proceed in an orderly fashion.

The first issue, which has already emerged and deviates from later argumentation, is the distinction between the two ways of knowing which the human species has developed over the course of history: scientific sense and common sense (Turchi & Della Torre, 2007). Both are ways of building

knowledge but, for *knowledge*, they use different assumptions and prerequisites, always based on the use of language (which is why we talk about the construction of sense).

In fact, common sense does not need to explain which assumptions of knowledge it uses – hence, its way of knowing coincides with the image of reality “provided” by touch, taste, smell, sight and hearing (though not by these alone). Scientific sense, on the other hand, has an obligation to produce a knowledge that goes beyond that linked to that image (namely that bound to perception, but once again, not exclusively this). In other words, it is necessary to clarify the cognitive presuppositions (or assumptions) used and upon which it bases its contribution.

Following the difference between these two ways of knowing, exposes the the fallacy of the distinctions between exact sciences and other sciences (which are perhaps inexact?), natural sciences and spiritual sciences, quantitative data and qualitative data (to mention some of the semantic antinomies that have been used over time). What is left are the two ways of knowing: the first (in order of phylogenetic appearance) related to common sense and linked to perceptions (“*I perceive the motion of the sun and the stillness of the earth*”) and the second, characteristic of science and observation, based on the knowledge-assumption that it fields (“*I observe the stillness of the sun and the motion of the earth*”).

The word “science” traces its meaning to the etymology of the Greek word *gnosis* (that is the *knowing-process*), because it expresses the dynamic nature of science in an appropriate way, more than in the etymology of the Latin word *scio* (that is the *knowing-status*). Therefore, “knowing what depression is” represents a proposition that expresses the possession of a certain *knowing-status* which can be assigned to a psychopathological construction (that can also have nosological evidence for certain psychiatrists). Consequently, the previous proposition does not imply a *knowing-process* which translates into theoretical and operational effects, which on the one hand might involve a precise organization of observative data (indeed the psychiatric manuals call their own discipline non-theoretical) and on the other make it possible to reach a *knowing-status* about a psychopathological construction (such as the depression mentioned above). As a matter of fact, a *knowing-status* refers to a static event that is related to a content that cannot be further investigated or described. A *knowing-status* rules out any other possibility. On the contrary, the *process* of “*knowing the depressive syndrome*” outlines the object of science in terms of movement, a path, a process, because it implies further examination of those observational data that provide a description of the so-called “depression”, thus it is about pursuing a *knowing-process* (and not achieving a *knowing-status*). This is how the knowledge of a particular element used as a research object (“depression”) entails having a track, a path, that – only in its later outcomes – generates a *knowing-status* which, in turn, cannot be present at the beginning of this process of knowledge; if not, we remain on a merely lexical level (we keep clinging to the word “depression” without referring to a scientifically-based theory “about depression”). Thus, only after accomplishing a *knowing-process*, its result can eventually become the object of a *knowing-status*. This remark represents the starting point that will be borne in mind to talk about (clinical) psychology – within the psychological field.

Hence it is necessary, primarily, to proceed with a purely epistemic consideration (about the foundation of knowledge) that places psychology within a framework which focuses on the ways in which objects of study are generated as objects of the knowing-process itself (Salvini, 1998). Thus the dividing line between scientific sense and common sense does not concern the specific contents of the discipline, but the organization of these in a set of theories and concepts, firmly based on the definition of the research object and intrinsically rigorous in the adoption of a coherent method.

Science, as a *gnosis*, has historically focused on different portions of “reality”, investigating them with different ways of knowing linked to different research objects. Nowadays the human Community has a wide range of different sciences which, despite their different knowledge systems, maintain their affiliation to a scientific dimension. The words used to name these different knowledge systems, thanks to an epistemic analysis, recall the dual property of science: they are composed of two parts, each with its own specific function. The second part, that is the suffix, indicates the way of knowing used by the science at hand, meaning the knowledge prerequisite that starts the knowing-process, and can be *-logos*, *-ica* or *-nomos*. The first part of the word, that is the prefix, indicates the study (or research) object of the discipline: for example “life” for bio-logy, “society” for socio-logy, “stars” for astro-nomy and “substances” for chem-istry.

Therefore, scientific sense is represented by a set of epistemic differences: research objects and tools

used to build the knowing system are different. Thus, the ways in which a knowing-process is triggered, and consequently from which a knowing-status (declined in operative models) is generated, are different (see below and see Salvini and Galieni, 2002). Consequently science is “a way” of knowing and not “the way” of knowing (which would become true and unquestionable, aimed to the verification of the “real” presupposition, as it is unique and determined once and for all).

To continue, we need to highlight that the ways of knowing used by science (*-logos, -nomos and -ica*), are constructed by means of the use of a language: as a matter of fact, it is only through language that science builds the structure of its assertions, determines the principles that it fields regarding the object that it investigates, explains the theories and the research methods that it uses. Throughout human history, our species has provided two types of language, both of which are used to produce the assertions of scientific sense: the first is called ordinary (used by the community of speakers) and the second is called formal and is used by some sciences (meaning those sciences that use *-nomos* and *-ica* knowledge systems), which differently from ordinary language use internal rigour and formalism (Turchi & Dalla Torre, 2007).

Moreover, the first part of the term used to name a certain discipline, can track three different types of study objects. The first type regards the objects of knowledge referring to entities with a factual and empirical epistemic status. We are talking about study objects which can be detected empirically (through the senses), that are part of “the world of concrete objects” and, therefore, that find correspondence on a perceptive level, to which it’s possible to refer with an indication, a denotative gesture, that recalls something belonging a “physical world” (perceptible with senses, as we have already said). Such as the anatomical-functional unit (commonly known as “body”): the object of study and intervention of the medical model. The peculiarity of this type of research object is that they are directly detectable and measurable (some, and not all, through appropriate measurement theories), and can be translated on a formal language level, in which these entities are related one another through the notion of cause.

The second type comprises study objects that respond to the same epistemic status, but do not have an empirical and factual basis but rather a theoretical one (so much so, we should call them “theoretical units”, or the product of epistemology). Indeed, we are talking about study objects that are the result of a categorical abstraction that does not have a correspondence on a perceptive level. This is the case of chemistry’s (theoretical) unit, the “atom”. The peculiarity of this type is that the theoretical unit exists (only) because of the use of specific formalism (the use of a formal language), through which the theoretical entities (the theoretical units) are related to one another through the notion of interaction.

On the basis of the epistemic status that has been outlined, the two types of study object create the possibility of having a knowledge-status that is usable by the Community (therefore, that can change the ways that common sense uses to speak, providing contents that would not have been possible/usable/available); thus the epistemic status of these products of knowledge is strongly pervasive within common sense.

The third type regards research objects that have the epistemic status of “theoretical constructions”.

We are talking about research objects that, as regards the theoretical entity (theoretical unit), do not have any empirical (perceptive) correspondence. It refers to fields in which it is impossible to refer to terms that correspond to objects of the “physical world” (perceptible, as we said). We are talking about abstract constructions (categorical constructions) that are generated in the use of ordinary language. The peculiarity of this type is the fact that research objects do not “exist on their own” – as opposed to both empirical factual entities, linked to perception, and theoretical units generated within the formalism of the language they refer to – but are entirely built in the knowing categories used in ordinary language; to put it better, it is strictly connected to the use of ordinary language (*logos*), without which the construction would not be generated (defined, as we said, as a theoretical construction). The only possible relationship between theoretical constructions refers to the notion of interaction, such as theoretical units (not the cause one) (Salvini, 1998). Considering the described epistemic status, after the product/birth of knowledge, this type of study object does not translate into a knowledge-status that can be used by the Community and so the possibility/usability/availability of theoretical constructions in the change of common sense’s statements is poor. We are talking about a very critical passage which the two study objects illustrated before do not have to face; in fact belonging to *logos*, ordinary language, the proposed contents – theoretical construct - are easily confused with and within the vocabulary used in statements of common sense; therefore, they are

poorly pervasive towards common sense, but pervasive enough to allow for two different possibilities, two distinct scenarios (even if they probably interact). The first case scenario, but not first in chronological order, means that these contents (theoretical construct), are so “close” to the vocabulary of common sense that they are completely absorbed by the idiom of ordinary language and, therefore, do not assume any pervasive power over the first. The second case scenario, but not second in chronological order, means that theoretical constructs are absorbed by one of the two previous types of research object (in particular by the first, that is the one that has a connection, a link, is anchored to perception). Given its phylogenesis, the true “risk” of (clinical) psychology, as we will see in the next paragraph, is to remain/be constantly absorbed/unsolved to knowledge coming from an “-ic” suffix and therefore, in operational terms, to/from the health care system, that is the medical/psychiatric field.

Psycho-logos (ψυχὴ - λόγος) klinikòs (ψλινιψα): etymology and phylogenesis of terms. For a placement of the discipline within the hive of scientific sense (science).

Reference to the etymology and the epistemological analysis offered above leads one to observe how the term used to name the discipline (clinical psycho-logy) is composed of a first part that makes reference to the object of research (psycho-) and of a second part that indicates the knowledge system that can be used to generate the research object itself (-logos). An investigation on the one hand of the research object and on the other of the knowledge system that a science can use allows us to investigate where its foundation lies; hence, in this case, if the discipline is affiliated within *-logos* in the scientific sense, this entails that the knowledge system refers to the use of ordinary language and that its research object is a theoretical construct. Indeed, the term “psycho”, does not respond to the epistemic status of an empirical and factual entity because it cannot be empirically detected (through the senses) and so it does not belong to what has been called above “the world of concrete objects” and consequently it does not find correspondence on a perceptive level. At the same time, “psycho” is not referable to the epistemic status of a theoretical entity (theoretical unit), because on the one hand it is not outlined by the use of a formal language and on the other it exists apart from the use of the formal language itself. Therefore, since the research object “psycho” is linked to an abstract construct generated by the use of ordinary language and does not correspond to an empirical and perceptive level, it is coherent with the epistemic status of a “theoretical construct”. Thus, without the use of ordinary language, the object of knowledge cannot be researched, cannot be investigated: this means that, without the use of logos, it is not possible to know psyche. Here is how, referring to the foundation of science as a *gnosis* (and not as a *scio*), we cannot “achieve a knowing-status” about psyche but, nevertheless, “we can pursue a knowing-process” about it, and, starting from the knowing-process itself, it is possible to advance operative proposals to answer what are known as distress calls (which, moreover, are formulated in logos), in the psycho-logos field. Hence, we are talking about a research object that has the peculiarity of being the product of discursive productions, culturally characterized and historically situated. Here is how, if on the one hand research objects that belong to the epistemic status of (factual or theoretical) entities necessarily have to be based on the adoption of a formalism, constructs necessarily refer to ordinary language’s discursive productions that generate them. In the first case, objects of study do not change because they are only built on the specific use of a formalism. In the second case, objects change every time they are built (used) in discursive productions. Therefore the term “psycho” (read psyche), for example, can mean “mind”, “behaviour” or “cognitive processes” or something else, according to the particular theoretical or rhetorical construct (founded on ordinary language use, namely the use of logos) that is used to know it. Moreover, building the object of knowledge “psyche”, while proceeding to know nothing about it, does not guarantee a unique and sharable operative model because the construct gains value on the basis of the theoretical reference used (to generate it). This further aspect of the epistemic status of the “psyche” construct, has entailed that, in operative terms, two different structures can be (could be) outlined: a) every theoretical reference can produce (has produced) its own application model (and not its operative model) (see the proliferation of application models in the field of psychotherapy, for example); b) using the medical model as a reference (see below) to have an “operative knowing-status” derived from another epistemic status (the first type of study object described in the

paragraph). However this entails the complete distortion of the value of a construct and the blend (or the total fusion, as described before) of the knowledge specificity.

Now, in order to connote the specificity of the term *psycho-logos*, combined with the word “clinical” (which etymologically means “that is done next to the bed”, dictated by “the practical medical observation”), used within the discipline, consider the phylogenetic elements that recount the genesis of the discipline itself. Therefore, the recourse – of the argumentation - is to a brief and general historical excursus about the birth of (clinical) psychology (Turchi & Perno, 2004).

The historical moment in which (clinical) psychology was born is the 17th and 18th century, a period during which the operational medical model revealed its operational power, “winning” the challenge for efficacy on the body against the operational shamanic model (in use until then). As a matter of fact, the medical model began to “win” a duel that was historical as well as methodological and operational. This historical period saw the rise of the first places, locations, buildings, in which bodies were taken away from the places they lived in, taken in and “put away”: the first hospitals were built (in Greek *νοσο*, which means “illness” and *ψομιο* that means “cure”; i.e. “*where ill people are gathered and cured*”). Indeed, around the middle of the 18th century, in the United States and in Europe large buildings were built to ensure the confinement of the anatomical and functional units (“the body”, as we said). Those who we today call “doctors” offered a clinical and operational contribution to what for the first time in history was seen – and at the same time observed – as a “body”; a body that had its own organization (differently from what was believed within the shamanic model, namely the every physical part of an individual is related to something else, for example something external to it, that could be spiritual or earthly, that influences and/or conditions it; see Atkinson & Hilgard, 2011). It was to make the knowing-status of body knowledge more effective that people were taken away from their social environment and placed in these buildings (not detention centres for violation of the law). This change in the way in which people's bodies were managed arose, in phylogenetic terms, from a precise and anything but chance watershed that arose in response to major scourges such as epidemics which threatened the Community. In fact, until then, people had been treated in their homes but because of the great scourges like the plague that struck humanity between 1500 and 1600, the medical model – which was becoming more clearly outlined and more precisely defined scientifically by the day – considered what was needed to enhance its own therapeutic efficacy through intervention other than that in the home. This is how direct empirical observation (perception), performed in appropriate locations (which were built to meet operational requirements rather than requirements of hospitality), provided the medical model with the chance to assert that infection was reduced by the isolation of those afflicted by the scourge in facilities such as hospitals. The process of knowledge generated a knowing-state that did not exist within the shamanic model, whereby doctors operate in order to reduce the uncertainty of medical cases during major epidemics (which apart from the Plague, was also typical during epidemics such as leprosy and cholera). History tells us that the last major epidemic of the Plague was celebrated with the construction of La Salute, the church dedicated to the Virgin of Health in Venice where, in 1630, more than half a century after the dreadful pestilence of 1575-77, the disease had once again struck the city of Venice. The governor of the city, the Doge, made a solemn oath to build a church called Salute, meaning Health, in order to beg the intercession of the Virgin Mary to end the pestilence. This marked a major turning point and the birth of hospitals.

The creation of hospitals, beyond having a certain historical relevance, is also important for scientific knowledge. Indeed, what happened was that doctors also started “putting away” those who had not contracted any contagious disease, meaning even cases that did not have an organic pathology. So, hospitals were also used for those that, for example, did not behave as the social custom of the time required. Therefore, medical intervention was performed, expressed despite the lack of knowledge, on the base of a knowing-status coming from another knowing-process (that concerning the body): it literally authorized itself to restrain and, equally importantly, operate on the patient, because it was useful to satisfy specific demands of the Community.

It was Pinel (Jonquières, April 20, 1745 – Paris, October 25, 1826), doctor and manager of the *Hopital de Paris*, who wondered how to justify hospitalization and the use of a range of interventions coming from the knowing-process of the body in those cases in which it was impossible to find – for the knowledge of the time – an organic illness. He also wondered to what knowing-process to refer these

justifications, since that which was available at the time considered only what was (is) anatomically perceptible, such as the functionalities of the components of the body of a patient. Since he could not find the organic (that is, anatomical and functional) foundation regarding the knowledge he had available, Pinel reached an accomplishment that, to this day, seems fundamental for the fate of (clinical) psychology: he changed the word (from the vocabulary) *psyche*, that up to that moment had been used only within philosophic treatises and historical-poetic literature, and inserted it in the medical/sanitary operations (thus, he used a term that up until then belonged to a lexical level). In the presence of an organic platform (that was becoming every day more precise), he hypothesised the existence of a psychic platform (that is purely hypothetical), **as if** it had clearly perceptible characteristics. What he did, completely unfounded in knowledge terms, becomes possible thanks to the knowing-status deriving from the knowing-process on the body (see above). Thus, Pinel defined the first typically psychological construct, released from an organic platform (and so denotative because perceptible through the senses): *le continent psychique* (Turchi & Maiuro, 2007). This is the historical moment in which (clinical) psychology was born (in terms of genesis) to support the medical model, to justify/authorize interventions that, having no legitimacy to intervene on the “organic platform”, do so on the hypothesized “psychic platform”, and here find their legitimacy in their use, even if they are interventions with medical/sanitary characteristics. This marked the birth of a discipline offering legitimacy to medical/sanitary interventions, linked (in its genesis) to them as a support, responding to precise operative demands. The rising (clinical) psychology offers assistance, and therefore not legitimacy, to an activity that otherwise would not have a knowledge foundation, because *psyche*’s knowledge (as a theoretical construct), is generated in that precise historical instant (the *kairòs* of knowledge), and the medical/sanitary interventions could not have justified themselves on the basis of available knowledge.

Today we could say that the research object “*psyche*”, which is epistemologically a theoretical construct (and therefore purely observational data), is (has been) had a knowing-status conferred on it that cannot belong to its epistemic status. Namely, a knowing-status generated by scientific knowing-processes that study and know factual and empirical data. The consequence is that *psyche* becomes in fact (and also therefore in statements) and not in knowledge, a “perceptive” datum, within the context of a knowledge that is (also) founded on factual and empirical data (which can be perceived through the senses). This “conferral” has had and continues to have repercussions, and not only in operative terms (seeing as the medical model, which is fully “operative” in the health care field, is merely “applicative” in the field of psychology; see below); as a matter of fact, from this moment on (and to this day), this theoretical construct, will be (is) known and so treated, *as if* it belonged to an empirical and factual epistemic status (detectable through the senses) and linked to a medical/sanitary knowing-status. We continued to know nothing about the *psyche*, and yet this triggered a complicated sum of operational procedures, still popular today. In these procedures, *psyche*, through a purely rhetorical transition from a knowledge-process hypothesis, as Pinel described it, becomes a knowing-status as if it is a “thing”, a given fact, certain and exterior (independent) to that process of knowledge that, only and exclusively, can generate it (as a theoretical construct). This transition creates relations and interconnections between (clinical) psychology and the medical model, and is relevant not only within the historical context described, but is also relevant today and causes it to acquire, and alas, to this day, retain, operative, methodological and research implications which are utterly alien to its epistemic status.

The medical operative model: what operations on the anatomical functional unit?

In the previous paragraph we highlighted how the medical operative model built not only the historical but also the application scenario in which clinical psychology was generated as a discipline that intervened on the “psychic continent”. Now, it is necessary to embrace a further argumentative and founding passage. “Medical model” does not stand for “medicine”; as a matter of fact, medicine is not referable to the epistemological remarks considered above; medicine is not a knowledge system that generates knowledge, but it is made up of a group of procedures, or better a group of applications of a knowing (a knowing-status) that was generated from a group of sciences (like physics, chemistry, biology, physiology, histology, etc., to produce knowledge it has to remain -ica, -nomos, -logos:

medicine is not one of these forms of knowledge). Here is how the healthcare operator (who is also, but not only, the medical operator, remains an operator that follows an operative model, the “medical” one as we said) is not a producer of knowledge, but a user of the knowledge generated thanks to the three suffixes; he is “health care” because he uses operative procedures (a knowing-status) founded on knowledge assumptions that are available thanks to a set of specific sciences, that produce a specific research object and that generate a particular observational data (empirically detectable, and perceptible through the senses): the anatomical and functional unit (of which now, and only now, thanks to the knowledge that has been produced over the course of time, we can say that we know much but not everything. As a matter of fact, in healthcare/medical terms many aspects which we will not deal with here still need to be defined and described).

Now that we “know”, let us proceed. The operational and medical model, being the expression of a precise knowledge framework, founded upon and therefore coherent with the epistemic status of the research object, is based on three elements. These make up the underlying structure to which the model itself is anchored and are composed of: theoretical assumptions, a goal and a knowledge criterion that authorizes the intervention (these three basic elements also characterize other operational models, for example that of engineering).

The theoretical assumption of the medical model is the aforementioned anatomical and functional unit (called “body” within common sense), certainly defined in theoretical terms (through the use of categorial abstractions that allow us to consider it as observational data), but it is (also) linked to perception: it is defined as an entity, in terms of anatomical unit and functionality between the different components of the anatomical unit itself (for example organs). It is thanks to this assumption that we (can) define all components of the anatomical unit and also how the different components interact. The second element that constitutes the medical model is the goal. The medical model’s goal is healing, thus it is authorized to intervene when it comes to re-establishing the anatomical unit which has been interrupted, modified, altered; and/or, when the functionality between the different components of the anatomical unit has been interrupted, or made dysfunctional (so, to sum up, if a physical external power breaks a thighbone, the broken bone interrupts the anatomical unit; if the consumption of muriatic acid interrupts the functionality of some organs, it changes the functionality of and between the organs that make up the anatomical unit). The third element of the medical model is the criterion that “authorizes” the intervention. We have seen how the research object is collocated in an epistemic status of empirical and factual entity (perceptible through the senses), this entails that the relation between elements is causal, therefore the criterion of the medical model searches for the causes of the pathology. Hence, it is the intervention of casual *noxa* that changes the anatomical unit and changes the functionality of the components that make up the anatomical unit; and it is the fulfillment of this criterion that authorizes the operational model to intervene; moreover, only in presence of the fulfillment of this criterion it is possible to pursue the goal of the medical model: healing.

On the basis of these fundamental elements – which, apart from some valuable exceptions (Fiara, Predabissi & Salvini, 1998; Salvini, 1998) were not examined epistemically throughout history, within (clinical) psychology, although they were implicit and not defined – the medical method can, even now, constantly offer its support to the survival of our species (e.g. in the elimination of major epidemics such as those mentioned above). Moreover, over time, the operational medical model was characterized by the definition/finalization/adoption of a group of procedures: actions that were coherent and congruent with the three elements illustrated above. It is now necessary to proceed with the argumentation and to further describe relations and connections between the medical model and clinical psychology, and we can therefore consider some of the procedures mentioned: diagnosis, therapy and, last but not least, efficacy evaluation of the clinical intervention.

Diagnosis (a word that derives from ancient greek διάγνωσις, formed by διά “through” and γινώσκειν “to know”, “to know through”) is the main procedure of the operation of the medical model. As a matter of fact it is the procedure used – helped by knowledge tools to which it can refer (such as those clinical exams that follow gathering information during the interview with the patient) – to trace the manifestation of a certain clinical case back to a specific clinical picture. The rigorous and precise correspondence between this procedure and the epistemic status of the research object (the anatomical and functional unit), allows us to subdivide the diagnosis procedure into two main types: diagnosis with certain cause and diagnosis with uncertain cause. In the first case, the criteria of the medical

model is fully satisfied, so casual *noxa* is checked with certainty, and the diagnosis manages to use the diagnostic label for the clinical picture at hand (for example: pneumonia); in the second case, the criterion is (only) supposedly satisfied, so the manifestation of casual *noxa* is not certain but presumed, because only the alteration of the anatomical unit and its functionality is certain (meaning detectable as a denotation), but what has caused it is not (we are referring here to the first type of research objects). In this case, the medical model, since it is unable to use a diagnostic label, gives a description of the clinical picture and so determines its syndromic status based on some descriptive elements (usually with reference to the components and their functionality in the anatomical and functional unit involved; for example: A.I.D.S, Acquired Immuno Deficiency Syndrome).

Another absolutely central procedure for the medical model is therapy (which follows diagnosis in a flow chart) and, with the specifications that follow, the treatment. Based on a clinical picture with a certain cause, the health operator, who pursues the goal of healing the anatomical and functional unit, can prescribe a therapy aimed at the re-establishment of the condition of the anatomical and functional unit as it was before the intervention of the casual *noxa*. When a clinical picture has uncertain cause, it becomes evident that the operative method is unable to pursue the goal of healing (because it can not act on the causes, which are still presumed); so therapy (from greek *θεραπεία*), from a healing procedure, becomes subordinate to the general strategy of treatment (because it acts on the effects of the cause and not on the cause itself). As we will see below, this is one of the most critical operative passages in the psycho-logos field.

Another procedure which has to be considered, since its outcome in the health care field is the victory of the medical model in a historical challenge against the shamanic model (but as we said, not only), is the one called efficacy evaluation of the intervention; generally speaking, this procedure concerns the use of a protocol which, being universally recognised, makes it possible to evaluate the efficacy of interventions: we are talking about randomized and double-blind clinical test (which in prospective terms aim to generally evaluate the effective actions of a therapy, even if it is mostly used to evaluate the therapeutic efficacy of a medicine's active ingredient). One of the peculiarities of this evaluation protocol is that neither patients nor health care operators know the nature of the therapy being administered.

The operative medical model: what are the applications for psyche?

The genesis of clinical psychology within the operative context of the medical model and the absence due to the lack of an epistemic analysis of a distance between this and an operative psychological model *strictu sensu*, has led to the adoption of the former within the field of the psyche construct, producing a contamination, in some cases an absorption, of the latter by the former. An operative model genuinely referring to the construct of the psyche, since it does not have any scientific legitimization, becomes – as we have said until now – seriously compromised, or in any case easily contaminated by statements of common sense. The theoretical assumptions of clinical psychology cannot be the anatomical and functional unit for three different reasons: firstly because otherwise there would not be any need for a psycho-logos knowledge field included in the medical one (on the other hand, we have seen how historically clinical psychology arose from an operative request of the medical model); secondly, because this theoretical assumption does not respect knowledge dictates imposed by the type of research object, namely psyche as a theoretical construct; thirdly, since we can only apply the concept of interaction and not of cause to a theoretical construct, (for example) we proceed from present to future and not from present to past. This entails that an operative psycho-logos model cannot have healing as its goal, by which we mean the re-establishment of the anatomical unit that has been interrupted or the functionalities between the different components of the anatomical unit, because it has neither an anatomical unit nor its functionalities (the theoretical construct cannot be perceived); whereas, on the basis of the theoretical construct we refer to, it is possible to intervene on interaction, with the person or institution and their distress call (and not eliminating or reducing the intervention on cause). Therefore, since the psycho-logos research object has the epistemic status of a theoretical construct, and not of an empirical-factual entity, its criterion can not be referred to pathological cause, but rather to dialogue, thus managed by interaction between those discursive productions that generate it (in particular the used theory).

So, on the basis of what has been described above, even though the medical model cannot be a reference for clinical psychology, it would nonetheless still appear to characterize interventions in the psycho-logos field. In other words, despite the fact that foundation elements show that psychology, in the clinical sense (too), has a research object with a different epistemic status to that of the medical model, we have highlighted how it has paid, and still pays, a heavy toll to the field in which it originated and from which it has inherited much in terms of both science and application. Therefore, since it proves impossible to apply the medical model in the psycho-logos field, as in the health care field, what occurs is a repeated and spurious application of this, with hybridizations that are unfounded on the epistemic status of the research object of the theoretical construct (psyche). Thus, we proceed as if we had a knowing-status, when instead we keep generating knowledge-processes, on the basis of the construct we are referring to (that is the theoretical adoption), generating continuous interactions with (thanks to) it. Moreover, this status of epistemic incorrectness has repercussions on the efficacy of the operations thanks to and from the discipline, with no possibility of evaluating the adequacy and pertinence of answers to the requests that come from the Community (the “distress call” we talked about at the beginning of this contribution).

As a matter of fact, the argumentation has pointed out that, if we consider the diagnostic procedure as the key moment that allocates a clinical case to a certain diagnostic picture, the medical model highlights two possible scenarios depending on the certainty or supposition of the cause. In the psycho-logos field, since there is no intervention on a cause (because the research object has the epistemic status of theoretical construct), clinical pictures should be traced back, at the very least, to a diagnosis with uncertain cause; therefore, in operational terms, it would be impossible to use the diagnostic label referred to a certain clinical picture anyway, but, at the most, we would find ourselves describing a syndromic clinical picture. Moreover, again in terms of application of the medical model, we (also) detect a methodological error in the term “mental illness”: at most we could be said to be dealing with clinical pictures that are not illnesses but “mental syndromes”. And, again coherently with the medical model, given that these clinical pictures have an uncertain cause, the therapeutic procedure ceases to be the main one (since the cure becomes central). To put it better, since we have no cause, we cannot use procedures (such as pharmacological therapy) that operate on the re-establishment of the anatomical and functional unit before the intervention of the *causal noxa*. In fact, based on the research object’s epistemic status, no knowing-status can be used for the psyche and therefore no medical method application can be produced, whether we are talking about diagnosis or therapy. Therefore a (clinical) psycho-logos operative model cannot operate in the health care field but rather in the social health field, where there is a dialogical criterion and therefore we interact, through a theoretical construct, with the social health construction of “who asks for help” (whether if it is an individual or an institution). The evaluation of efficacy procedure of interventions is (also) not applicable, because the protocol used by the medical model, the “double-blind” one, if used in the psycho-logos field would highlight the in-efficacy of interventions because they are not coherent with the epistemic status of the research object. (Turchi & Perno, 2004).

In the light of this knowledge hybridization (epistemologically unfounded and methodologically incorrect) between the medical model and “psychological model”, we need to ask what its pragmatic effects are. What is the contribution that this hybrid model can offer to what we refer to as distress calls whether old or new? Where is the scientific responsibility, besides the civic one, of all psycho-logos operators? All these questions have yet to be asked and therefore fail to generate knowledge processes that give answers and open the way for to new operative proposals that differ from that offered by clinical psychology (with a certain dissatisfaction of the civil Community).

From medicine to psychiatry: from the empirical entity to the “entity-zation” of logos.

The historical period during which clinical psychology first came into being is characterized by the maximum application of mechanistic paradigms, that were still far (in terms of knowledge shift) from what would have happened about a century later with the rise of relativistic paradigms (thanks to Einstein’s theory of relativity) and, above all, with the rise of interactionist paradigms and Heisenberg’s uncertainty principle. Even if it is a repercussion, it is within this context that we must consider the “psychic continent” coined by Pinel, a categorical abstraction arising from the precise

requirements of the medical model; it is equated with - and therefore considered - as a cause that, within the mechanistic paradigms, substantiates the way of knowledge. Therefore, on the basis of “psychic continents” stated as different (because the psychological theories that follow one another are different), within an epistemic slip they are considered possible causes of non-organic nature. In fact, this is the one rhetorical (not knowledge) operation that manages to authorize the medical/health care operation and, as described above, the recourse to, hospitals, for example, when on the other hand we are faced with a research object that is a theoretical unit.

Another historical development to be considered in the effort to define an operative model that can be applied specifically to psycho-logos, is, firstly, the birth of psychopathology and, secondly, that of psychiatry. As regards the definition of an epistemic status of the research object, we have highlighted how, within the psycho-logos field, the application of an operative model is neither complete nor rigorous, but rather, spurious, therefore without the support of a knowledge structure to guarantee its efficacy (at least as a procedure). Consequently, on the base of psychology’s application of the medical model, the denotation of clinical pictures with uncertain cause (therefore syndromic ones), has promoted the birth of the (first) taxonomies in the psychological field. Following the formulation of the “psychic continent”, psychopathology was born and the first psychological taxonomies started to be used. Psychopathology developed mainly in Europe, in particular in Germany, and between the end of the 19th century and the beginning of the 20th century, for reasons that will not be dealt with here, was replaced by a new discipline: psychiatry. As early as the the end of the 19th century, Freud coined the first psycho-logos theory, that had no reference to the anatomical and functional unit (even if an aspect that the exegetes at times fail to remember is that he himself starts by highlighting that his theoretical proposal is so while waiting for the definition of the nerve cell; we should remember that Freud had a medical and neurological education); the first Freudian topic (also) saw the rise of the first classification of the psycho-logos field: the clinical pictures were divided into *neurotic* clinical pictures and *hysterical* clinical pictures, based on different discursive productions that characterize them.

On the basis of what was produced from psychopathology in terms of knowledge, during the early years of the 20th century the term “psychiatry” would prevail and slowly supplant the term “psychopathology”, since the latter is necessarily linked to all the theorizations in the psychological field. Psychopathological classifications would also be abandoned and replaced with psychiatric classifications which were included in manuals in the field that - to this day - are periodically updated (what is known as the Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, or DSM). Since the early Seventies of the past century, psychiatry has been marked by the use of a “descriptive” model which has been present in the psychiatric field since the mid-19th century. The choice to share a “descriptive” model rather than an etiological one aimed at detecting the mechanisms and generative causes of a supposed “mental disorder”, comes from the scant and contradictory results that “biological psychiatry” obtained in earlier attempts. And it was in fact thanks to this criterion that it was possible to order the clinical material collected during the years it was studied, and this issue gained in importance considering that the first edition of the DSM - dated 1952 - represents today one of the tools that are mostly used within the clinical practice of “operators of the psyche”.

What we are talking about is a manual that currently gathers more than 370 “mental disorders” (DSM-IV-Text Revision - DSM-IV-TR, today in effect since 2000), described on the basis of the predominance of certain “symptoms” - namely discursive productions that would substantiate a description (written on the manual), after the observation of a behavior that the psychiatric knowledge-status considers “pathogenic”. A “clinical picture” set up in the psychiatric field, understood as a constellation of symptoms, is justified by two criteria. The first is that of “return and concomitance”: on the basis of what we have said to now, we can assert that this criterion cannot be respected within the psychiatric procedure because “return” and “concomitance” depend on the theory used by both the operator and the individual who has given the distress signal: both can know the symptomatology through the use of logos. The second criterion is that based on the “causal focus”, which as we have already discussed in detail, cannot be honored within the psychiatric field, because the epistemic status of the construct is theoretical and empirical and factual (linked to perception), therefore we find ourselves in no condition to detect any underlying cause to the supposed “disorder”. Therefore the epistemological “violation” that rotates around the “conceptual fulcrum” of the procedure and the psychiatric diagnostics is the term “mental disorder”. The addition of the adjective “mental” is

supposed to indicate the “anatomical” placement of the “disorder/illness” and this is unfounded because “mind” does not indicate a physical and defined place. In fact, the term “mental disorder” is an expression made up of two terms that are anatomically antinomial: the term “disorder” coherently with the epistemic status of empirical and factual entity pertains to the medical method; whereas the term “mental”, since it is a construct, is a hypothetical reality that can only be known through the categories used to build it as it is (hence within the expression mental disorder we are in the presence of two different types of research object). In DSM-VI we can read that “*every mental disorder is conceptualized as a syndrome or as a behavioral or psychological model which is clinically significant, present in an individual, and associated to a discomfort, disability, significant increase of death, pain or disability risk, or to a particular event, for example the death of a loved one. Whatever the cause is, it has to be considered at the moment the expression of a behavioral, psychological or biological dis-function of the individual*”. We can observe how, to define the medical method’s concept, in the psychiatric field, terms and expression that confuse the research object (its epistemic status) are used, generating an overlap that creates confusion within the psychiatric field, and produces non-scientific definitions, which however appear as (simple) common sense statements.

For example, psychiatry’s descriptive approach considers a “mental disorder” as a syndrome and, during the empirical observations (but there cannot be observation without theory as we have already said), it appears as a set symptoms, gathered with a stochastic and inductive criterion. This is the critical aspect that is generated when psychiatry, with lack of scientific foundation, tries to borrow the medical model. On the basis of what has been considered, we can conclude that within psychiatry the concept of “illness”, called “mental disorder”, does not find its place in the scientific sense’s knowledge process, because it lacks any foundation. In the psychiatric field the clinical picture is justified only by the strength of the argumentation that lies in the use, in purely rhetorical terms, of the metaphor that places the “mind” as the *alter ego* of the biological body (of the anatomical and functional unit). The theoretical representative of the medical method is the anatomical and functional unit (that is linked to perception), and it is the only “place” where diagnostic verifications, falsifications and operational applications are carried out. Psychiatry on the other hand, having the “mind” (of which we do not have a theory and therefore knowledge) as its own theoretical support, appears in any case to be a production of logos (a categorial abstraction), with no link to perception. Therefore the “mind” becomes a powerful rhetorical expedient (and we find ourselves in common sense, where “reality” claims to be as much), the only possibility that psychiatry has to operate under the aegis of the medical method since the disorder does not have an epistemic status in terms of causal *focus* (nor *locus*, as we have already stated). For this reason, note how – for example – a label such as “cerebral disorder” has never been coined. In fact, the use of this label would have given the impression that there was a causal focus of the disorder: the brain. And this has never been the case and never will be.

What operative model can there be for clinical psychology?

Given the founding elements at the origin of the knowledge structure on which the procedures of a (purely) psycho-logos model must lie, the operator’s intervention is distinguished by the adoption of epistemological references which can take on the management of a distress call (whether from a person and an Institution). The reference to the epistemological analysis and the “concept” of science as a *gnosis* makes it possible to identify three assumptions that offer substance to the proposal that we intend to put forward. The theoretical assumption of the operative model is that, in line with the purely process-oriented epistemic nature of the research object, the discursive productions used by the interlocutors/speakers generate reality (that is, they configure it as it is). Therefore the reality that constitutes the research object is not the body but how those who use the language construct reality and therefore (also) how they speak about the body itself (within the use of logos or ordinary language). Hence what is examined, and is relevant in order to have a model that can intervene “always and no matter what” in the purely psycho-logos field, is the discursive productions, namely how, through the use of logos, interlocutors/speakers configure reality. This operation not only fulfills the criterion of pertinence to the epistemic status of the research object but at the same time makes it possible to escape from the morass of “hypothesis about psyche” that has historically invalidated the

generative offer of interventions and the lack of a shared method among operators in the field. It is only by ceasing to refer to the “hypothesis about psyche” that gives the operators the chance to intervene in what, at the beginning, we described as “new challenges”. As a matter of fact, what has happened and continues to happen is that what is said about psyche in terms of *logos* is relegated – by means of a purely rhetorical operation – within the body (the anatomical and functional unit). But how can we relegate to the body issues that regard the interactions between different cultural systems of a Community, social changes within it and the so-called “external causes”? The proposal of a model that operates on *logos* – and therefore on the ways of constructing reality which are used by people to create it – enhances the generative potential of an intervention, since it is rooted in the definition of the research object, which as we said becomes *logos*, and that is purely process-oriented (we are in fact dealing here with the theoretical unit type of research object). This becomes the principle that allows the operator to intervene and (also) do so with regard to the “new challenges”. Therefore the intervention is on the ways, that is the discursive productions, that are used to configure reality as an “illness” and not as health. Therefore, the criterion cannot refer to the pathological cause because it cannot be coherent with the research object and consequently, the goal of the operative model cannot be that of healing, but rather that of changing the discursive configuration. The principle – which brings us back to a fundamental historical moment for scientific sense such as the arrival of interactionist paradigms and the formulation of Heisenberg’s uncertainty principle – relates to the observation that the discursive configuration of reality, being uncertain and thus constantly changing, can thus be changed at any moment no matter what it is.

This is how the remarks made above allow us to assert that the use of an operative model such as the medical one, has forced and continues to force an intervention based on the notion of cause and addressed to the “person”, an intervention that re-establishes a certain anatomical and functional condition. Moreover, the use of the knowledge category of “therapy” within the field of the research object “psyche” constitutes a limitation because it dictates some conditions that the operator must respect which are not legitimized by the epistemic status of psyche. It therefore proves necessary to engage in procedures that dictate conditions of action so that they are coherent with the knowledge structure and also responsive to the efficacy and efficiency criteria in the management of the intervention itself. Thus the proposal is to give rise to an operative model where the psycho-*logos* expert, reflecting on knowledge and its generation as *gnosis*, creates a shift in a way of knowing founded on interactionist paradigms and embraces uncertainty as its own. The operative model proposed here places *logos* as its research object, that is the knowledge structure itself – i.e. the instrument – that is (itself) employed by those who use it to generate and “talk about psyche” (“clinicians”, the experts), and by those that configure their own “psychological reality” (interlocutors/speakers, the ingenuous). This exposes the difference between this purely psycho-*logos* operative model and an operative model (such as the medical one) that places an empirical and factual entity (namely, the body) as its research object. The operator (or expert) acts as an “architect and engineer” of discursive productions; in fact, starting from *logos* and using *logos* itself as an operative instrument, he can generate other discursive productions that are different from that used to request the intervention: this way he becomes operator and promoter of change (of the discursive configuration). On the basis of these fundamental elements for the proposed operative model (which we call “dialogical”), we describe below the procedures that characterize its application in the clinical field (see Tab. 1).

The first procedure is *sinesis*, that is the gathering of *logos* that describes the configuration on which we will intervene. What is needed is the collection of the discursive configuration and therefore, through the use of appropriate questions, making available the discursive productions that are used – for example – by the client, family members, or the expert. Let us consider, as an example, the case in which a client says: “*I fell into depression when I lost my job. I was fired and from that moment on I started to suffer from insomnia and I couldn’t do anything but stay in bed. Now I can’t deal with it any more, I feel like dying, and I’m asking for your help*”. On the basis of what the client is saying, the procedure of *sinesis* makes it possible to “enter the merits of” the elements that characterize the client’s request. Which explains the use of questions in order to “explode” all the elements already present in the request, so the discursive configuration becomes available, we have a clear picture and are able to suggest some intervention strategies.

Subsequently, the operator introduces the procedure of *scepsis*, that is the observation of the discursive configuration, which allows the operator to define the intervention strategies. Beginning with the discursive productions that are collected by the questions, the clinical observation of these implies identification of the ways that distinguish discursive configuration as well as the content elements that characterize it (always with reference to the client). Since we do not have an empirical and factual entity and therefore cannot predict developments, an operative procedure that is available to the operator of change is the *anticipation* of future discursive scenarios that may or may not occur, arising from the discursive configuration examined. Therefore, using the example considered above, what an operator anticipates are future scenarios, namely the discursive configuration arrangements that can be generated out of what the client is configuring and which must be considered during the intervention. Thus, it is about the condition of health (of a person or of a community) that changes and is in constant transformation, rather than to a health care status that remains linked to the medical model.

The other procedure is *dieghesigenà*, that is the triggering, the generation of an “other” discursive configuration from that which is available at the moment of the intervention, and this happens thanks to the operator’s use of certain strategies. This procedure allows the operator to generate the use of other ways and other elements that can propose another discursive configuration of reality. Namely, with this procedure, the operator uses rhetorical and argumentative ploys and stratagems that aim at changing the discursive production that the client, on the other hand, states and declares to be the only one, not imagining that there be any possibility for change. Last but not least, coherently with the theoretical assumption on which the dialogical model lies, it is possible to field an efficacy evaluation of the intervention; in fact on the basis of the difference between the discursive configuration generated and that at the beginning of the intervention. Hence the operator has a questionnaire that, using the same question at the beginning and end of the intervention, makes it possible to detect the differences and certify the efficacy of the intervention itself. This instrument appears important not only for the certification of the efficacy itself but also for its use in the monitoring phase, therefore in order to offer a support and help to the operator during the intervention so that he can avail of some indications that allow him to act in a way that is efficient for achieving the goal. Finally, the operative model makes a procedure which definitely frees the field from references to the notion of cause; that is, it allows for the *promotion* rather than prevention of certain discursive configurations (such as that of anticipation of certain illness scenarios or common sense theories about the client’s illness).

Conclusions: for a “new” clinical psychology

The argumentation that has characterized this work departed from a remark about how today, more than in the past, (clinical) psychology is going through a phase during which demands have changed and, consequently, all those challenges that the discipline has to face must be seen as part of a precise set of historical and cultural circumstances. In confirmation of this, if we consider how nowadays, the spheres of intervention increasingly involve requests from clinical psychology, we can see how we are facing demands which increasingly concern not just the biography of individual people but that of the Community as a whole. In fact, these “new” demands appear increasingly linked to globalization and world economic crisis which together are generating precarity and insecurity in various aspects of people’s lives (such as work, family, and the “new poverty”, etc.). This has such serious repercussions on people’s lives that it could compromise the survival of our species. Consequently, the fields in which clinical psychology is called to intervene today are increasingly subject to the uncertainty of events and their development. All this is undermining “life’s principles” and entails continuous strain, with consequent worry, on structures and models that up to now have operated on “social support”, which (let alone today) are not able to provide adequate answers to demands for intervention.

And this is why this contribution aims to answer the internal need of the discipline itself: to think up an operative model for clinical psychology which, freed from the overlap with the health care field, can be an expression of scientific sense. The use of the latter has a strategic value to help clinical psychology manage uncertainty and transform it in a constant occasion to finally promote social health (within which physical health can be found) of individuals and communities. Therefore this contribution’s argumentative path has unravelled issues about the foundation of knowledge, and thus the epistemology of scientific sense. This passage has made it possible to use three knowledge tools

(etymology of terms, philology, and epistemic analysis) which allowed us to precisely define:

1. the field of application of (clinical) psychology;
2. its peculiarities (in terms of epistemic status of its research object)
3. the discipline's own ways of knowledge.

The application of this passage has effects of two kinds.

The first is the definition of a clear-cut distinction between a social health level (clinical psychology's knowledge and research object) and a physical health level (the medical model's knowledge and research object); on the contrary, historically, they have been the objects of a conceptual error: the overlap and connection of the two levels. This has had tragic repercussions that (even) today we (wrongly) continue to relegate clinical psychology to the medical model's approach. The second, which is a consequence of the first, is that the fundamental manoeuvre of anchoring clinical psychology to science can guarantee the definition of operative procedures that are the expression of a psychological model in the strictest sense. This operation, differs from the medical model's procedures in that it aims to offer assistance – for issues that are connected with but not pertinent to the medical model – to aid the efforts that have been made to win the “new” challenges linked to the survival of our species and which today are not merely about physical health.

In conclusion, in *Table 1* below, we report on the antinomian correspondences between the medical model's procedures and those of the dialogical model which that have been proposed in this contribution whose object is logos and which presents itself as a proposal in the clinical-psychological field. The proposal, formalized in the table below, freed from a strictly body-connected level of intervention, is based on the assumption that reality is constructed in a discursive manner (Turchi, 2002), and has the operative effect that any discursive configuration or demand can be embraced. In this way, operators become those who, both for institutional mandates and scientific rigour, can offer support (to the individual as to the Community) not to define “what” has been contracted (by the individual or Community), therefore using the notion of cause, but rather to offer support to the person and/or Community, to intervene in the discursive scenario generating the distress call.

Therefore, the operator's intervention is not characterized by healing goals, but rather by health promotion goals. This passage allows people (and thus the Community) to proceed, also in the long term and in a future prospective, in an autonomous fashion so that they become active agents facing the challenges of this historical moment.

Table 1

MEDICAL MODEL		DIALOGICAL MODEL	
CASE HISTORY	Reminiscence memory	SYNESIS	collection
DIAGNOSIS	look through	SCEPSIS	observation
PROGNOSIS	Prediction	ANTICIPATION	Anticipating, acting ahead of time
TREATMENT	Service, cure, treatment, assistance	DIEGHESIGENIA	Narrative generation, creation
EVALUATION OF EFFECTIVENESS		EVALUATION OF EFFECTIVENESS	
PREVENTION	To look ahead	PROMOTION	Move forward

Bibliography

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington (DC): The American Psychiatric Association.
- Atkinson, W. W., & Hilgard, E. R. (2011). *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* [The culture of mental health services in Italy. From mentally patients to new users: help request and relationship dynamics evolution]. Milano: FrancoAngeli.
- Fiora, E., Pedrabissi, L., & Salvini, A. (1988). *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità* [Theoretical pluralism and cognitive pragmatism in the field of personality psychology]. Milano: Giuffrè.
- Marhaba, S., (1976). *Antinomie epistemologiche nella psicologia contemporanea* [Epistemological antinomies in the field of contemporary psychology]. Firenze: Giunti Barbera.
- Molinari, E., & Labella A. (Eds.). (2007). *Psicologia Clinica Dialoghi e confronti* [Clinical Psychology: dialogues and exchange of views]. Milano: Springer.
- Salvini, A. (1998). *Psicologia Clinica* [Clinical Psychology]. Padova: UPSEL.
- Salvini, A., & Galieni, N. (2002). *Diversità, Devianze e Terapia*. [Diversity, Deviant behaviours and Therapy]. Padova: UPSEL.
- Turchi, G. P. (Ed.). (2002). *Tossicodipendenza. Generare il cambiamento tra mutamento di paradigma ed effetti pragmatici* [Drug addiction. Generating change between paradigm modification and pragmatic effects]. 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* [Health Psychology – From bio-psycho-social model to dialogic model: generating and handling transformation processes in health field]. Roma: Armando Editore.
- Turchi, G. P., & Maiuro, T. (2007). *La riflessione epistemologica come criterio di scientificità in psicologia clinica* [Epistemological reflection as parameter of scientific nature in Clinical Psychology]. In E. Molinari & Labella, A. (Eds.), *Psicologia Clinica Dialoghi e confronti* [Clinical Psychology: dialogues and exchange of views]. Milano: Springer.

Assessing production and comprehension of narratives in brain damaged adults with communicative deficit

*Sergio Carlomagno**, *Lorenza Vorano***, *Carmelina Razzano****, *Andrea Marini*****

Abstract

A number of experimental studies have shown that standardized aphasia assessment results do not allow predicting performance in the brain damaged subjects on discourse comprehension. It is then necessary in routine clinical activity with these subjects to have specific assessment tools. Furthermore, it has been shown that standardised functional evaluation of information content in elicited speech samples (picture description task) from the brain damaged subjects may offer reliable measures of discourse efficiency. In this study we describe an Italian version of the Discourse Comprehension Test (Brookshire & Nicholas, 1993) that was administered together with picture description task to subjects with and without brain damage. These speech samples were evaluated with standardized method (CIUs analysis by Nicholas and Brookshire, 1993). The results show that both methods have reliable diagnostic value useful for assessing discourse abilities in communicatively impaired brain damaged subjects. We also describe a single case follow-up study where these methods were used

Keywords: communication; discourse; aphasia assessment; brain damage; diagnosis.

* Associate Professor in Clinical Psychology Department of Life Sciences University of Trieste.

E-mail: scarlomagno@units.it

** IMFR Gervasutta, ASS 4-FVG. E-mail: lorenza.vorano@uniud.it

*** IRCCS Santa Lucia. E-mail: logopedisti@hsantalucia.it

**** Assistant Professor in Cognitive Psychology Department of Human Sciences University of Udine. E-mail: andrea.marini@uniud.it

Un test per la valutazione della produzione e della comprensione di narrative nell'adulto cerebroleso con deficit di comunicazione

*Sergio Carlomagno**, *Lorenza Vorano***, *Carmelina Razzano****, *Andrea Marini*****

Abstract

Numerose evidenze sperimentali indicano che nel soggetto cerebroleso la performance in comprensione di brani non è predicibile sulla base di risultati ottenuti con le abituali valutazioni afasiologiche. Ciò rinvia alla necessità di disporre nella pratica clinica di test specifici per la valutazione della comprensione di brani. Inoltre, recenti ricerche mettono in evidenza che la valutazione del contenuto informativo di campioni di linguaggio ottenuti con il metodo della descrizione di figure o di sequenze di figure offre la possibilità di valutazioni numeriche di parametri affidabili sul piano diagnostico (produttività, fluenza, contenuto informativo, efficienza informativa). In questo lavoro vengono riportate esperienze realizzate con una versione italiana del Discourse Comprehension Test (Brookshire & Nicholas, 1993) somministrato congiuntamente a compiti di descrizione di figure e sequenze di figure standardizzate. I campioni di linguaggio prodotti sono stati analizzati secondo la metodica Correct Information Units (CIUs) proposta dagli stessi autori (Nicholas & Brookshire, 1993). I risultati mostrano l'affidabilità della procedura nella valutazione delle capacità di discorso del soggetto cerebroleso. L'uso dello strumento diagnostico viene poi illustrato con la descrizione di un caso clinico.

Parole chiave: comunicazione; discorso; valutazione dell'afasia; danno cerebrale; diagnosi.

* Professore associato, Dipartimento di Psicologia Clinica Università di Trieste.

E-mail: scarlomagno@units.it

** IMFR Gervasutta, ASS 4-FVG. E-mail: lorenza.vorano@uniud.it

*** IRCCS Santa Lucia. E-mail: logopedisti@hsantalucia.it

**** Università di Udine, Dip.to di Scienze Umane - IRCCS "E. Medea".

E-mail: andrea.marini@uniud.it

Introduzione

La comprensione dei contenuti di un testo scritto o discorso orale si basa su numerosi fattori. Da un punto di vista cognitivo e linguistico, oltre alla necessità di elaborare gli aspetti percettivi dello stimolo, occorre avere accesso ad adeguate rappresentazioni lessicali e grammaticali che devono essere poi interpretate sulla base di un contesto. A questo scopo è necessario disporre di sufficienti risorse attentive e di memoria di lavoro per gestire le informazioni in entrata oltre che di una notevole capacità di integrazione per categorizzare le informazioni ricevute in rappresentazioni nella memoria a lungo termine. A tutto ciò si aggiunge il massiccio ricorso alle funzioni esecutive per organizzare le informazioni e monitorare l'intero processo di comprensione (Ferstl, Walther, Guthke & Von Cramon ; 2005; Marini & Carlomagno, 2004).

I tradizionali test utilizzati in ambito clinico per valutare le caratteristiche del disturbo afasico in pazienti con lesioni acquisite si limitano in genere ad esplorarne le abilità lessicali e grammaticali trascurando tutti quegli aspetti che sono invece legati alla dimensione pragmatica del linguaggio. Eppure, numerose evidenze sperimentali mostrano che i tradizionali test afasiologici possono sottovalutare l'entità funzionale del recupero dopo la riabilitazione (Marini et al., 2007; Larfeuil & Ladorze, 1998; Ross & Wertz, 1999; ma cfr. anche Marini & Carlomagno, 2004 per una rassegna degli studi sull'argomento). Si consideri inoltre che le abilità di comprensione del linguaggio in contesto di questi pazienti possono essere superiori (e poco correlate) rispetto a quanto le misure di comprensione di parole singole e frasi fornite dalle stesse batterie lascino prevedere (Stachowiak, Huber, Poeck & Kerschensteiner , 1977; Wilcox, Davis & Leonard, 1978). In effetti, se è possibile osservare pazienti afasici che, pur con disturbi nella elaborazione di parole singole e frasi, mostrano preservate abilità di comprensione di racconti, non va dimenticata l'esistenza di altre tipologie di pazienti (ad esempio con lesioni all'emisfero destro [CLDx] o con danno da trauma cranio-encefalico [TCE]) che mostrano disturbi nella comprensione di racconti in assenza di deficit lessicali o grammaticali. Osservazioni di questo tipo sono state riportate da numerosi autori (per una rassegna cfr. Carlomagno, 2002) ed hanno posto i clinici di fronte alla necessità di disporre nella pratica clinica di strumenti per valutare le abilità di comprensione di linguaggio in contesto. Questi strumenti devono essere in grado di cogliere abilità pragmatiche come la capacità di generare inferenze per desumere dal contesto informazioni non esplicitamente espresse e quella di organizzare le informazioni in modo da generare un modello mentale o di costruirsi uno scenario che rappresenti "il succo" di quanto ascoltato (Ferretti, Adornino, Cosentino & Marini, 2013; Kintsch & vanDijk, 1978). E' interessante osservare che i pazienti afasici non sembrano avere problemi nell'elaborare questi due aspetti del processo di comprensione (Andretta, Cosentino & Marini, 2012; Ulatowska, Freedman-Stern, Doyel, Macaluso Haines, & North , 1983) che risultano invece deficitari in altre categorie di pazienti, ad es. con danno emisferico dx (CLDx) o esiti di trauma cranico (TCE). La presenza di disturbi di questo tipo ha portato alla realizzazione di paradigmi per valutare aspetti della comprensione e produzione di storie legati ad esempio al controllo del carattere esplicito/implicito dell'informazione nonché al controllo dell'importanza relativa (salienda) dell'informazione da elaborare.

Da questo punto di vista, uno strumento diagnostico particolarmente interessante è il Discourse Comprehension Test (DCT, Brookshire & Nicholas, 1993), realizzato allo scopo di valutare la capacità del paziente di comprendere la trama di alcune brevi storie a sfondo umoristico di circa 300 parole ciascuna. In questo test, l'esaminatore legge le storie e al termine della lettura di ciascuna di esse rivolge al paziente 8 domande a risposta chiusa (Si/No) che valutano aspetti legati alla comprensione del brano per un punteggio totale massimo di 80 risposte corrette (8 per 10 storie). Le domande sono state costruite in modo da sondare, rispettivamente, la comprensione di informazioni fondamentali ("idee principali") o di dettaglio menzionate esplicitamente o inferibili dal testo. Nella versione originale, il test è stato somministrato a 40 individui senza disturbi di natura neurologica o psichiatrica, 20 persone con diagnosi di afasia, 20 persone con CLDx e 20 con TCE. In relazione alla comprensione delle idee principali (sia concetti esplicitamente menzionati nel testo, sia concetti impliciti da inferire) il gruppo di soggetti senza disturbi forniva prestazioni ottimali. Nel caso della comprensione dei dettagli, invece, il numero di errori diventava più consistente ed emergeva un significativo effetto del carattere implicito/esplicito dell'informazione. Nel caso dei pazienti, come atteso, il numero di errori totali era decisamente maggiore. Un'analisi qualitativa degli errori aveva poi mostrato la presenza di un significativo effetto esercitato sia dalla salienda (informazioni principali vs.

dettagli) che dal carattere esplicito/implicito dell'informazione con prestazioni inferiori nel caso della comprensione di dettagli lasciati impliciti.

Più recentemente, Ferstl, et al. (2005) hanno prodotto il loro Story Comprehension Test (STC) in lingua tedesca. Il test, anch'esso in formato con domande a risposta Si/No, si differenzia dal DCT perché le storie presentate sono soltanto due anche se più lunghe (circa 650 parole ciascuna) e, per ognuna delle due, sono previste 16 domande ugualmente suddivise per salienza e carattere esplicito/implicito delle informazioni. Una ulteriore differenza tra i due test è costituita dal fatto che, mentre nel DCT le domande sui dettagli impliciti fanno riferimento ad una informazione citata una sola volta, lo SCT utilizza domande su dettagli impliciti cui è possibile rispondere correttamente basandosi su molteplici dettagli menzionati nel testo. Gli autori hanno somministrato il test a 49 individui sani e a 96 persone con lesioni cerebrali acquisite (afasici, persone con CLDx e pazienti con TCE). Il gruppo di persone senza lesioni cerebrali aveva performance adeguate e simili nella comprensione di idee principali esplicite e implicite mentre nel caso dei dettagli riconoscevano meglio quelli lasciati impliciti rispetto a quelli espressi esplicitamente. E' interessante osservare che questo pattern è presente anche nei pazienti afasici mentre i TCE presentano il pattern tipico dell'interazione salienza esplicito/implicito. Altre particolarità di rilievo sono costituite dal fatto che, nelle persone con CLDx, il test evidenzia un effetto del carattere esplicito/implicito anche sulle idee principali. Infine, come nel caso del DCT, anche lo SCT non evidenzia nei pazienti afasici differenze rispetto al gruppo di controllo nella comprensione delle idee principali (sia implicite che esplicite).

A spiegazione dei differenti risultati ottenuti, cioè i due pattern dei CLDx e degli afasici non sovrapponibili a quelli evidenziati dal DCT, Ferstl e colleghi (2005) fanno osservare che nel loro test la costruzione di un modello mentale del testo è resa più difficile dalla loro maggiore lunghezza e che questo fattore può aver determinato nei pazienti con CLDx una prestazione chiaramente patologica sulle idee principali implicite. Inoltre, il fatto che i dettagli impliciti fossero desumibili da più informazioni marginali contenute nel testo rende conto della migliore prestazione di soggetti sani e pazienti afasici (con normale capacità di generare inferenze) rispetto ai dettagli espliciti desumibili da informazioni date una sola volta come nel DCT.

La valutazione funzionale del discorso prodotto da pazienti con afasia in compiti di produzione narrativa

La valutazione funzionale numerica dei campioni di linguaggio elicitati in pazienti con afasia è ispirata al concetto di unità di contenuto informativo (Content Unit = CU) introdotto da Yorkston e Beukelman (1980) per la valutazione quantitativa dell'efficacia del linguaggio elicitato con la figura del Cookie Theft Picture Description (BDAE, Goodglass & Kaplan, 1983). Questi autori definivano la CU come un gruppo di informazioni che un soggetto sano esprime sempre come unità e proponeva di misurare il contenuto informativo dei campioni di linguaggio nei termini di numero di CU presenti nel campione nonché l'efficienza informativa del soggetto nei termini di numero di CU prodotte per minuto. Utilizzando queste misure, unitamente a misure di fluenza verbale (sillabe prodotte al minuto), gli autori erano in grado di mettere in evidenza il loro potenziale diagnostico. La misura di CU era in grado di discriminare tra individui con afasia severa e controlli sani ma nei pazienti con afasia lieve il numero di CU presenti nel campione era sostanzialmente normale. Tuttavia, l'analisi delle CU al minuto (CU/m') permetteva di operare, oltre alla distinzione tra soggetti con afasia marcata e controlli, anche una distinzione tra pazienti con afasia lieve e controlli e tra afasici di differente gravità. Gli autori, inoltre, sulla base della descrizione dei cambiamenti di queste misure in un paziente che aveva ricevuto terapia, mostravano che il metodo poteva essere applicato nella pratica clinica per evidenziare miglioramenti che si verificavano in conseguenza del trattamento (vedi anche Craigh et al., 1993 e Shewan, 1988, sia per successivi dati in questo senso che per la possibilità di discriminare con questo approccio tra campioni di linguaggio elicitati da pazienti con afasia fluente e non-fluente).

Un importante passo in avanti nell'elaborazione di misure del contenuto informativo del linguaggio di individui con afasia e del loro uso diagnostico è dovuto al lavoro di Nicholas e Brookshire (1993, 1995b). Si deve a questi autori l'aver affrontato due problemi connessi con l'uso di campioni di linguaggio elicitati mediante somministrazione di figure standardizzate. In primo luogo, il metodo delle CU proposto da Yorkston e Beukelman (1980) era valido per figure come il Cookie Theft in cui

gli autori si erano preoccupati di definire le possibili CU sulla base di un ampio campione da soggetti sani. Ciò restringeva l'uso della metodica a figure su cui fosse possibile avere questi dati. In secondo luogo l'uso di un solo campione poneva problemi di attendibilità della valutazione nel singolo paziente data la possibile ampia variabilità del campione di linguaggio elicitato di volta in volta in successive sedute (notare tuttavia che in situazione di test-retest sia Yorkstown e Beukelman che Shewan avevano dimostrato un'alta correlazione [almeno $r = .89$] tra i valori ottenuti nelle due sedute). Nicholas e Brookshire presentarono successivamente due lavori (1993, 1995b) in cui proposero un nuovo sistema di valutazione (*CIUs analysis*) applicabile a stimoli figurati ma anche a discorso procedurale o narrative personali. Di questo sistema venivano esaminate sistematicamente le caratteristiche di riproducibilità ed affidabilità diagnostica. La misura proposta (numero di Unità Informative Corrette o CIUs) è stata definita dagli autori come il numero di "parole che sono intelleggibili nel contesto, accurate in relazione al contenuto della figura o all'argomento della narrativa, rilevanti ed informative" (Nicholas & Brookshire, 1993, p. 348). Nella pratica, il clinico trascrive il campione elicitato mediante figure singole o figure in sequenza o mediante compiti di racconto di temi personali o di discorso procedurale, identifica le singole parole (Ws) che fanno parte del campione e identifica poi le parole nel campione che sono CIU. A partire da queste misure e dal tempo di eloquio si calcolano poi tre misure derivate, le parole per minuto (Ws/m'), le unità informative corrette per minuto (CIUs/m') e la percentuale di parole che nel campione costituiscono unità informative corrette (%CIU). Gli autori sono stati in grado di dimostrare che questo sistema di analisi è di facile utilizzo nella pratica clinica: sui loro campioni la percentuale di accordo nell'identificare le parole e le unità informative corrette superava rispettivamente il 98% ed il 90% a valutazioni fatte da esaminatori indipendenti ed il 99% ed il 95% a valutazioni ripetute dello stesso giudice. In secondo luogo, il potenziale diagnostico di alcune misure risultava essere molto affidabile. Gli autori, infatti, esaminavano le differenze tra le varie misure ottenute dalla somministrazione di 10 stimoli nel discriminare tra un gruppo di 20 controlli e 20 pazienti con afasia lieve/moderata mettendo in evidenza che, se le misure di Ws e di CIUs non classificavano correttamente dal 40% al 60% dei pazienti cerebrolesi, le misure derivate erano affidabili: la CIU/m' classificava correttamente il 90% dei pazienti mentre l'uso combinato di Ws/m' e %CIU permetteva una classificazione corretta nel 95% dei casi. L'uso combinato delle misure di Ws/m' e %CIU era ovviamente giustificato dalla dimensione fluente/non fluente del deficit afasico dal momento che i pazienti fluenti possono avere fluenza normale ma linguaggio vuoto (%CIU patologico) ed i non-fluenti eloquio rallentato ma produzione limitata ad item lessicali maggiori (%CIU normale).

Successivamente, Brookshire e Nicholas (1994) esaminarono la stabilità delle misure Ws/m' e %CIU (quelle di più elevato interesse diagnostico) ottenute dal singolo paziente in funzione del numero di campioni di linguaggio utilizzato ed in funzione di tre successive valutazioni degli stessi soggetti. Essi esaminarono a questo scopo le variazioni dei due parametri a ripetute somministrazioni del compito. L'analisi mostrava che, se le oscillazioni dei due gruppi di soggetti potevano essere alte per un singolo campione (in media dell'ordine del 15% e del 6% rispettivamente tra una valutazione e l'altra) tali oscillazioni si riducevano progressivamente in entrambi i gruppi con l'aumentare del numero di campioni fino a raggiungere valori accettabili sul piano clinico (7% e 2% rispettivamente sui 10 campioni raccolti). Inoltre, dai dati disponibili era possibile mostrare che campioni di circa 300-400 parole (ottenuti con 4 stimoli) davano già luogo ad una valutazione affidabile in quanto la variazione osservata era di poco differente da quella ottenuta con tutti i 10 stimoli utilizzati nel loro esperimento. Gli autori, tuttavia, facevano notare che i dati da loro ottenuti si riferivano ai valori medi dei due gruppi esaminati e che a livello individuale era possibile osservare oscillazioni più marcate. Ciò, nella loro esperienza, suggeriva che, in studi su casi singoli, è comunque preferibile documentare la stabilità del paziente in valutazioni successive.

E' da tener presente che questi due lavori sollevano due interessanti problemi. Il primo è costituito dal valore ecologico delle misure utilizzate: in che misura le variazioni nei parametri forniti dall'analisi delle CIUs corrispondono ad una reale percezione del miglioramento linguistico nei pazienti da parte di persone non-esperte di analisi linguistiche? Una risposta a questo quesito viene dagli studi di Ross & Wertz (1999) e Jacobs (2001). In entrambi i casi, gli autori notano che i cambiamenti osservati con l'analisi CIUs (in particolare il CIUs/m') in pazienti sottoposti a terapia corrispondono a cambiamenti percepibili da ascoltatori non-esperti e ciò conferisce al metodo una importante validità ecologica.

Il secondo problema è costituito dal fatto che le misure di CIU non sono in grado di per sé di stabilire l'importanza relativa dell'informazione presente nel campione né di evidenziare se il soggetto omette informazioni importanti. A questo scopo Nicholas & Brookshire (1995) suggeriscono un sistema di analisi complementare che esamina la presenza e l'accuratezza con cui il soggetto esprime nel suo linguaggio il "succo" di quanto rappresentato nella/e figura/e. Operativamente, per una figura come quella ben nota del Cookie Theft, ci si aspetta che un parlante sano menzioni in successione che: "la donna (madre) sta lavando i piatti", "l'acqua sta traboccando dal lavandino", "il ragazzo è sullo sgabello", "il ragazzo sta prendendo (rubando) i biscotti", "lo sgabello si sta rovesciando (il ragazzo sta cadendo)", la sorella (ragazza) vuole (aspetta) che il ragazzo le dia un biscotto", "la donna (madre) non si accorge di niente" trascurando particolari come "il bambino ha i pantaloni corti". Nell'analisi complementare proposta dai due autori (Main Concept analysis) la presenza e l'accuratezza della menzione dei concetti principali viene categorizzata mediante un sistema a quattro voci, rispettivamente: concetto presente in forma "Accurata e Completa", "Accurata ed Incompleta", "Inaccurata" o "Assente". Gli autori annotavano che inserire un'ulteriore voce di classificazione, come ad esempio "Inaccurata ed Incompleta", aumenta le difficoltà di classificazione (decidere che l'informazione è incompleta allorché inaccurata è nella pratica abbastanza difficile) senza aumentare l'efficacia diagnostica del sistema. Essi poi mostravano che nei loro dati la replicabilità della valutazione al test-retest (inter ed intra giudice) superava l'80% di accordo, fatta eccezione per le forme di afasia più grave dove l'accordo scendeva al 74%. Utilizzando questo metodo per definire l'informatività dei campioni di linguaggio già utilizzati nei due lavori precedenti (pazienti con afasia e controlli in compiti di descrizione di figure singole o racconto di storie presentate come figure in sequenza o discorso procedurale per complessivi 53 concetti principali in otto campioni) gli autori mostravano che i pazienti afasici producevano, rispetto ai controlli sani, campioni di linguaggio con una quantità inferiore di concetti principali menzionati in maniera Accurata e Completa e un numero maggiore di concetti principali menzionati in modo Inaccurato o Accurato/Incompleto ovvero non menzionato (Assente). Ancora una volta però gli autori facevano notare che i margini di sovrapposizione tra i due gruppi poteva essere molto consistente: ad esempio, per la categoria Assente era possibile osservare che circa il 60% dei pazienti afasici si collocava in un *range* di normalità e che solo considerando congiuntamente le menzioni Inaccurate ed Accurate/Incomplete era possibile classificare correttamente l'85% dei pazienti. Ciò, secondo gli autori, era dovuto al fatto che gli afasici sono sensibili agli aspetti di organizzazione concettuale del discorso anche se poi non riescono ad esprimerli in maniera completa ed accurata (cfr. per questa ipotesi Ulatowska et al., 1983). I dati mostrano che le misure suggerite si prestano comunque a descrivere accuratamente sul piano clinico la competenza discorsiva del paziente con afasia (o verosimilmente di altre popolazioni di cerebrolesi con deficit comunicativo) dal momento che essi aggiungono alla valutazione dell'efficacia del linguaggio data dall'analisi CIU dati sull'organizzazione dell'informazione presente nel campione.

Allo stato attuale, per entrambi gli aspetti di produzione o comprensione del discorso non sono disponibili studi che analizzino la relazione tra i punteggi forniti da questi metodi e le difficoltà di comprensione e produzione in situazioni di comunicazione contestuale tipiche della vita quotidiana. Tuttavia, il lavoro sulla comprensione e produzione di narrative fa ormai parte della *routine* terapeutica con individui con deficit comunicativo e le metodologie sopra descritte sembrano essere sensibili ad identificare deficit di elaborazione di narrative e loro eventuali modificazioni in corso di terapie. Nelle successive sezioni di questo articolo verranno pertanto descritti i risultati ottenuti in pazienti cerebrolesi e controlli sani con la somministrazione di una versione italiana del DCT e con l'applicazione dell'analisi in CIUs a campioni di linguaggio elicitati mediante presentazione di figure e sequenze di figure (vignette).

Verrà poi descritto un caso clinico in cui la descrizione di effetti di terapie ad orientamento pragmatico (centrate sul racconto di storie) è resa possibile da questi strumenti diagnostici. Infine verranno fornite indicazioni pratiche da seguire per ottimizzare l'affidabilità della procedura diagnostica.

Materiali e metodi

Soggetti

I partecipanti a questo studio sono stati divisi in un gruppo di controllo ed un gruppo clinico.

Il gruppo di controllo era costituito da 78 individui senza deficit uditivi e neurologici con età compresa tra 20 ed 86 anni (media = 48.6, ds = 22.9) e scolarità superiore agli 8 anni (media = 12.6, ds = 3.1) reclutati informalmente tra visitatori dell'IRCCS Santalucia di Roma e dell'IMFR Gervasutta di Udine. Il campione clinico consisteva di 67 pazienti afferenti alle due strutture, reclutati allo stesso modo, di cui 47 con afasia cronica di differente tipo e gravità diagnosticata mediante somministrazione dell'Aachener Aphasia Test (AAT; Luzzatti et al., 1991), 10 pazienti destrimani con lesione emisferica destra (CLDx) (età media = 52.1, ds 24.4, scolarità media = 12.5, ds = 3.2) e 10 pazienti con TCE con prestazione normale all'AAT (età media 37.1 anni, ds = 9.5, scolarità media = 10.7 anni, ds = 2.4). La scelta di includere questi ultimi due gruppi era legata al fatto che si voleva esaminare l'efficacia del DCT nell'individuare pazienti con deficit comunicativo non-afasico. Tutti i partecipanti hanno fornito consenso informato allo studio. Lo studio era stato preventivamente approvato dal comitato etico di ciascuna delle due strutture.

Nella selezione dei pazienti afasici sono stati utilizzati due criteri. Il primo criterio è consistito nell'individuare pazienti che producessero su uno stimolo di controllo (non incluso nella valutazione) almeno 10 parole rilevanti (cfr. Nicholas e Brookshire, 1993, per l'adozione di un criterio analogo). I 47 individui così selezionati sono stati sottoposti ad una ulteriore valutazione preliminare mediante somministrazione di una versione italiana del Sentence Comprehension test di Brookshire e Nicholas (1994). Brevemente, sono state rivolte loro 40 domande a risposta chiusa (Si/No) concernenti fatti personali (notizie su famiglia, lavoro, etc... raccolte dai familiari), notizie sullo stato della malattia e sul ricovero in ospedale ed infine domande su conoscenze generali. In questo modo, tra i 47 pazienti ne sono stati individuati 28 rappresentativi di una condizione di afasia lieve/moderata (APH-LIEVE) che presentavano una prestazione superiore all'80% di risposte corrette. L'età media di questo sottogruppo era di 64.8 anni (ds = 16.9) e la loro scolarità media era di 12.4 anni (ds = 3.3). Quest'ultimo gruppo, insieme ai pazienti con lesione emisferica destra e quelli con esiti di trauma cranio-cerebrale ha ricevuto l'intero test di valutazione delle abilità di comprensione di racconti (cfr. la sezione *Materiali*).

I rimanenti 20 soggetti con afasia grave (APH-SEVERA, età media 67.6 anni, scolarità media = 10.1) sono stati sottoposti a valutazione delle loro abilità di produzione ma non hanno ricevuto il test di comprensione di narrative (vedi oltre Procedura).

Materiali

Il test di comprensione di narrative si compone di 10 racconti che, seguendo le indicazioni di Brookshire & Nicholas (1994), hanno un contenuto umoristico allo scopo di aiutare la collaborazione tra esaminato ed esaminatore e ridurre la tensione. Le 10 storie da noi usate sono state ottenute mediante semplice traduzione delle storie della versione originale dal momento che descrivevano eventi di vita quotidiana. Esse sono controllate per numero di parole (*Range*: 190 - 250) e di frasi (*Range*: 12-15). Ulteriori controlli hanno riguardato la complessità grammaticale (numero di frasi subordinate) e lessicale (numero di parole a bassa frequenza). Per ognuna delle storie sono previste 8 domande sul contenuto della storia con risposta chiusa (Si/No). Due domande concernono idee principali espresse esplicitamente nel testo (Main Ideas Stated: MIS) ed altre due (Main Ideas Implicit: MII) idee principali lasciate implicite. Le rimanenti quattro domande testano invece informazioni periferiche o dettagli che vengono menzionati una sola volta nel testo. Nello specifico, si tratta, rispettivamente, di due dettagli in forma esplicita (Details Stated: DTS) e due implicite (Details Implicit: DTI) cioè desumibili da informazioni marginali espresse una sola volta nella storia. Anche le domande sono controllate per numero di parole, complessità sintattica e numero di parole a bassa frequenza. Il controllo di questi aspetti è stato fatto da un linguista esperto.

Per il compito di produzione (campioni di linguaggio elicitati mediante figura o figure in sequenza) sono state utilizzate tre figure singole standardizzate, la figura del Cookie Theft Picture description (BDAE; Goodglass & Kaplan, 1983), la figura del Picnic (WAB; Kertesz, 1982) e la figura del Paesaggio (MTDDA; Schuell, 1972), e due serie di figure in sequenza Vaso in testa (Huber & Gleber, 1982) e Litigio (Nicholas & Brookshire, 1993). Le figure possono essere agevolmente recuperate dai manuali originali ovvero (Cookie Theft, Paesaggio e Picnic) da Correia, Brookshire & Nicholas (1990). In Nicholas & Brookshire (1993) sono riportati poi altri stimoli controllati.

Procedura

Cinque delle storie per testare la comprensione vengono presentate in forma orale e le altre cinque in forma scritta. Dopo la somministrazione di ognuna delle storie si procede alla presentazione delle relative otto domande a risposta chiusa distribuite in maniera pseudo-random in funzione del carattere dell'informazione e della risposta corretta attesa. Prima di ciascuno dei due gruppi di storie (orale e scritto) viene somministrata, in analogo formato, una storia e le relative otto domande per fare in modo che il soggetto familiarizzi con il compito. Solo per queste due storie il paziente riceve dal terapeuta un feedback sulla sua prestazione. Per le storie presentate in forma orale l'esaminatore era allenato a leggere le storie ad alta voce con ritmo di circa 100-120 parole al minuto e senza particolare enfasi. Per le storie presentate in forma scritta al paziente viene lasciato tutto il tempo che desidera per leggere la storia ed il foglio di presentazione viene tolto prima della prima domanda, allorché dichiara di essere pronto (i tempi di lettura nella nostra esperienza sono di circa 60-120 sec.). Durante la somministrazione il paziente può autocorreggersi ma l'esaminatore registra le sue risposte sui fogli di notazione senza fornire alcun feedback sulla prestazione osservata. Il ritmo di presentazione delle domande seguiva le modalità consigliate per il Token Test ed era possibile l'autocorrezione.

Le figure per elicitarne campioni di linguaggio sono state somministrate subito prima della somministrazione del primo raccontino di allenamento (figura del Cookie Theft), dopo la somministrazione delle prime cinque storielle del test di comprensione di brani (Litigio e Picnic) e dopo la somministrazione delle cinque storielle in comprensione scritta (Vaso in testa e Paesaggio). Per ognuno degli stimoli il soggetto era invitato a descrivere le figure o le scenette in sequenza nella maniera più completa possibile secondo le istruzioni del Cookie Theft Picture Description (Goodglass & Kaplan, 1972): "mi descriva tutto quello che sta succedendo in questa figura" allo scopo di evitare di ottenere un semplice elenco degli elementi raffigurati. Il soggetto poteva procedere alla descrizione senza limiti di tempo. Dopo 15 secondi di silenzio l'esaminatore chiedeva "nient'altro" ed il soggetto poteva ancora aggiungere qualcosa se lo riteneva importante. Le produzioni dei soggetti venivano audioregistrate e trascritte annotando il tempo di eloquio. Successivamente le trascrizioni sono state analizzate seguendo una versione italiana della procedura di Nicholas & Brookshire (1993, cfr. Appendice).

I 19 soggetti con APH-SEVERA hanno ricevuto nei due intervalli tra la somministrazione dei 5 stimoli in produzione la somministrazione di 25 dei 50 stimoli del CADL-II (Holland, Frattali & Fromm., 1999) allo scopo di impegnarli in compiti di comprensione di linguaggio contestuale.

I 10 pazienti con TCE hanno ricevuto i cinque stimoli di produzione in una seduta a parte nel corso della quale erano sottoposti ad altri test. Allo scopo di bilanciare la variabile legata alla modalità di somministrazione, 28 partecipanti sani bilanciati per età e scolarità hanno ricevuto valutazione in produzione nel corso di una seduta testologica che faceva uso del CADL-II (Holland et al., 1999) per i cui dati normativi avevano accettato di collaborare. I dati in produzione di questi due gruppi verranno quindi analizzati separatamente con i rispettivi controlli.

Risultati

Comprensione di testi

Nella Tabella 1 sono riportati i risultati ottenuti dai quattro gruppi in funzione del tipo di informazione testata nella domanda, rispettivamente MIS = idee principali esplicitate nel testo, MII = idee principali implicite, DTS = dettagli esplicitati nel testo e DTI = dettagli impliciti nonché i punteggi totali ed i punteggi per salienza (MI = Idee principali vs. DT = Dettagli) e carattere esplicito/implicito (S = espliciti vs. I = implicito). All'ispezione dei dati ciascun gruppo mostrava un effetto della salienza dell'informazione nonché del carattere esplicito/implicito. Questo ultimo era molto più evidente sui dettagli che non sulle idee principali.

Data la scarsa variabilità e la distribuzione non gaussiana della performance, i dati dei soggetti di controllo sono stati trattati separatamente da quelli degli altri gruppi.

Tabella 1¹

Gruppo	Condizione	MIS	MII	DTS	DTI	Tot MI	Tot DT	Tot S	Tot I	Totale
Controlli	Set A	.09	.3	1.2	2.3	.4	3.5	1.3	2.6	
	(5 storie)	(.9)	(2)	(2.6)	(4.2)	(.8)	(2)	(1.8)	(1.8)	
Controlli	Set B	.06	.3	.8	1.3	.4	2.2	.9	1.6	
	(5 storie)	(1)	(1.2)	(1.8)	(3.5)	(.9)	(1.9)	(1.4)	(1.3)	
Controlli	DCT	.15	.62	2	3.6	.8	5.6	2.2	4.1	6.4
	(10 storie)	(2.2)	(1.1)	(1.7)	(2.4)	(.8)	(2.0)	(1.4)	(1.9)	(2.2)
Afasici	DCT	1.6	2.9	4	6.7	4.5	10.8	5.6	9.3	16.1
	(10 storie)	(2.1)	(2)	(1.7)	(3.1)	(2.8)	(5.2)	(4.3)	(2.8)	(5.4)
CL-dx	DCT	2.1	3.3	4.8	8.7	5.5	13.5	6.9	12.1	18.9
	(10 storie)	(2.2)	(2.4)	(2.7)	(4.1)	(3.8)	(5.1)	(4.5)	(7.8)	(8.9)
TCE	DCT	2.1	3.5	4.2	8.2	5.6	12.3	6.4	11.4	17.9
	(10 storie)	(2.7)	(2.8)	(3.9)	(6.9)	(5.5)	(8.2)	(4.8)	(7.3)	(9.2)

Controlli

La prestazione dei soggetti di controllo sulle informazioni principali (esplicite ed implicite) era praticamente senza errori. Tuttavia la loro prestazione sui DTS era migliore che sui DTI ($t = 6.7$, $df = 77$, $p < .001$).

Allo scopo di controllare il ruolo di età e scolarità sono state studiate le correlazioni tra queste variabili ed il numero totale di errori al DCT mediante regressione multipla. L'analisi non ha evidenziato effetto della scolarità ma l'effetto dell'età era significativo ($r^2 = .36$, $p < .007$) anche se di entità limitata.

Pazienti con lesioni cerebrali

Allo scopo di valutare gli effetti della salienza dell'informazione e del carattere esplicito/implicito della stessa sulla prestazione dei pazienti cerebrolesi, quest'ultima è stata sottoposta ad una ANOVA a tre vie (gruppo x salienza x carattere esplicito / implicito) che non ha evidenziato effetto del gruppo ($F = 1.5$, $df = 2$, NS) ma effetto della salienza ($F = 103.6$, $df = 1$, $p < .0001$) e del carattere esplicito / implicito ($F = 45.7$, $df = 1$, $p < .004$) nonché una interazione significativa tra i due fattori ($F = 8.7$, $df = 1$, $p < .004$). Nessun'altra interazione è risultata significativa. Ciò indica che la performance nei tre gruppi era condizionata allo stesso modo dalle due variabili che caratterizzano l'informazione contenuta nel brano. Inoltre l'interazione tra i due fattori indica che l'effetto del carattere esplicito/implicito si esplica prevalentemente sui dettagli.

Differenze tra pazienti con lesioni cerebrali e soggetti di controllo

L'ultima analisi ha riguardato le differenze tra soggetti normali e cerebrolesi. A questo scopo a partire dai dati dei soggetti di controllo è stato estrapolato un punteggio cut-off per il punteggio totale seguendo la formula (punteggio medio + $2ds = 10.8$). Utilizzando questo valore potevano essere identificate come patologiche le prestazioni di 22 dei 28 soggetti APH-LIEVE, di 8 dei 10 CLDX e della totalità dei pazienti con TCE (10 su 10). Infine un'ultima analisi ha riguardato il rapporto tra prestazione dei soggetti APH al DCT e loro deficit in comprensione evidenziato all'AAT. L'analisi non ha evidenziato correlazione significativa ($r = -.12$, NS).

¹ Numero medio (e deviazione standard) di errori nei soggetti dei quattro gruppi in funzione dei quattro tipi di domande (MIS = idee principali esplicite, MII = idee principali implicite, DTS = dettagli espliciti, DTI = dettagli impliciti), della salienza dell'informazione (idee principali = Tot MI vs. Dettagli = Tot DT) e del carattere esplicito/implicito della stessa (Idee Esplicite = Tot S vs. Idee implicite = Tot I). Nella colonna destra è riportato il numero medio di errori totali (Totale) per i soggetti dei 4 gruppi sulle 80 domande del test. Il set A è costituito da 5 storie presentate oralmente, il set B da altrettante con presentazione scritta.

Effetto della modalità di presentazione

I soggetti di controllo presentavano un evidente vantaggio della modalità di presentazione scritta (all'incirca 1-3 errori in meno rispetto alla presentazione orale, vedi Tabella 1). Tale effetto era presente in maniera più o meno evidente in tutti i gruppi (1,8 nei soggetti con afasia, 2,7 nei TCE ed 1,1 nei CLDx). Dato che l'effetto era legato fondamentalmente alla migliore prestazione sui DT esso può essere facilmente spiegato con il fatto che in condizione di lettura il soggetto non aveva limiti di tempo e poteva distribuire meglio le sue risorse di elaborazione delle informazioni. Pertanto questo aspetto non è stato più analizzato ed i dati per i tre gruppi sperimentali sono riportati solo come punteggi sulle 10 storie.

Produzione di discorsi narrativi

Circa il 10% dei campioni di linguaggio ottenuti è stato separatamente valutato da due degli autori per i parametri di numero di parole (Ws) e numero di parole identificabili come Unità Informative Corrette (CIUs) seguendo le norme in Appendice riportate in Nicholas & Brookshire (1993). Essendo le due valutazioni entrambi di tipo Si/No esse sono state confrontate semplicemente con la formula: n . di item su cui si verifica l'accordo / numero di item su cui c'è accordo + item su cui c'è disaccordo \times 100. Ciò permetteva un confronto con i dati riportati dagli autori del metodo. Per le Ws la percentuale di accordo nel riconoscimento è stata superiore a 96.1% mentre per le CIUs la percentuale più bassa osservata è stata dell'86.4% il che suggerisce che il metodo di attribuzione dei punteggi è accettabile per un impiego clinico della metodica. E' da notare che, allo scopo di verificare la riproducibilità del metodo, il 10% dei campioni di linguaggio è stato sottoposto a valutazione separata da parte di due studenti del corso di Neuroscienze dell'Università di Trieste cui erano state date le norme per la valutazione di CIUs e Ws. La percentuale di accordo è risultata del 70% circa. Dopo due sedute di discussione sui risultati, ai due studenti è stato dato da analizzare un ulteriore 10% dei campioni (metà da normali metà da soggetti con afasia) e su questi la percentuale di accordo è sempre risultata superiore al 90%.

Tabella 2²

Storia	Parole	Parole/min	CIUs	CIUs/min	%CIU
Cucina	92.8 (42.5)	114.4 (36.2)	75.5 (29.3)	89.6 (32.1)	84.6 (11.7)
Vaso	119.1 (48.5)	124.5 (26.9)	99.4 (49.5)	104.2 (24.9)	83.8 (7.4)
Paesaggio	101.2 (43.3)	111.6 (26.7)	83 (27)	93.6 (26.2)	81.9 (17.9)
Litigio	116.3 (52.1)	128.2 (28.1)	99.5 (48.3)	109.1 (28.1)	84.2 (8.4)
Picnic	110.4 (43.1)	121.7 (29.7)	96.7 (39.5)	109.5 (29.5)	87.6 (6.6)

Nella Tabella 2 sono riportati i valori medi dei cinque punteggi, rispettivamente Ws, Ws/m', CIUs, CIUs/m' e %CIU ottenuti dai soggetti controllo nella descrizione di ognuna delle cinque figure. L'effetto del tipo di stimolo su ciascuna variabile è stato analizzato mediante ANOVA separate che, dopo la correzione di Bonferroni, ha messo in evidenza un effetto dello stimolo solo nel caso del punteggio CIUs/m' ($F = 2.5$, $df=4$, $p < .03$). Tuttavia, come è illustrato dalla Tabella 2, le poche e piccole differenze osservate riguardavano lo stimolo "cucina" che, in quanto presentato per primo, poteva aver determinato un effetto della poca familiarità al compito (gli altri stimoli, infatti, erano

² Media (e deviazione standard) dei punteggi (CIUs analisi) ottenuti dai soggetti di controllo nei campioni di linguaggio elicitato da ognuno dei cinque stimoli utilizzati nella prova di produzione. *Legenda:* Parole = numero di parole nel campione, Parole/min = parole prodotte al minuto; CIUs = numero di Unità Informative Corrette; CIU/min = CIU prodotte al minuto; %CIU = Percentuale di parole nel campione valutate Unità Informative Corrette.

somministrati dopo che il soggetto aveva già familiarizzato con la dimensione comprensione/produzione di narrative dei compiti della seduta). Che esista un problema di adattamento del soggetto alle richieste del set è dimostrato dal fatto che, se si osservano le correlazioni tra i punteggi di Ws per ciascun campione e la valutazione media sui cinque campioni, si osserva che per il primo campione la correlazione non è significativa ($r=.37$, NS) ma per la media dei primi due è già $r = .45$ e per quella dei primi tre sale a $r = .79$ (per le misure derivate l'andamento è sovrapponibile e si arriva facilmente per i primi tre campioni a correlazioni con il punteggio medio dei cinque a $r = .82$). Inoltre, nella Tabella 2 è possibile osservare anche un modesto effetto del tipo di stimolo con parametri di produzione ed efficacia del linguaggio leggermente superiori nel caso di figure in sequenza rispetto alle figure singole. Tuttavia, tali differenze sono di piccola entità e non incompatibili con l'uso clinico di storie generate da figure in sequenza mescolate a storie generate da figure semplici.

Nella Tabella 3, sezione A, sono riportati i punteggi medi ottenuti da due dei gruppi sperimentali, rispettivamente soggetti APH con deficit di linguaggio rispettivamente lieve/moderato (APH LIEVE) o con deficit marcato (APH SEVERA), e gruppo di controllo (media dei punteggi sui cinque stimoli). Anche questi dati sono stati esaminati mediante ANOVA separate per ciascun parametro risultate tutte altamente significative ($p < .0001$). Ai controlli post-hoc i due gruppi sperimentali differivano dai controlli su tutti i parametri mentre differenze tra soggetti con afasia lieve rispetto a quelli con afasia moderata emergevano soltanto sui parametri CIUs, CIUs/m' e %CIU. L'assenza di differenze tra i due gruppi con afasia sulle misure di fluenza e produttività verbale è ovviamente legata al fatto che entrambi i gruppi includevano soggetti con afasia fluente e non-fluente e la conseguente variabilità dei valori di Ws e Ws/m' all'interno di ciascun gruppo non permette di osservare differenze tra loro. In ogni caso differenze significative emergono come previsto per gli altri tre parametri e ne autorizzano un loro uso clinico.

Tabella 3³

Gruppo	Parole	Parole/min	CIUs	CIU/min	%CIU
A)					
Controlli	107.8 (37.5)	120.2 (36.2)	90.8 (29.3)	101.2 (32.1)	84.6 (11.7)
APH-Lieve	65.3 (48.4)	56.1 (26.9)	28.7 (49.5)	34.2 (24.9)	46.2 (7.4)
APH-Severa	48.2 (35.3)	55.6 (26.7)	15.5 (27)	17.6 (26.2)	31.9 (17.9)
B)					
APH-Lieve (N=28)	14	17	22	23	24
APH-Severa (N=19)	10	13	19	19	19
Totale	24	30	41	42	43

Allo scopo di esaminare la potenza diagnostica di ciascun parametro, per ognuno di essi è stato calcolato un cut-off (media dei soggetti di controllo – 2ds per quel parametro) e sono stati conteggiati i soggetti per i quali, per ogni parametro, il sistema di analisi identificava un range di normalità. Nella Tabella 3b sono indicati i soggetti in ciascuno dei due gruppi sperimentali correttamente identificati da ciascun parametro. Come si può facilmente osservare, utilizzando singolarmente ognuna delle misure, in particolare Ws, Ws/m' ed anche CIUs, la proporzione di pazienti con afasia non identificati dal sistema è abbastanza alta da sconsigliarne un uso clinico. Tuttavia, per alcune delle misure (CIUs/m' e %CIU) l'accuratezza diagnostica cresce a livelli accettabili, nella misura di 43/47 diagnosi corrette per

³ A) Media (e deviazione standard) dei punteggi ottenuti dai soggetti di controllo e dai gruppi pazienti che costituivano i due gruppi di afasici (APH-LIEVE e APH-SEVERA) nei cinque campioni di linguaggio elicitati con i cinque stimoli utilizzati nella prova di produzione (per le abbreviazioni vedi Tabella II; B) Numero dei soggetti nei due gruppi sperimentali correttamente identificati dal cut-off di ciascuno dei parametri.

CIUs/m' e 42/47 per %CIU. Inoltre, se si utilizza il criterio di una prestazione patologica su una delle due misure, Ws/m' o %CIU (si veda l'introduzione), l'accuratezza diagnostica sale a 45/47.

Nella Tabella 4 sono riportati i valori medi dei cinque parametri ottenuti dai 10 pazienti con TCE ed i relativi 28 controlli. Tali dati sono stati analizzati separatamente in quanto questi soggetti hanno ricevuto la somministrazione del compito di produzione durante la somministrazione di test che non avevano a che fare con compiti di elaborazione di narrative né compiti di produzione discorsiva. Tale condizione, come previsto, ha comportato che i soggetti normali producessero descrizioni meno ricche (77 parole in media) rispetto ai controlli (all'incirca 100) e conseguente riduzione del contenuto informativo (circa 67 CIUs rispetto alle 90 attese, cfr. Tabella 4). In ogni caso è importante osservare che i valori dei due parametri di efficienza del linguaggio suggeriti per l'uso clinico (W/m' e %CIU) rimangono nelle due condizioni di somministrazione praticamente sovrapponibili (rispettivamente 125 rispetto a 120 per la fluenza e 87% rispetto a 84.6% per la concisione). Il confronto tra soggetti con TCE e controlli evidenzia inoltre che i parametri Ws/m', CIUs/m' e %CIU discriminano i due gruppi ($p < .001$ per tutti i confronti).

Tabella 4⁴

Gruppo	Parole	Parole/min	CIU	CIU/min	%CIU
Controlli	101.1 (37.5)	125.2 (36.2)	87.8 (29.3)	99.2 (32.1)	87.1 (11.7)
TCE	115.3 (48.4)	88.1* (26.9)	81.7 (49.5)	62.4* (24.9)	75.1* (7.4)

La performance di un caso singolo: una esemplificazione dell'uso del protocollo di Comprensione/Produzione di racconti nella pratica clinica.

N.V. era un adulto di 56 anni con 12 anni di scolarità di professione impiegato. Nel dicembre 2000 ha subito un ictus emisferico sinistro esitante in emiparesi grave ed afasia grave non-fluente. Trasferito in reparto di riabilitazione neurologica, ha praticato un ciclo di trattamento riabilitativo intensivo per l'emiparesi e per l'afasia con discreto recupero funzionale: dopo tre mesi aveva recuperato la deambulazione autonoma e presentava al controllo afasiologico un quadro clinico di afasia di Broca con gravissima componente disartrica. Il paziente, infatti, presentava una discreta comprensione orale ma produceva soltanto frammenti sillabici stereotipati e mal articolati in qualsiasi compito di produzione orale. Veniva a questo punto (aprile 2001) inserito in un programma di trattamento mediante una versione Italiana della Melodic Intonation Therapy di Spark (Carlomagno, Van Eckout, Samson, Blasi & Deloche, G. , 1997) della durata di tre mesi. Al termine (luglio 2001) il controllo afasiologico mediante AAT evidenziava un miglioramento sostanziale del quadro articolatorio con difficoltà che permanevano in forma attenuata. Per questo motivo, la maggior parte delle parole che produceva, per quanto foneticamente distorte, appariva riconoscibile (vedi Tabella 5). Persisteva, tuttavia, un quadro di afasia non-fluente di entità moderata con agrammatismo. La sua prestazione al Cookie Theft Picture Description raccolta durante il controllo post-trattamento di luglio è riportata in Tabella 5 unitamente alla valutazione della sua prestazione mediante analisi CIU.

Il paziente veniva dimesso ma, vista la sua ottima risposta al trattamento MIT, le caratteristiche del quadro clinico e la sua notevole collaborazione, veniva proposto un nuovo ciclo di trattamento intensivo in regime ambulatoriale (5 sedute settimanali per tre mesi) allo scopo di migliorare ulteriormente le sue capacità espressive. Veniva pertanto proposto un trattamento incentrato sulla stimolazione della produzione di frasi secondo la procedura HELPSS di Helm-Estarbrooks, Fitzpatrick & Barresi, 1981). Tuttavia, poiché il paziente si avviava verso una fase di cronicizzazione, si riteneva opportuno integrare il programma mediante stimolazione alla comunicazione multimodale in un set di produzione di racconti (cfr. Carlomagno, Losanno, Emanuelli & Razzano, 1991; Marini, Caltagirone, Pasqualetti & Carlomagno, 2007). Veniva quindi allestito un programma di trattamento secondo un

⁴ Media (e deviazione standard) dei punteggi ottenuti dai soggetti di controllo e dai pazienti con TCE nei cinque campioni di linguaggio elicitati nella prova di produzione. Abbreviazioni come in Tabella II. * = differenza significativa ($p < .001$, t-test) tra TCE e controlli.

paradigma ABAB che includeva stimolazione alla produzione di frasi secondo la procedura HELPASS (trattamento A = 15+15 sedute) e stimolazione alla comunicazione multimodale in produzione di racconti (trattamento B = 15+15 sedute) da svilupparsi nell'arco di tre mesi (settembre-dicembre 2001). I cinque controlli pre-post ciascun ciclo (A o B) includevano descrizione di 4 figure ed i controlli all'inizio ed alla fine di tutto il ciclo includevano la somministrazione del test di comprensione di racconti (DCT) ed il CADL (Pizzamiglio et al., 1984). I controlli intermedi col test di comprensione non furono eseguiti per ridurre al minimo gli effetti di allenamento. Allo stesso scopo gli stimoli per l'elicitazione delle descrizioni venivano continuamente alternati scegliendoli tra quelli proposti da Nicholas & Brookshire (1993).

Tabella 5

Esempi di valutazione del contenuto informativo di campioni di linguaggio di NV mediante CIU analysis (Nicholas e Brookshire, 1993).

A) Campione prodotto da NV (luglio 2001) su presentazione della figura "Cookie Theft Picture" del Boston Diagnostic Aphasia Examination (Goodglass e Kaplan, 1972)

"Mamma ... una mamma ... una mamma ... ehm, non so bene ... tatti ... tatti ehm... piatti ... lava ... si fa così, si piatti poi ... acqua sce, scende ... si per terra, non va bene ... bambino così si così ... cade cade da sopra... sorella anche vicino ... ma giù è giù ..."

Il campione consta di 39 parole (W = 39) di cui 11 sono valutate come Unità Informative Corrette (CIU = 11) in accordo ai criteri di Nicholas e Brookshire (1993); le CIU sono le parole sottolineate. A partire da questi valori e dal tempo di eloquio, nell'esempio 1 m e 6 sec., è possibile calcolare delle misure derivate che riguardano l'efficienza con cui è stata prodotta l'informazione: il numero di parole al minuto (W/m' nell'esempio = 36) il numero di Unità Informative Corrette al minuto o CIU/m' (nel nostro esempio = 10) e la percentuale di parole nel campione che possono essere considerate unità informative corrette o %CIU (nell'esempio 28%).

B) Nell'esempio sottostante è riportata la valutazione (settembre 2001) mediante figura della Western Aphasia Battery (Kertesz, 1982) a due mesi di distanza da quella eseguita con Cookie Theft Picture:

"Ok quadro io vedo, tempo dietro, allora, allora, allora, allora, mare, parco col laghetto, casa, due case due, lal-bero l'albero, laghetto con due e e con go contro vane barche a vela allora e e e con e em... bandiera... allora e bi-mbo colle sco-lino con cane e me allo e si-gnori allora signori seduto terra legge due no legge un libro e signole e signole versa bi-bità e e ladio e due macchine basta"

Il campione di 75 parole è stato prodotto in 2 m' e 5 secondi e contiene 24 CIU.

E' possibile osservare che, se i valori di CIU e W cambiano rispetto la precedente valutazione (in pratica raddoppiano), i valori delle misure di efficienza rimangono praticamente stabili: W/m' = 36, CIU/m' = 12 e %CIU = 32.

C) Campione di linguaggio elicitato con figura Cookie Theft Picture nel febbraio 2002, un mese circa dopo il termine del ciclo di terapia

"Allora, si vedo ... cucina è una cucina, ehm ... si cucina e una donna ... una mamma ... sta facendo ... sta facendo ... si piatti ... ehm, si ... poi vedo ... poi ... ac ... acqua va per terra ... per terra ... ehm tutto bagnato ... poi due ... figli ... ragazzo sta ... si cade ... se ... per prendere ... sedia cade ... ragazzo era sopra ... sorella ... grida ... è vicino a lui ..."

Campione di 53 parole prodotto in 1 m' e 39 secondi (W/m'=31) contenente 31 CIU (CIU/m' =18, %CIU =57).

I risultati sono riportati in Tabella 6 che include la valutazione effettuata al controllo post-trattamento M.I.T. di Luglio e la valutazione CADL eseguita in luglio e dicembre 2001.

Alcuni aspetti meritano discussione. Il primo è costituito dalle differenze tra la valutazione in luglio e settembre 2001, periodo in cui, in assenza di trattamento e di recupero spontaneo, non ci si aspettavano sostanziali differenze. Differenze notevoli sono evidenti sul numero di parole (Ws). Questo dato, tuttavia, può essere legato alle differenti situazioni di raccolta del campione dal momento che nel primo caso la somministrazione era avvenuta in un contesto di valutazione afasiologica omnicomprensiva mentre nel secondo la valutazione era sulle capacità di elaborazione di racconti. Questa ipotesi è avvalorata dal fatto che le tre misure derivate (Ws/m', CIUs/m' e %CIU) rimangono sostanzialmente invariate. Un secondo aspetto è dato dal fatto che al controllo pre-trattamento (settembre) il paziente produce un numero di parole prossimo al valore dei controlli ma le misure derivate (in particolare la Ws/m', la CIUs/m' e il %CIU) indicano chiaramente l'entità del suo deficit. Il terzo aspetto è costituito dal lieve ma sistematico miglioramento della performance sulle tre misure derivate. In particolare la CIUs/m' aumenta da 10 a 20.3 e la %CIU aumenta dal 30.7 al 55.4 indicando che N.V. è diventato molto più efficiente nel codificare verbalmente i concetti raffigurati nelle figure. E' da notare, infatti, che la misura di produttività (Ws) rimane praticamente invariata, 84.2 rispetto a 91.3, mentre l'informatività dei campioni di linguaggio cambia sostanzialmente nelle misure derivate come diversa è la sensazione del lettore allorché confronta i campioni pre/post terapia in Tabella 5. Inoltre, i dati della valutazione della comprensione di brani si modificano parallelamente, soprattutto nella comprensione di dettagli, permettendo al paziente una performance praticamente normale (cfr. Tabella 1).

Tabella 6⁵

Trattamenti	A	B	A	B
Valutazioni	1	2	3	5
Parole	85.2	84.6	67.9	91.5
CIUs	19.2	18.8	32.1	51.4
Parole/min	23.6	28.6	26.1	37.1
CIU/min	5.3	6.4	13.1	18.5
%CIU	21	22.3	47.6	56.1
Tot DCT	58			70
Tot MI	36			37
Tot DT	22			33
CADL	111/142			131/142

A tale miglioramento fa riscontro un miglioramento della prestazione al CADL che si porta ad un livello prossimo alla media dei controlli normali (media = 136.2). Infine, dai dati in Tabella emerge in maniera abbastanza chiara che, ad eccezione della variazione di W/m' che cresce indipendentemente dal tipo di trattamento, la variazione del contenuto informativo sembra essere in funzione del tipo di trattamento dal momento che le variazioni di CIUs, CIU/m' e %CIU sono prevalentemente legate ai due cicli di trattamento specifico sul racconto (cambiamenti tra le valutazioni C-D e E-F in assenza di cambiamenti nei periodi B-C e D-E).

⁵ Risultati della valutazione mediante analisi CIU (Nicholas & Brookshire, 1993) dei campioni di linguaggio prodotti da NV ai cinque controlli, i.e., prima e dopo aver sostenuto ciascuno dei 4 cicli di terapia con la Syntax Stimulation Therapy (Helm-Eastarbrooks, et al., 1981, Trattamento A) o con la PACE modificata (Carlomagno et al., 1991; trattamento B). Nella tabella sono riportati i valori medi ottenuti in ciascuno dei controlli con quattro campioni (due prodotti su presentazione di figure singole e due su sequenze di figure arrangiate in storiella). Abbreviazioni come in Tabella I e II. Sono riportati anche i dati della prestazione al CADL ed al DCT (numero di errori), rispettivamente i punteggi totali (Tot DCT) ed i punteggi sulle idee principali (Tot MI) e sui dettagli (Tot DT) all'inclusione nello studio ed al termine del programma di trattamento.

Discussione

Vogliamo ora sviluppare alcune considerazioni sulle modalità da noi proposte di valutazione delle abilità di elaborazione di narrative nel paziente cerebroleso. Il primo punto che ci sembra importante discutere è costituito dal fatto che il test proposto è in grado di cogliere la differente prestazione di soggetti sani di controllo e pazienti cerebrolesi e evidenziare gli effetti delle variabili principali prese in considerazione. Ad esempio, il subtest di comprensione di brani riproduce la prestazione sostanzialmente senza errori dei soggetti di controllo sulle idee principali (Brookshire & Nicholas, 1993), l'assenza sulle stesse di differenze esplicito/implicito risultate invece significative nella prestazione sui dettagli (Brookshire & Nicholas, 1993; Ferstl et al., 2005), la prestazione sostanzialmente normale degli afasici sulle idee principali nonostante la loro performance sia chiaramente patologica sul punteggio totale (Brookshire & Nicholas, 1993; Ferstl et al., 2005), la scarsa relazione in questo gruppo tra prestazione in comprensione di brani e performance ai subtest di comprensione dell'esame afasiologico standard, ed, infine, l'interazione tra salienza e carattere esplicito/implicito sui risultati dei tre gruppi con deficit comunicativo (Brookshire & Nicholas, 1993). Nel complesso, quindi, è possibile identificare pazienti afasici con prestazioni normali in comprensione di brani (Brookshire & Nicholas, 1993; Ferstl et al., 2005). A questo proposito, ci si può chiedere se non sarebbe stato opportuno, seguendo le indicazioni di Ferstl et al. (2005) elaborare una versione del test atta, come quella degli autori tedeschi, ad evidenziare pattern particolari come ad esempio l'effetto esplicito/implicito significativo anche sulle idee principali nei CLDx o la migliore comprensione dei dettagli impliciti in soggetti normali ed afasici. Dato il rilevante interesse per il potenziale diagnostico di questi pattern, è opportuno sottolineare che la presenza nei CLDx di un effetto esplicito/implicito anche sulle idee principali è stata rilevata anche da Brookshire & Nicholas (1993b) con il loro test ma di entità abbastanza piccola da non poter essere usata a scopi diagnostici. Più interessante potrebbe essere invece la necessità di dimostrare la sensibilità dei pazienti afasici alla ridondanza informativa, come nel tentativo di far sì che un dettaglio implicito di una storia possa essere inferito da più dettagli espliciti del testo come nel caso di passaggi del tipo: "la donna era sul pavimento, il coltello era a fianco a lei ... il coltello aveva sporcato il tappeto" rispetto alla domanda: "il coltello era per terra?". La sensibilità alla ridondanza informativa costituisce, infatti, una variabile importante della comprensione di brani nel paziente con afasia. Tale variabile è verosimilmente indipendente dalla capacità di inferire informazioni non menzionate esplicitamente (Strauss-Hough & Pierce, 1993). Essa, infatti, è presente in pazienti con deficit stabilizzato ma non in soggetti a 3-6 mesi dall'esordio. Valutare se un paziente afasico è in grado di utilizzare questi aspetti dell'informazione contenuta nel brano potrebbe essere utile sul piano clinico. Tuttavia, introdurre anche questa variabile nella procedura valutativa, ad esempio aggiungendo storie più lunghe, può comportare difficoltà importanti nel contenere la somministrazione del test in una sola seduta e rendere il test per altri versi meno affidabile della presente versione. E' da ricordare, infatti, che, nella nostra versione, i soggetti presentano sul secondo gruppo di storie (quelle presentate in forma scritta) una prestazione migliore che sul primo. Tale migliore prestazione, che noi abbiamo interpretato come legata al fatto che in lettura il soggetto può distribuire più razionalmente le sue risorse di trattamento dei brani, indica comunque che nella seconda parte della somministrazione i partecipanti hanno mantenuto un'attiva partecipazione al test. Disporre di un test con questa caratteristica è certamente più importante rispetto all'avere un test che fornisca una quantità maggiore di informazioni ma esponga al rischio di provocare, per la sua complessità, cedimenti nella partecipazione attiva dell'esaminato.

Una seconda importante considerazione metodologica riguarda l'affidabilità della procedura di valutazione dell'informatività. Come evidenziato in Tabella 2, le prestazioni dei soggetti di controllo sono abbastanza sovrapponibili sui differenti stimoli. Una nota dolente dei dati da noi presentati è ciononostante costituita dal confronto tra i dati dei soggetti sani riportati in Tabella 4 rispetto a quelli, sempre ottenuti su soggetti sani riportati in Tabella 2. Da una semplice ispezione dei dati è possibile notare che i controlli inclusi nell'esperimento con i soggetti con TCE presentano una produttività media (Ws) che è solo $\frac{3}{4}$ di quelli inseriti nella procedura di valutazione standard (campioni raccolti durante la somministrazione del test di comprensione di racconti). Ciò naturalmente può creare non poche perplessità sull'uso nella routine clinica di procedure testologiche che presentano oscillazioni così vistose dei punteggi ottenuti in funzione del contesto di somministrazione del compito (ricordiamo che i dati in Tabella 2 sono stati raccolti nel corso della somministrazione del test completo di comprensione/produzione di narrative mentre quelli in Tabella 4 sono stati raccolti nel

corso di altra situazione testistica; si vedano anche gli esempi a e b in tabella 5, campione a raccolto durante test afasiologici standard, campione b durante valutazione specifica della comprensione/produzione di narrative). Tuttavia, è opportuno notare che, nonostante queste oscillazioni, le misure suggerite di efficienza di linguaggio (Ws/m', CIUs/m' e %CIU) rimangono ampiamente sovrapponibili nei soggetti sani nelle due condizioni. Inoltre, come può essere facilmente desunto dalla Tabella 2, nelle condizioni di valutazione da noi proposte le prestazioni dei soggetti normali rimangono abbastanza sovrapponibili sui cinque campioni utilizzati nel compito di produzione. Essendo questi dati riferiti alla media dei soggetti esaminati si potrebbe obiettare che essi possono nascondere variazioni più vistose a livello individuale. Tuttavia, come già osservato a proposito dei dati sui campioni ottenuti con le singole figure, se l'uso di un singolo campione espone a questo rischio, l'uso di tre campioni è già sufficientemente rappresentativo dei valori medi dei parametri di produttività, fluenza ed efficienza informativa del singolo soggetto.

Un'ulteriore considerazione riguarda la riproducibilità di alcune misure. Ad esempio, gli autori della analisi in CIUs riportano che la percentuale di accordo tra valutatori indipendenti nel giudicare una parola come CIU era per i loro controlli superiore al 90% nei campioni ottenuti da descrizione di figure, figure in sequenza e discorso procedurale. Dati analoghi sono stati ottenuti con facilità anche da noi. Ciò è naturalmente a favore dell'ipotesi di un facile utilizzo del sistema di analisi nella *routine* clinica come segnalato anche nella descrizione della nostra esperienza. E' sufficiente, infatti, una formazione di poche ore per raggiungere un accettabile livello di riproducibilità della valutazione. Tuttavia, il sistema è proposto per la valutazione anche di narrative di eventi personali. In questo caso, però, a differenza del campione elicitato con figure, non esiste il vantaggio per l'esaminatore costituito dalla conoscenza delle figure stesse ed il giudizio "parola X = CIU; parola Y = nonCIU" può variare in funzione della familiarità tra soggetto ed esaminatore. E' da notare che, su campioni di narrative personali, Oelschager & Thorne (1999) hanno ottenuto percentuali di accordo tra giudici "esperti" solo del 60% circa. Noi non abbiamo esperienze dirette su questi aspetti e quello che ci sembra opportuno consigliare è, almeno per il momento, di usare il sistema di analisi con cautela nel caso di narrative di eventi personali.

Infine, una ultima considerazione concerne il significato da attribuire alle misure fornite dal test di comprensione/produzione di narrative. E' stato notato, infatti, che i metodi di analisi del discorso nel cerebroleso permettono di studiare se e come il cerebroleso con deficit comunicativo riesce a comunicare le sue idee o a decodificare i messaggi che gli arrivano in contesto comunicativo (Armstrong, 2000). Tuttavia, i metodi di analisi del discorso differiscono molto tra loro perché il concetto di discorso può riferirsi agli aspetti della produzione di linguaggio in un contesto narrativo come quello da noi utilizzato (valutazione della organizzazione e codifica/decodifica dell'informazione contenuta nel campione di linguaggio narrativo) o può anche includere aspetti (incluso il ruolo dell'ascoltatore e componenti non-verbali dello scambio) dello specifico contesto in cui lo scambio comunicativo si verifica (Armstrong, 2000). L'analisi delle CIUs ed il test di comprensione del discorso prendono in esame la prima opzione e si preoccupano di definire strumenti di misura dell'efficacia con cui l'informazione viene codificata/decodificata nel/dal contesto linguistico, ignorando pertanto altri aspetti contestuali della comunicazione umana. Da ciò deriva che tali misure non sono indicative della probabilità di successo comunicativo nella vita quotidiana e non correlano con le misure ispirate a questo concetto (Ramsberger & Rande, 2002). Ciò tuttavia non toglie loro un importante valore ecologico dal momento che le differenze nel linguaggio di pazienti osservate con le misure derivate di informatività sono percepite da soggetti normali (Jakobs, 2001, Marini et al., 2007; Ross & Wertz, 1999) e dal momento che tali misure sono in grado di evidenziare miglioramenti nel linguaggio nei soggetti con deficit comunicativo che verrebbero ignorati dalle comuni batterie afasiologiche (Marini, Andreetta, Del Tin & Carlomagno, 2011a; Ross & Wertz, 1999).

Il potenziale diagnostico delle misure dell'analisi in CIU è confermato dai dati dei pazienti con TCE. Questi ultimi, infatti, sono stati scelti con il criterio di avere prestazioni normali all'esame afasiologico come confermato dall'assenza di errori lessicali o grammaticali (parafasie, anomie, paragrammatismi, produzione di frasi incomplete, etc...) all'esame strutturale dei campioni secondo la procedura delineata in Marini e Carlomagno (2004). Tuttavia, l'analisi evidenzia un deficit di efficienza informativa (ridotti valori di CIU/m', Ws/m' e %CIU) pur in presenza di valori di CIUs non diversi da quelli dei soggetti normali sani di controllo. E' da notare che su questi campioni è stata evidenziata

una correlazione significativa tra %CIU e numero di errori di coerenza/coesione (Carlomagno, Vorano, Biasutti & Marini, 2011). Ciò indica che le misure dell'analisi in CIUs su campioni di linguaggio narrativo possono essere anche utili per diagnosticare disturbi di linguaggio non-afasico, dovuti cioè non a perdita di competenze lessicali o morfosintattiche ma a difficoltà di organizzazione coerente delle informazioni all'interno di una struttura narrativa. Tale ipotesi è tuttora in corso di verifica mediante lo studio dei campioni di linguaggio prodotti da pazienti con deficit comunicativo non afasico già caratterizzati secondo metodi di analisi del discorso (ad es. Marini, 2012; Marini, Galetto, Zampieri, Vorano, Zettin & Carlomagno, 2011b)

Infine, l'utilità pratica dello strumento diagnostico qui presentato ci sembra ampiamente illustrata dalla descrizione dei cambiamenti dei parametri di informatività del linguaggio nel caso del paziente NV. Nel suo caso infatti, la valutazione mediante le abituali batterie afasiologiche non mostra cambiamenti in conseguenza del trattamento ricevuto se non per il CADL. Tuttavia, la valutazione delle competenze discorsive evidenzia un significativo aumento della prestazione in comprensione di brani e un significativo incremento del contenuto informativo del suo linguaggio. Che questo cambiamento sia realmente significativo è dimostrato dal parallelo incremento della prestazione al CADL, i.e., l'unico test afasiologico di cui, finora, sia stata dimostrata capacità predittiva di successo nello scambio conversazionale di informazioni (Holland, 1980); e dall'incremento dei punteggi al test di comprensione di brani, che ci conferma che il miglioramento ottenuto dal paziente corrisponde ad una aumentata capacità nell'elaborare le informazioni di un testo narrativo.

Bibliografia

- Andreetta, S., Cantagallo, A., & Marini, A. (2012). Narrative discourse in anomic aphasia. *Neuropsychologia*, 50(8), 1787-1793.
- Armstrong, E. (2000). Aphasic discourse analysis: The story so far. *Aphasiology*, 14(8), 875-892.
- Brookshire, R. H., & Nicholas, L. E. (1993). Discourse Comprehension Test. Minneapolis, Minnesota: BRK Publishers.
- Brookshire, R. H., & Nicholas, L. E. (1994). Speech Sample Size and Test-Re-test Stability of Connected Speech Measures for Adults with Aphasia. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 399-407.
- Carlomagno, S., Losanno, N., Emanuelli, S., & Razzano, C. (1991). Expressive language recovery or improved communicative skills: effects of P.A.C.E. therapy on aphasics' referential communication and story retelling. *Aphasiology*, 5, 419-424.
- Carlomagno, S., Van Eckout, P., Samson, Y., Blasi, V., & Deloche, G. (1997). The impact of functional neuroimaging methods on development of neuropsychological rehabilitation methods. *Journal of Neuropsychological Rehabilitation*, 7(4), 311-326.
- Carlomagno, S. (2002). *Approcci pragmatici alla terapia dell'afasia*. Milano: Springer.
- Carlomagno, S., Vorano, L., Biasutti, E., & Marini, A. (2011). Discourse informativeness in TBI adults without aphasic symptoms. *Brain Injury*, 25(10), 1010-1018.
- Correia, L., Brookshire, R. H., & Nicholas, L. E. (1990). Aphasic and Non-brain-damaged adults' descriptions of aphasia test pictures and gender-biased pictures. *Journal of Speech Hearing Disorders*, 55, 713-720.
- Craig, H. K., Hinkley, J. J., Winkelseth, M., Carry, L., Bardach, L., Higman, B., & Sheimo, D. (1993). Quantifying connected speech samples of adults with chronic aphasia. *Aphasiology*, 7, 155-163.

- Ferretti, F., Adornetti, I., Cosentino, E., & Marini, A. (2013). Keeping the route and speaking coherently: The hidden link between spatial navigation and discourse processing. *Journal of Neurolinguistics*, 26, 327-334.
- Ferstl, E. C., Walther, K., Guthke, T., & Von Cramon, D. Y. (2005). Assessment of story comprehension deficits after brain damage. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27, 367-384.
- Goodglass, H., & Kaplan, E. (1972). *The Boston Diagnostic Aphasia Examination*. Philadelphia (PA): Lea & Febiger.
- Helm-Estabrooks, N. A., Fitzpatrick, P. M., & Barresi, B. (1981). Response of an agrammatic patient to a syntax stimulation program for aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46, 422-427.
- Holland, A. (1980). *Communicative Abilities in Daily Living*. Baltimore: University Park Press.
- Holland, A. L., Frattali, C., & Fromm, D. (1999). *Communicative Abilities in Daily Life*, Second Edition. Austin, Texas: Pro-ed.
- Huber, W., & Gleber, J. (1982). Linguistic and non-linguistic processing of narratives in aphasia. *Brain and Language*, 16, 1-18.
- Jakobs, B. J. (2001). Social Validity of Changes in Informativeness and Efficiency of Aphasic Discourse Following Linguistic Specific Treatment (LST). *Brain and Language*, 78, 115-127.
- Kertesz, A. (1982). *Western Aphasia Battery*. New York: Grune & Stratton.
- Kintsch, W., & van Dijk, T. A. (1978). Toward a model of text comprehension and production. *Psychological Review*, 85, 363-394.
- Larfeuil, C., & Le Dorze, G. (1997). An analysis of the word-finding difficulties and of the content of the discourse of recent and chronic aphasic speakers. *Aphasiology*, 11(8), 783-811.
- Luzzatti, C., Willems, K., & De Bleser, R. (1991). *Aachener Aphasia Test (Versione Italiana)*. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Marini, A., & Carlomagno, S. (2004). *Analisi del discorso e patologia del linguaggio*. Milano: Springer.
- Marini, A., Carlomagno, S., Caltagirone, C., & Nocentini, U. (2005). The role played by the right hemisphere in the organization of complex textual structures. *Brain and Language*, 93, 46-54.
- Marini, A., Caltagirone, C., Pasqualetti, P., & Carlomagno, S. (2007). Patterns of language improvement in non-chronic non-fluent aphasia after specific therapies. *Aphasiology*, 21(2), 164-186.
- Marini, A., Andretta, S., Del Tin, S., & Carlomagno, S. (2011a). A multi-level approach to the analysis of narrative language in Aphasia. *Aphasiology*, 25(11), 1372-1392.
- Marini, A., Galetto, V., Zampieri, E., Vorano, L., Zettin, M., & Carlomagno, S. (2011b). Narrative language in Traumatic Brain Injury. *Neuropsychologia*, 49, 2904-2910.
- Marini, A. (2012). Characteristics of narrative discourse processing after damage to the right hemisphere. *Seminars in Speech and Language*, 33(1), 68-78.

- Marini, A. (2008). *Manuale di neurolinguistica*. Roma: Carocci.
- Nicholas, L., & Brookshire, R. (1993). A system for quantifying the informativeness and efficiency of the connected speech of adults with aphasia. *Journal of Speech Hearing Research, 36*(2), 338-350.
- Nicholas, L., & Brookshire, R. (1995a). Comprehension of narrative discourse by adults with aphasia, right-hemisphere brain damage or traumatic brain injury. *American Journal Speech-Language Pathology, 4*, 69-81.
- Nicholas, L., & Brookshire, R. (1995b). Presence, completeness, and accuracy of main concepts in the connected speech of non-brain-damaged adults with aphasia. *Journal of Speech and Hearing Research, 38*, 145-156.
- Oelschager, M. L., & Thorne, J. C. (1999). Application of the Correct Information Units Analysis to naturally occurring conversation of a person with aphasia. *Journal of Speech and Hearing Research, 42*, 636-548.
- Pizzamiglio, L., Laicardi, C., Appicciafuoco, A., Gentili, P., Judica, A., Luglio, L., Razzano, C. (1984). Capacità comunicative di pazienti afasici in situazioni di vita quotidiana: adattamento italiano. *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria, XLV*(2), 187-210.
- Ramsberger, G., & Rande, B. (2002). Measuring transactional success in the conversation of people with aphasia. *Aphasiology, 16*, 337-353.
- Ross, K. B., & Wertz, R. (1999). Comparison of impairment and disability measures for assessing severity of, and improvement in, aphasia. *Aphasiology, 13*, 113-24.
- Schuell, H. (1972). *The Minnesota Test for Differential Diagnosis of Aphasia*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Shewan, C. M. (1988). The Shewan Spontaneous Language Analysis (SSLA) system for aphasic adults: Description, Reliability and Validity. *Journal of Communication Disorders, 21*, 103-138.
- Stachowiak, J., Huber, W., Poeck, K., & Kerschensteiner, M. (1977). Text comprehension in aphasia. *Brain and Language, 4*, 177-195.
- Strauss Hough, M., & Pierce, R. S. (1993). Contextual and thematic influences on narrative comprehension of left and right hemisphere brain-damaged patients. In Brownel H. H., & Joannette Y. (Eds.), *Narrative discourse in neurologically impaired and normal aging adults* (pp.213-238). San Diego (CA): Singular Publishing Group.
- Ulatowska, H., Freedman-Stern, R., Doyel, A., Macaluso Haines, S., & North, A. J. (1983). Production of narrative discourse in aphasia. *Brain and Language, 19*, 317-334.
- Wilcox, M. J., Davis, G. A., & Leonard, L. B. (1978). Aphasics' comprehension of contextually conveyed meaning. *Brain and Language, 6*, 362-377.
- Yorkston, K. M., & Beukelman, D. R. (1980). An analysis of connected speech samples of aphasic and normal speakers. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 45*, 27-36.

Appendice

Regole per il conteggio delle parole (Ws) e delle Unità di Informazione Corrette (CIUs) secondo Nicholas & Brookshire (1993) derivate dall'Appendice B del lavoro originale

Parole (Ws). Non si conteggiano:

1. Dichiarazioni, fatte prima o dopo che il soggetto inizi la descrizione, e che non hanno a che fare con la figura da descrivere “penso di aver già visto questa figura” “sono pronto”, per eliminarli è necessario che siano grammaticalmente separati dalla descrizione vera e propria nel senso che “bene , inizio con la donna che lava i piatti” vanno conteggiate tra le parole; inoltre vanno inclusi i commenti che si verificano nel corso della descrizione “lei sta lavando i piatti, io non faccio così, ma lei è troppo pensierosa”
2. parole o parole tronche non comprensibili nel contesto da parte di qualcuno che conosce l'argomento dello scambio;
3. intercalari che non siano parole.

Per tali verbalizzazioni procedere ad una marcatura preliminare con un tratto rosso

Parole (Ws). Si conteggiano:

Definizione: le parole intellegibili in un contesto in cui l'ascoltatore conosce l'argomento del discorso dell'altro. Le parole non devono necessariamente essere rilevanti ed informative relativamente al contenuto delle figure o l'argomento del discorso. Si conteggiano pertanto:

1. parafasie semantiche, fonemiche o neologismi (sostituzioni di fonemi) che siano riconducibili ad una parola che abbia a che fare col contesto;
2. parafasie verbali che risultano in una parola anche se non è correlata alla figura “lei sta levando i piatti”
3. commenti che riguardano la figura, la performance o l'esperienza del paziente “la madre, mi sembra, sta lavando i piatti”;
4. contrazioni comuni o semplificazioni di parole;
5. le parole unite dal trattino valgono per 2;
6. nei numeri viene conteggiata ciascuna parola (es venti-sette)
7. le parole composte sono conteggiate come una; nei nomi propri viene conteggiata ciascuna parola (es Giancarlo).

Unità di corretta informazione (CIUs).

Definizione: le parole che sono contestualmente intellegibili, accurate in relazione alla figura, rilevanti ed informative rispetto il contenuto delle figure. Per essere considerate CIU le parole devono essere già conteggiate nel conto delle parole. Non si conteggiano (segnate come sottolineate)

1. parole che non descrivono accuratamente la figura: nomi, pronomi, verbi non esatti, es: “lei sta cadendo” “lui è caduto” Se sono presenti errori grammaticali che determinano incomprensione o comprensione vaga non vanno considerate come CIU “c'è un bambino ed una bambina, i bambini stanno sullo sgabello”. Se più persone stanno compiendo una azione ed uno solo è menzionato “sta arrivando un bambino” (arrivano un bambino ed una bambina) va conteggiata anche se la descrizione è incompleta.
2. parole scorrette sul cui significato si possono avere dubbi “e lui crolla per terra”;
3. tentativi di correggere errori di pronuncia;
4. frasi tronche, false partenze, o revisioni dell'oratore; se la frase è incompleta ma fornisce informazioni “lei pulisce e l'acqua cade per terra”, queste devono essere conteggiate;
5. ripetizioni che non aggiungono informazioni “lei sta pulendo, lavando i piatti”; se le ripetizioni sono necessarie, vengono fatte per rafforzare il significato “lei è distratta, veramente distratta” o per espandere un'informazione precedentemente fornita, vanno conteggiate;

6. pronomi che non hanno un chiaro riferimento “questo i bambini, poi c’è **lei** che pulisce”, se il pronome viene ripetuto in riferimento allo stesso referente sconosciuto (es il secondo lei di “questo i bambini, poi c’è lei che pulisce, **lei** però è distratta”), andrà conteggiato;
7. parole o frasi vaghe “sta lavando **le cose**”, non specifiche, non necessarie per la completezza grammaticale di una dichiarazione; in generale “qui” e “lì”, a meno che non siano necessari per la completezza della dichiarazione, non verranno conteggiati;
8. termini congiuntivi (“poi”, “quindi”, “così”) soprattutto se usati indiscriminatamente; se usati per indicare una conseguenza (sono adeguati, e non usati indiscriminatamente), vanno conteggiati;
9. avverbi del tipo “apparentemente”, “evidentemente”, “naturalmente” o frasi del tipo “io penso che”, poiché usati come riempitivo nella maggior parte dei casi;
10. parole o frasi riempitivi o intercalari quando non trasmettono informazioni”;
11. la congiunzione “e”;
12. commenti sull’argomento, sulla performance o esperienze personali “non mi viene bene il termine” “non si capisce bene”.

Unità di corretta informazione (CIUs). Si conteggiano:

1. tutte le parole intelligibili e corrette in base alla figura;
2. parole che esprimono legittime incertezze “c’è una donna, dovrebbe essere la madre”;
3. il tentativo finale di correggere un errore “l’acqua caspa, **casca** per terra”;
4. termini informali, quando informativi;
5. termini in abbellimento che si aggiungono agli eventi della figura o che esprimono una morale;
6. le parole separate da trattino vanno considerate come 1 CIU l’una;
7. parole che anche se scorrette dal punto di vista grammaticale, sono intelligibili in base al contesto (ad esempio, una parola viene utilizzata al plurale invece che al singolare).

The role of the Organizations Clinic Unit in a medical intensive care organizational change

*Dario Iozzelli**, *Monica Giuli***, *Laura Belloni****

Abstract

The aim of this paper is to highlight a psycho - sociological consulting/intervention process planned and carried out by the Organizations Clinic Unit within a medical Intensive Care Unit (ICU) at the Florence University Teaching Hospital of Careggi (AOUC). The consulting intervention/process started as a need of the whole medical Intensive Care Unit staff throughout a broader AOUC organizational change and during the transition from closed ICU format to the open one. An organizational change strongly supported from the Tuscany Regional Bioethics Commission. The Organizations Clinic Unit intervention, here described, was structured in consecutive steps which included also a specific training path for the whole ICU staff. In conclusion, some reflections on this peculiar organizational change and some proposals regarding future actions that could be carried out to face it.

Keywords: psychosociological consulting; organizational change; open intensive care unit; teamworking in health care settings; health workers training.

* Psychologist, Psychotherapist, Specialist in Clinical Psychology and Psychotherapy, collaborate from 2007 with the Center of Regional Reference on the Criticalities Relations and with the Operating Structure Departmental Complex of Clinic Organizations near University Company Hospital worker of Careggi. E-mail: dario.iozzelli@gmail.com

** Psychologist, collaborates with Center of Regional Reference on the Criticalities Relations and with the Operating Structure Departmental Complex of Clinic of the Organizations near University Company Hospital worker of Careggi. E-mail: monicagiuli@gmail.com

*** Managing Doctor, Psychiatrist and Psychotherapist, In charge of the Center of Regional Reference on the Criticalities Relations and Director of the Operating Structure Departmental Complex of Clinic of the Organizations near University Company Hospital worker of Careggi. E-mail: bellonil@aou-careggi.toscana.it

La Clinica delle Organizzazioni nel cambiamento organizzativo di un reparto di terapia intensiva

*Dario Iozzelli**, *Monica Giuli***, *Laura Belloni****

Abstract

Il presente contributo si propone di illustrare un processo consulenziale richiesto alla SODc Clinica delle Organizzazioni da parte di un reparto di Terapia Intensiva di un'Azienda della Regione Toscana in occasione di alcune trasformazioni che stavano interessando l'operatività del gruppo di lavoro. Tale processo ha avuto come esito la realizzazione di un percorso formativo rivolto agli operatori sanitari della struttura anche con la finalità di accompagnarli nel passaggio da reparto di Terapia Intensiva *chiusa* a reparto di Terapia Intensiva *aperta*. Il cambiamento organizzativo dal Reparto di area critica chiuso al reparto aperto è sostenuto anche dalla Commissione Regionale di Bioetica della Regione Toscana. Vengono quindi proposte una discussione e una riflessione sia sulle principali tematiche che un simile cambiamento organizzativo comporta sia su azioni che possono essere messe in atto per farvi fronte.

Parole chiave: consulenza psicosociologica; cambiamento organizzativo; terapia intensiva aperta; gruppo di lavoro in sanità; formazione operatori sanitari.

* Psicologo, Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia Clinica e Psicoterapia, collabora dal 2007 con il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazioni e con la Struttura Operativa Dipartimentale Complessa di Clinica delle Organizzazioni presso Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi. E-mail: dario.iozzelli@gmail.com

** Psicologo, collabora con Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazioni e con la Struttura Operativa Dipartimentale Complessa di Clinica delle Organizzazioni presso Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi. E-mail: monicagiuli@gmail.com

*** Dirigente Medico, Psichiatra e Psicoterapeuta, Responsabile del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazioni e Direttore della Struttura Operativa Dipartimentale Complessa di Clinica delle Organizzazioni presso Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi. E-mail: bellonil@aou-careggi.toscana.it

Il reparto ospedaliero di Terapia Intensiva in Italia osserva ancora una struttura organizzativa orientata da rigide regole di restrizione, facendo dell'area critica un luogo essenzialmente di ricovero, in cui il paziente, cosciente o non cosciente, aspetta la stabilizzazione delle proprie funzioni vitali e in cui può essere fortemente limitata la presenza, se non anche la visita, di familiari e visitatori. Si parla in questo caso di Rianimazione Chiusa, intendendo una chiusura che si attua su molteplici livelli, temporale, fisico e relazionale (Giannini, 2008).

Negli ultimi anni si è assistito ad un dibattito crescente sulla possibilità di modificare l'attuale assetto organizzativo dei reparti di Terapia Intensiva in vista di una loro maggiore apertura, intendendo con ciò una struttura di cure intensive in cui uno degli obiettivi dell'équipe è la razionale riduzione o l'abolizione di tutte le limitazioni non necessarie poste a livello fisico e relazionale (Giannini, 2008).

La rassegna di Giannini del 2007 ha riassunto i benefici di una maggiore "apertura" dei reparti di Terapia Intensiva ai familiari, contestando così il pensiero che l'accesso dei familiari in questi reparti possa mettere a rischio l'incolumità fisico-sanitaria del paziente stesso, incrementare il rischio di infezioni, l'interferenza con le cure e il carico di stress per pazienti e familiari. Gli studi scientifici, al contrario, hanno messo in evidenza come la distanza dai propri affetti sia un fattore di sofferenza per il paziente, che affronta un isolamento fisico ed emotivo in una situazione complessa quale il ricovero in un reparto di Terapia Intensiva (Giannini, 2007).

Due diversi studi (Giannini, Miccinesi & Leoncino, 2008; Giannini & Miccinesi, 2010) hanno messo in evidenza come la chiusura delle Terapie Intensive sia un fenomeno prevalente in Italia, caratterizzato da una politica sulle visite decisamente connotata in senso restrittivo.

In Toscana, regione in cui la Commissione Regionale di Bioetica (CRB) ha individuato delle Raccomandazioni relative alla permanenza dei parenti presso le Rianimazioni e le Terapie Intensive, è stata realizzata un'indagine finalizzata a favorire una conoscenza delle realtà che si erano adeguate a quanto indicato (Valdambrini, Canavacci & Orsi, 2011). L'indagine, condotta fra aprile e maggio 2010, ha coinvolto 74 strutture disseminate su 31 presidi ospedalieri, per un totale di 74 medici e 69 infermieri. In estrema sintesi è stata confermata la prevalenza, al momento dell'indagine, di una chiusura delle Terapie Intensive. Rispetto all'atteggiamento del personale nei confronti di tale cambiamento è maggiore il numero di operatori che si dicono contrari, in particolare tra la categoria professionale dei medici. Emerge inoltre una differenza nelle risposte fornite dai medici e dagli infermieri su questioni organizzative. Un ulteriore risultato è che, a due anni di distanza dalle raccomandazioni, nel 50% delle strutture non era stato svolto per il personale sanitario alcun corso di formazione relativamente all'apertura del reparto di Terapia Intensiva.

L'apertura di un reparto di Terapia Intensiva comporta una crescita della consapevolezza della portata etica delle prassi assistenziali, nell'ottica di una presa in carico complessiva della problematicità clinica, etica e relazionale dei pazienti ricoverati (Valdambrini, Canavacci & Orsi, 2011). Un simile cambiamento non può non influire sugli operatori e sui gruppi di lavoro che si trovano a vivere e ad agire tale cambiamento, poiché esso incide sul significato stesso dei reparti di Terapia Intensiva e sul modo in cui, individualmente e in gruppo, gli operatori si approcciano a tale cambiamento e lo organizzano. Inoltre in questa nuova realtà organizzativa, oltre a svolgere le normali funzioni di assistenza medica, il personale sanitario si trova ad affrontare nuove e diverse situazioni relazionali e comunicative con pazienti e familiari in un contesto ambientale con spazi e regole differenti. Il compito di instaurare una buona comunicazione tra paziente, familiari ed operatori al fine di minimizzare, per quanto possibile, il dolore, l'ansia e lo stress della degenza e delle cure, assume un ruolo centrale e non eludibile, con inevitabili ripercussioni anche sul gruppo di lavoro degli operatori.

Da alcune esperienze emergono problemi all'avvio del processo di apertura di un reparto di Terapia Intensiva sotto vari punti di vista: all'interno dell'équipe prendono campo molte incertezze relazionali ma anche gestionali, tra cui la necessità di dedicare tempo ai parenti a discapito dell'assistenza diretta ai pazienti, la mancanza di spazio per un'eventuale nuova disposizione architettonica, la scelta delle informazioni da dare ai parenti, la modalità di relazionarsi con essi (Madeo & Parisi, 2008). Lo studio condotto nel 2008 da Garrouste - Orgeas e colleghi (Garrouste-Orgeas, Philippart, Timsit, Diaw, Willems, Tabah, Bretteville, Verdavainne, Misset & Carlet, 2008) ha messo in evidenza come le diverse categorie professionali possano avere percezioni anche eterogenee su aspetti quali l'organizzazione delle cure, la fiducia dei familiari e il carico di stress per la famiglia. Lo studio del 2008 di Bracci, relativamente al gruppo di lavoro composto da medici e infermieri, ha riportato un maggiore accordo dei primi su un'ulteriore apertura del reparto di Terapia Intensiva. È interessante

notare come, sempre nello stesso studio, emerga tra le osservazioni riferite dagli infermieri l'importanza, prima di ogni cambiamento organizzativo, di poter contare su una buona comunicazione e un libero scambio di opinioni in modo da avere una linea comportamentale comune nei confronti dell'utente (Bracci, 2008).

In vista di un simile cambiamento appaiono dunque indispensabili percorsi formativi specifici, volti al raggiungimento di una consapevolezza condivisa dell'intera équipe sanitaria coinvolta nel processo assistenziale del paziente critico. Tale necessità trova ragione anche nell'esigenza di rendere il personale sanitario in grado di favorire "un'educazione" dei parenti al rispetto delle regole e quindi consentire un uso consapevole degli spazi e dei tempi della struttura.

La Clinica delle Organizzazioni in un'Azienda Ospedaliero Universitaria

Obiettivo del presente contributo è rendere nota un'esperienza di intervento formativo psicosociologico condotta presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi (AOUC) di Firenze dalla Struttura Operativa Dipartimentale Complessa (SODc) di Clinica delle Organizzazioni (Belloni & Marabini, 2010; Belloni et al., 2011). Tale esperienza ha riguardato una delle Terapie Intensive dell'Azienda che aveva in programma il passaggio da modalità organizzativa chiusa ad aperta.

La SODc di Clinica delle Organizzazioni è collocata presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi ed è inserita nello Staff della Direzione Generale. Il suo intervento prevede la cura della dimensione relazionale per il miglioramento del benessere e della salute organizzativa attraverso azioni di prevenzione del disagio, all'interno di un più ampio contesto di cambiamento e di innovazione organizzativa, nonché di prevenzione di criticità con i cittadini/utenti. Obiettivo è quindi il superamento delle criticità relazionali interne all'organizzazione e con l'utenza, per un miglioramento della qualità della vita organizzativa e dei servizi di cura offerti agli utenti.

Le sue azioni pertanto sono rivolte, su richiesta della Direzione e degli stessi Dipartimenti Aziendali, a migliorare le interazioni tra individuo e contesto organizzativo, all'interno dei gruppi di lavoro e tra gruppi. In tal senso si individuano come principali livelli di intervento il Sistema – Organizzazione, i Gruppi e gli Individui.

Tutti gli interventi si realizzano non solo in collaborazione con la Direzione Aziendale e con le diverse strutture direttamente coinvolte, ma anche, in un'ottica di intervento di rete, in sinergia con tutti gli interlocutori che in Azienda si occupano di questi temi: dal Servizio Prevenzione e Protezione (SPP), alla Medicina del Lavoro, dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) alla Amministrazione Giuridica del Personale, fino agli Affari Legali e agli Affari Generali per l'area dei contenziosi.

Nello specifico gli interventi si svolgono attraverso un'attività di consulenza e supporto all'individuo – gruppo – organizzazione che ne fanno richiesta. Gli stessi interventi sono orientati ad accompagnare il cambiamento organizzativo legato a processi di rimodulazione organizzativa, all'introduzione di nuove tecnologie, a cambiamenti strutturali, all'organizzazione delle attività per intensità di cura. In sintesi si possono individuare tre livelli, tra loro in collegamento circolare:

- a) Prevenzione: consulenza – sensibilizzazione – collaborazione a livello di Direzione Aziendale e Dipartimentale relativamente alle strategie operative, all'accompagnamento dei cambiamenti organizzativi e alle criticità caratterizzanti i diversi percorsi di cura ospedalieri.
- b) Diagnosi: valutazione dello stress lavoro-correlato, indagine di clima interno, consulenza per situazioni di discriminazione e mobbing, valutazioni elaborate ad hoc per particolari criticità aziendali, con individuazione di aree più resilienti e aree più vulnerabili; valutazione della soddisfazione dei pazienti rispetto ai servizi offerti.
- c) Intervento: consulenza a individui e a gruppi; progetti formativi per gruppi di lavoro; progetti specifici articolati per rispondere al disagio rilevato e alle criticità relazionali emerse.

In particolare la formazione rappresenta uno strumento privilegiato di trasformazione delle dinamiche organizzative che possono creare le condizioni generanti criticità relazionali, come ad esempio avviene nei processi di cambiamento (Belloni et al., 2011). Essa permette di offrire uno spazio di sviluppo e di sensibilizzazione per l'area dell'organizzazione portatrice della domanda sui temi delle criticità relazionali, delle competenze psicologiche e comunicative nei processi di cura e sulle modalità di analisi, lettura e comprensione delle dinamiche del sistema individuo-gruppo-organizzazione.

L'analisi della richiesta di formazione e la progettazione del percorso formativo si sviluppano in un processo dinamico e non rigido che privilegia l'analisi della domanda e una attenzione agli aspetti emozionali/relazionali del contesto all'interno del quale nasce l'esigenza stessa dell'intervento.

La formazione psicosociologica

Il tema della formazione psicosociologica per i professionisti della salute viene spesso argomentato attraverso il confronto tra due diverse rappresentazioni dell'azione formativa stessa. Partendo da considerazioni principalmente di natura epistemologica, si contrappone la formazione definibile come tradizionale, caratterizzata sostanzialmente da una trasmissione di contenuti, competenze ed eventualmente anche di atteggiamenti da apprendere in una forma che potremmo definire come replicativa – duplicativa, alla formazione invece concepita come spazio di elaborazione dei significati psicologici che è necessario identificare e strutturare nel particolare della situazione di apprendimento. Seguendo un modello proposto da Renzo Carli, si distingue la *formazione data*, progettata aprioristicamente rispetto al problema presentato (Carli & Paniccina, 1999) e organizzata secondo un insieme di norme a cui sottostare, da quella *costruita* in funzione delle problematiche presentate e che vede l'accordo tra le parti (consulente/formatore e richiedente) come risultato di un processo di negoziazione non scontato o completamente prevedibile (nei suoi contenuti o processi). Il primo è un modello che potremmo definire come applicativo: un format concepito altrove che si applica alle situazioni che si considerano consone o adatte. Il secondo, invece, dispone di una metodologia capace di dar senso alla domanda formulata e, soprattutto in ragione di essa, di costruire nel qui ed ora della relazione formativa specifica un intervento ad hoc.

Nella *formazione data* si assume un ambiente di apprendimento facilitante l'espletamento della formazione stessa (Grasso, Cordella & Pennella, 2003), mentre nella *formazione costruita* è la stessa definizione dello spazio di lavoro formativo ad essere lavoro e prodotto dell'intervento, in quanto con esso si delinea uno spazio che, se funzionale, permette di leggere ed argomentare la domanda proposta. Nel primo caso la richiesta formativa è a monte dell'intervento e ne giustifica l'applicazione, nel secondo la domanda rimane quale oggetto dell'intervento formativo.

Lo specifico dell'intervento qui in esame, a nostro parere, si colloca in uno spazio articolato ed intermedio tra questi due modelli. Il processo consulenziale evidenzia e articola la domanda iniziale posta al consulente (SODc), permettendo così di definire la stessa (co – costruzione dello specifico dell'intervento psicosociologico). Lo specifico della situazione organizzativa – Azienda Ospedaliero Universitaria del SSN – definisce i percorsi istituzionali attraverso i quali rende possibile l'intervento stesso (nel caso qui riportato la formazione aziendale).

Lo specifico del ricovero in un reparto di Terapia Intensiva

Il ricovero in un reparto di area critica ospedaliera, come è quello di Terapia Intensiva, rappresenta sempre un evento critico complesso, sia relativamente agli aspetti medico clinici sia per quanto concerne quelli psicologico relazionali ed emotivi (Bermuez, Sanz, Novoa & Serrano, 1999; Boer, van Ruler & van Emmerik, 2008; Bracci, 2008; Capuzzo, 2005; Cassel, 2005; Colville, 2001; Covinsky et al., 1994; Curtis, 2001; Davidson, 2005; Giannini, 2007; Giannini, 2008; Giannini & Miccinesi, 2010). L'evento ricovero in un reparto di Terapia Intensiva è un momento drammatico nella vita di una persona e dei suoi familiari sia come conseguenza della gravità della situazione clinica (ad esordio improvviso, progressivo o come recrudescenza di una patologia pregressa e/o cronica, invalidante, degenerativa) sia perché spesso l'evento si verifica in modo improvviso, alterando drammaticamente la capacità di adattamento del nucleo familiare. Oltre al prestare cure intensive, all'operatore sanitario, sia esso medico, infermiere od operatore socio sanitario, è quindi richiesta anche la capacità di instaurare e mantenere un rapporto empatico comunicativo e d'aiuto basato sulla fiducia. Attraverso un atteggiamento trasparente che delinei con competenza, chiarezza e semplicità l'intero percorso di cura, è possibile accompagnare e sostenere la famiglia nel comprendere e affrontare questa particolare situazione ad alto contenuto emotivo, che spesso influisce non solo sulla percezione della qualità delle cure ma anche su scelte cruciali e sullo sviluppo di progetti futuri post ricovero. L'operatore sanitario

e il gruppo di lavoro in area critica si confrontano quotidianamente con aspetti critici anche, e soprattutto, sotto il profilo relazionale, tali da richiedere una collaborazione integrata con le competenze di area psicologico clinica sia per l'intervento sul paziente, sia per il supporto ai familiari, sia per l'implementazione – manutenzione – supervisione degli aspetti psicologico relazionali nel rapporto paziente – familiari – operatore e in quelli operatore – gruppo di lavoro.

Il progetto di intervento psicosociologico della SODc Clinica delle Organizzazioni ha avuto lo scopo di sostenere lo sviluppo delle componenti psicologiche nel contesto ospedaliero di area critica intervenendo sul livello orizzontale paziente – familiari – operatore – gruppo di lavoro, considerato in ogni sua componente.

L'operatore del reparto di terapia intensiva

L'ambiente di un reparto di Terapia Intensiva è potenzialmente molto stressante, soprattutto per l'alta mortalità e la gravità dei quadri clinici, per i confronti quotidiani con questioni etiche e per un'atmosfera spesso carica di tensioni emotive. L'esposizione ripetuta a stress estremi e la difficoltà a poter controllare alcune variabili ambientali possono contribuire allo sviluppo di problematiche psicologiche significative, come ansia, depressione, burn-out, e disturbo post-traumatico da stress.

L'analisi della letteratura (Copia, 2007; Corbo & Pastorino, 2006; Garrouste – Orgeas et al., 2008; Novoa Blanca & Ballestreros de Valderrama, 2006; Pagliaini, Affò & Mabellini, 2004; Wilson, 1987) e le attività di tipo psicologico presenti all'interno dei reparti di varie realtà ospedaliere hanno permesso l'individuazione di modalità comunicative disfunzionali, di dinamiche operatore – paziente e di comportamenti presentati dai familiari di pazienti ricoverati in situazioni di criticità che possono rappresentare fattori di difficile gestione per gli operatori.

I più frequenti sono: il disagio e l'angoscia degli operatori legati agli eventi comunicativo-relazionali relativi a complicanze o esiti negativi nella cura del paziente; la ricerca da parte dei familiari dei pazienti ricoverati di quei gesti e/o parole nell'atto comunicativo dell'operatore che evocano speranze o illusioni nei confronti delle condizioni di salute del proprio caro; le seguenti necessità, da parte dell'operatore che comunica una notizia, di conoscere questa dinamica e di saperla gestire in maniera ottimale; la tendenza alla delega della "cattiva notizia" riscontrabile in alcuni operatori a vari livelli di consapevolezza; l'utilizzo di strategie difensive disfunzionali per affrontare i notevoli carichi di angoscia portati dai familiari di pazienti ricoverati; la difficoltà nel gestire quelle situazioni che rievocano esperienze personali nell'operatore coinvolto e la necessità di saper riconoscere eventuali meccanismi di identificazione con l'assistito. In questa cornice, interventi psicologici di supporto agli operatori, singolarmente e in gruppo, insieme ad attività di consulenza, formazione e intervizione, costituiscono strumenti per il miglioramento del benessere e la riduzione del disagio psicologico degli operatori, nonché per lo sviluppo e la manutenzione delle competenze psicologico – relazionali del gruppo di lavoro sia al suo interno che verso l'utenza.

Verso un reparto di Terapia Intensiva Aperto

Un reparto di Terapia Intensiva aperto all'interno dell'ospedale per intensità di cure pone alcune questioni relative alla presa in carico del paziente, quali il passaggio tra Terapia Intensiva e degenze a minor intensità di cura, l'omogeneità dell'assistenza e una attenzione agli aspetti di accoglienza e relazionali durante tutto il ricovero, tutti aspetti vissuti con forte intensità emotiva da parte degli utenti. Strumenti per il monitoraggio di questi aspetti e la prevenzione di eventuali criticità sono l'accompagnamento dei pazienti e familiari nei reparti di destinazione attraverso l'individuazione di case manager, lo sviluppo di percorsi condivisi dagli operatori dei diversi reparti (formazione), l'implementazione di competenze relazionali e comunicative degli operatori (cura degli aspetti di anticipazione dei cambiamenti di reparto e di accoglienza, formazione dedicata).

Tra i fattori di rischio per pazienti e familiari (Azoulay, 2005; Barclay & Lie, 2007; Coots, 2007; Davis, 1978; Davydow, 2008; De Bertolini & Rupolo, 1986; Deja, 2006; DeKeyser, 2003; Durbin, 1995; Epstein & Breslow, 1999; Fassier, 2005; Fowler, 1997; Granberg, 1999; Griffiths, 2007; Jones, 2004; Jones, 2007; Keenan et al., 2000; Laitinen, 1996; Lautrette, 2007; Leite, 2005; McCartney &

Boland, 1994; Montanari, 1998; Morse, 2002; Papathanassoglou, 2010; Peris et al., 2011) molto brevemente è possibile identificare: isolamento socio – relazionale, problematiche socio – ambientali e psicologiche pregresse al ricovero, repentinità dei quadri clinici soprattutto nei pazienti giovani, mancata comprensione del percorso ospedaliero e delle scelte terapeutiche, comunicazione insufficiente con lo staff.

Figurano invece tra i fattori protettivi l'individuazione di figure dedicate, di spazi dedicati all'accoglienza, la possibilità di identificare un percorso chiaro intraospedaliero, la fiducia negli operatori legata alla percezione dell'accoglienza dei bisogni, la necessità di essere coinvolti quanto più attivamente possibile nel percorso di cura.

Consulenza di processo

L'intervento nasce dal percorso consulenziale (consulenza di processo) richiesto alla SODc Clinica delle Organizzazioni dalla Direzione da uno dei reparti di Terapia Intensiva dell'AOU Careggi. Nello specifico si tratta di alcune criticità collegabili ad un percorso di trasformazione sia dell'area di degenza sia del Dipartimento cui lo stesso reparto afferisce: nuove tipologie di pazienti, nuova organizzazione della degenza, apertura del reparto di Terapia Intensiva, nuovo assetto relazionale con utenza e familiari, ma anche operatori sanitari di altre aree della stessa Azienda, nuovo assetto organizzativo aziendale. La richiesta riguarda quindi la possibilità di permettere un cambiamento organizzativo positivo condiviso da tutto lo staff medico infermieristico, che si trova a curare una diversa tipologia di pazienti e in un nuovo contesto organizzativo, quindi a operare all'interno di un nuovo assetto del sistema dinamico paziente – operatore – gruppo di lavoro – organizzazione sanitaria. Viene ipotizzato per il raggiungimento dell'obiettivo suddetto un intervento integrato della SODc Clinica delle Organizzazioni come consulente di processo sia per il reparto di Terapia Intensiva sia per tutte le équipe sanitarie (ed i singoli professionisti impiegati) coinvolte nel delicato processo clinico – chirurgico per nuove tipologie di pazienti.

La consulenza di processo della SODc delinea, quindi, i principi fondamentali a cui deve essere ispirata un'azione che sappia incidere sui problemi del cambiamento organizzativo, comprendendo e superando le resistenze sempre presenti in un sistema interumano dinamico e offrendo soluzioni concrete capaci di rappresentare al tempo stesso un'opportunità di crescita professionale e personale dei singoli e dei gruppi di lavoro.

La consulenza di processo (Schein, 2001) può essere definita come una particolare tecnica dell'attività di comprensione e d'aiuto a persone, gruppi e organizzazioni. Tale approccio, analogamente a quello della clinica psicosociale, si basa, tra gli altri, sull'assunto che un sistema umano può essere aiutato solo ad aiutarsi da sé. Il tipo di relazione che si auspica per un aiuto efficace affonda le sue radici in ambito terapeutico: la consulenza di processo è, infatti, un tipo di ricerca-azione, un metodo che si inserisce all'interno di programmi di sviluppo organizzativo, ma è essenzialmente un metodo clinico, che si denota da un particolare atteggiamento nel rapportarsi a determinati problemi organizzativi.

In sintesi gli step consulenziali della SODc hanno interessato i seguenti aspetti:

- a) coadiuvare la Direzione Aziendale dell'AOU Careggi nella gestione del processo di cambiamento nella specializzazione del Reparto di Terapia Intensiva per le nuove tipologie di accessi e tecniche/tecnologie impiegate;
- b) coadiuvare il processo interno al gruppo di lavoro del reparto di Terapia Intensiva di costruzione, redazione e condivisione di nuove linee guida per le attività specialistiche di reparto (auto – formazione);
- c) strutturare un intervento formativo ad hoc co-costruito con il personale del reparto inerente tematiche comunicativo – relazionali, lavoro di gruppo, gestione dello stress e implementazione delle conoscenze/competenze psicologiche del singolo e dell'équipe;
- d) coadiuvare e favorire un percorso interno all'équipe di migliore gestione organizzativa delle risultanti del nuovo assetto organizzativo e di utenza attraverso l'analisi dell'assetto organizzativo e clinico verticale (interna al reparto di Terapia Intensiva);
- e) favorire la ricerca scientifica multi – professionale su aspetti rilevanti il nuovo assetto, sia organizzativo sia clinico, conseguente il cambiamento suddetto.

Il processo consulenziale – su richiesta del Direttore del reparto e del Coordinatore infermieristico dello stesso – è stato intrapreso attraverso i percorsi aziendali esistenti per la richiesta della consulenza psicosociologica alla SODc Clinica delle Organizzazioni. Il significativo cambiamento organizzativo interno – nuove tipologie di pazienti ricoverati insieme con una nuova politica di servizio (reparto di Terapia Intensiva Aperta) – in parallelo al consistente cambiamento organizzativo esterno al reparto ma interno all’Azienda – rimodulazione dei servizi per intensità di cura, accorpamento di unità operative e strutturazione di nuove aree di intervento – avevano comprensibilmente e significativamente alterato l’assetto organizzativo e relazionale del reparto. Questo si è espresso non ancora attraverso *sintomi espliciti di disfunzionalità organizzativa*, ma con segnali di sofferenza relazionale ed organizzativa del personale impiegato nel reparto in relazione ai compiti professionali, definibili come ordinari, e soprattutto verso quelli conseguenti al nuovo scenario organizzativo (interno ed esterno al reparto) che si stava preannunciando. Ad una prima serie di incontri organizzati dalla SODc Clinica delle Organizzazioni con il Direttore del reparto e con il Coordinatore infermieristico per una prima analisi delle problematiche organizzative riportate, sono seguiti alcuni incontri di consulenza con tutto il gruppo di lavoro degli operatori del reparto (medici, infermieri e OSS). Gli obiettivi dei suddetti incontri, concordati con il gruppo di lavoro, erano: una prima valutazione e una condivisione delle problematiche emerse nei colloqui con il Direttore e il Coordinatore infermieristico; un focus grupitale sui problemi organizzativi e relazionali che il reparto stava affrontando; la possibilità di individuare, insieme con il percorso consulenziale in essere e all’interno dei percorsi aziendali esistenti – in questo caso la formazione aziendale inerente gli aspetti relazionali e psicologici – i contenuti formativi più idonei e soprattutto condivisi con il gruppo. In questo caso il gruppo stesso è definibile come committente dell’intervento.

Il percorso formativo

Il percorso formativo è stato pensato per permettere un’analisi critica dei processi comunicativi e relazionali messi in atto dall’operatore nel gruppo di lavoro al fine di individuare pattern disfunzionali e/o potenziare modalità già acquisite che si sono rilevate efficaci, ad esempio nella gestione dei conflitti, nella condivisione delle modalità comunicative con pazienti e familiari e nella comunicazione tra operatori. Tale revisione critica è di particolare importanza in un contesto di cambiamento organizzativo come quello che caratterizza l’apertura del reparto di Terapia Intensiva, poiché consente di promuovere una riflessione condivisa sugli effetti che potrebbero derivare nei confronti sia dell’utenza/familiari sia del gruppo di lavoro e di individuare in modo congiunto le azioni che è necessario intraprendere per favorire un adattamento più efficace possibile per il gruppo di lavoro secondo una dimensione sia individuale che collettiva.

Il percorso formativo ha visto la realizzazione di due edizioni in modo da agevolare la partecipazione di tutti gli operatori del reparto di Terapia Intensiva. Ogni edizione ha previsto cinque moduli di quattro ore ciascuno, così articolati:

- 1^a e 2^a modulo: Problematiche psicologiche ed emotive del paziente e dei familiari nel reparto di Terapia Intensiva.
- 3^a modulo: Implicazioni relazionali e fattori di stress per l’operatore e il gruppo di lavoro del reparto di Terapia Intensiva.
- 4^a e 5^a modulo: Aspetti relazionali - comunicativi e criticità relazionali in un reparto di Terapia Intensiva aperta; gruppo di lavoro e strumenti per prevenire e affrontare le criticità relazionali in un reparto di Terapia Intensiva aperta.

All’inizio del percorso formativo è stato somministrato ai partecipanti un questionario volto a indagare le aspettative che i partecipanti nutrivano nei confronti del cambiamento rappresentato dall’apertura del reparto di Terapia Intensiva. I risultati sono stati poi restituiti agli operatori al termine del percorso al fine di introdurre i temi maggiormente legati al gruppo di lavoro e favorire una discussione collettiva. Lo strumento impiegato ha preso spunto da quello impiegato nella ricerca del 2008 di Garrouste-Orgeas e collaboratori precedentemente citata (Garrouste-Orgeas et al., 2008).

Al percorso formativo, organizzato in due edizioni così da agevolare la partecipazione del personale in turno, hanno preso parte all'incirca quindici operatori tra medici, infermieri e OSS. Nel corso degli incontri è stata utilizzata una metodologia formativa di tipo partecipato, che ha previsto sia la presentazione di riflessioni relative ad aspetti più contenutistici (le più frequenti difficoltà psicologiche e relazionali dei pazienti, dei loro familiari e del gruppo di lavoro), con relativa discussione sull'esperienza degli operatori in aula, sia l'illustrazione di casi clinici esemplificativi di criticità specifiche che possono insorgere in una realtà come quella di un reparto di Terapia Intensiva nella modalità "chiusa" e nel passaggio a quella aperta. Ampio spazio quindi è stato lasciato al confronto e alla discussione dei partecipanti sui temi che gli operatori avvertivano come particolarmente significativi per il proprio gruppo di lavoro così come all'impatto che il processo di apertura poteva avere rispetto ad essi. È stato privilegiato negli incontri lo sviluppo di riflessioni e connessioni tra esperienza vissuta, consapevolezza e conoscenza del funzionamento del gruppo di lavoro, aspettative sul cambiamento in fieri e approfondimento delle conoscenze sui temi trattati. Tra gli elementi emergenti, i più rilevanti anche per le ricadute operative che comportano sono stati il rapporto con i familiari dei pazienti, sia per l'attivazione emotiva che suscita sia perché molti dei cambiamenti legati al passaggio a reparto di Terapia Intensiva aperta riguarda un aumento della loro presenza nei box; la necessità di un adattamento negli aspetti formali del lavoro (es. orari, consegne etc.) e in quelli relazionali (accoglienza, rassicurazione, tutela di tutta l'utenza presente in reparto); la ridefinizione di alcune regole in virtù del significato profondo che sostiene l'apertura del reparto e l'impatto di questa sul gruppo di lavoro.

Al termine del percorso formativo, il gruppo di lavoro coadiuvato dai formatori si è dato il compito di rivedere e aggiornare la brochure informativa del reparto in vista della trasformazione in un reparto di Terapia Intensiva aperta. È inoltre stato previsto un incontro in cui verificare l'andamento del processo di cambiamento ed ipotizzare eventuali ulteriori azioni da realizzare in accordo con il Direttore di Struttura Operativa e il Coordinatore Infermieristico.

Commento

La realizzazione di un percorso formativo in occasione dell'apertura del reparto di Terapia Intensiva è una pratica sostenuta dalla Commissione Regionale di Bioetica della Regione Toscana, sebbene la ricerca promossa dalla Commissione abbia messo in luce una scarsità di esperienze formative sul tema attivate dalle varie strutture sanitarie.

Un percorso formativo dedicato al tema del passaggio a reparto di Terapia Intensiva aperta configura la possibilità per gli operatori di riflettere su questa modalità organizzativa a partire da quello che è il loro quotidiano lavorativo e la loro esperienza in relazione ai pazienti, ai familiari dei pazienti, al gruppo di lavoro stesso e all'organizzazione. L'introduzione dei vari aspetti connessi all'apertura del reparto di Terapia Intensiva e del modo in cui essi impattano sugli operatori agevola una riflessione del gruppo di lavoro spingendolo a ripensare se stesso e l'organizzazione entro la quale è inserito. Creare lo spazio per una tale attività di riflessione e revisione di gruppo può essere ritenuta la premessa ad ogni tipo di cambiamento culturale ma anche operativo da affrontare.

Nello specifico del gruppo di lavoro che ha preso parte al percorso formativo, è emersa la raffigurazione di un quotidiano operativo caratterizzato da esperienze diverse, da ritmi molto intensi di lavoro e da un contesto in continuo cambiamento. Come era lecito aspettarsi nei confronti della apertura del reparto di Terapia Intensiva non è risultata una polarizzazione del gruppo a favore o a sfavore dello specifico cambiamento organizzativo, quanto piuttosto la compresenza dei due elementi.

Il questionario, somministrato unicamente con la finalità di promuovere una discussione e un confronto interno agli operatori, ha consentito di mettere in evidenza come le diverse professionalità mostrassero un simile andamento nei diversi quesiti. Per esempio sia i medici che gli infermieri sembravano aspettarsi uno scarso effetto dell'apertura sull'organizzazione delle cure offerte al paziente e sulla puntualità degli esami e delle procedure sul paziente a causa della presenza dei familiari nel box. La maggioranza degli operatori non è apparsa preoccupata delle ricadute dell'apertura del reparto sulla fiducia dei familiari nei confronti del team, anzi, su questo specifico quesito, negli operatori ha prevalso l'aspettativa che essa potesse persino aumentare. Questo risultato sembrerebbe alludere al modo in cui il gruppo vede se stesso, ovvero con fiducia e con competenza.

Se su questi aspetti il gruppo è parso comportarsi in modo piuttosto omogeneo, lo stesso andamento non si è osservato nei quesiti in cui veniva indagata la ricaduta in termini di stress relativo alla relazione con i familiari, tema rispetto al quale il gruppo ha fornito risposte eterogenee.

Un tale risultato ha sollecitato una riflessione da parte degli operatori e una esplicitazione di eventuali dubbi e riserve, soprattutto in relazione ai limiti attraverso i quali definire la presenza dei familiari, tema che è emerso in modo particolare in riferimento alle occasioni in cui è richiesto allo staff medico infermieristico di compiere manovre mediche invasive. Attraverso il confronto e la condivisione gli operatori hanno avuto modo di esplorare punti di vista alternativi al proprio personale, anche attenuando le idee di partenza, fino alla necessità di considerare ogni caso come a sé stante. È opportuno sottolineare come il riconoscimento e la legittimazione iniziali di tutte le posizioni pongano le basi per la costruzione di un'idea quanto più condivisa possibile, che orienterà poi l'adattamento del processo di apertura alle specificità di quell'area di degenza.

Una ulteriore variabilità, sebbene meno accentuata, è emersa anche nell'aspettativa che la presenza dei familiari potesse comportare disagio nel personale nel momento in cui si trova ad esaminare il paziente.

Conclusioni

Alla luce dell'importanza di aprire i reparti di Terapia Intensiva ad una maggiore presenza dei familiari e dei significati che ciò può assumere per il gruppo di lavoro, riteniamo che per meglio fronteggiare un tale cambiamento organizzativo sia particolarmente indicata la creazione di un percorso formativo dedicato che consenta uno spazio in cui operare una riflessione e una revisione di aspetti legati alla propria operatività, all'interno del quale discutere e confrontarsi sui propri dubbi e sulle proprie resistenze in un clima accogliente e rispettoso di tutte le posizioni.

La necessità di un tale percorso è ancora più evidente quando i cambiamenti che i gruppi si trovano ad affrontare comportano un'evoluzione del significato con cui si guarda al proprio operato, al gruppo di lavoro e all'utenza.

Un elemento che può rappresentare un limite all'esperienza descritta è l'assenza di una valutazione più strutturata della ricaduta operativa dell'intervento formativo rivolto al gruppo di lavoro, ad esempio attraverso il monitoraggio di indicatori aziendali oggettivi (segnalazioni e reclami all'URP aziendale) e variabili prevalentemente soggettive (stress lavoro correlato, clima interno, etc.) correlate alle attività del reparto e da confrontare nelle fasi pre e post cambiamento organizzativo.

Infine sarebbe interessante approfondire come il gruppo di lavoro elabora nel tempo i temi discussi all'interno del percorso formativo, ad esempio individuando quali aspetti si sedimentano come competenze relazionali e comunicative proprie del gruppo stesso e quali invece tendono a scomparire, così come sarebbe opportuno valutare l'evoluzione della tipologia di criticità e di difficoltà che il gruppo di lavoro vive nel proprio quotidiano operativo. Un'ipotesi è quella di poter prevedere successivamente dei percorsi consulenziali/formativi ai ruoli di coordinamento e direzione dei gruppi di lavoro, a supporto e per il mantenimento delle competenze psicologico relazionali degli operatori.

Bibliografia

Alastra, V. (2007). La ricerca partecipata sul tema del benessere organizzativo in sanità. In D.

Converso & R. Falcetta (Eds.), *Burn-out e non solo. Valutazione del rischio, prevenzione e benessere nelle organizzazioni* (pp.126-142). Torino: Centro Scientifico Editore.

Azoulay, E. (2005). The end-of-life family conference: communication empowers. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171, 803-804.

Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J. et al. (2005). Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171, 987-994.

- Barclay, L., & Lie, D. (2007). New Guidelines Issued for Family Support in Patient-Centered ICU. *The American College of Critical Care Medicine (ACCM)*.
www.medscape.com/viewarticle/551738
- Belloni, L. (Ed.). (2011). *Le relazioni umane nei processi di cura*. Pisa: Edizioni ETS.
- Belloni, L., & Marabini, M. (2010). La struttura di Clinica delle Organizzazioni dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi. *Tendenze nuove, 1*.
- Bermúdez, A. M., Sanz, C., Novoa, M., & Serrano, C. (1999). Informe final del trabajo realizado por el equipo de psicología en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Rafael. Proyecto de humanización de la atención en salud. *Faculty of Psychology, PUJ*. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672006000300014&script=sci_arttext
- Boer, K. R., van Ruler, O., van Emmerik, A. A., Sprangers, M. A., de Rooij, S. E., Vroom, M. B., de Borgie, C. A., Boormeester, M. A. & Reitsma, J.B. (2008). Dutch Peritonitis Study Group: Factors associated with posttraumatic stress symptoms in a prospective cohort of patients after abdominal sepsis: a nomogram. *Intensive Care Medicine, 3*, 664-674.
- Bracci, M. L. (2008). Rianimazione chiusa versus rianimazione aperta. *Scenario, 25*, 17-25.
- Capuzzo, M., Valpondi, V., Cingolati, E., Gianstefani, G., De Luca, S., Grassi, L., & Alvisi, R. (2005). Post-traumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Minerva Anestesiologica, 71*, 167-179.
- Carli, R., & Paniccia, R. M. (1999). *Psicologia della formazione*. Bologna: Il Mulino.
- Cassel, J. (2005). *Life and Death in Intensive Care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Colville, G. (2001). The role of a psychologist on the paediatric intensive care unit. *Child Psychology and Psychiatry Review, 6*(3), 102-109.
- Coots, A. R. (2007). The vicarious experience of posttraumatic stress disorder or symptoms in family members of trauma patients: Differences between ICU and non-ICU families. Palo Alto, CA. : Pacific Graduate School of Psychology. (PGSP Dissertation). Retrieved from <http://gradworks.umi.com/32/41/3241193.html>
- Copia, M. (2007). Entrare in una Terapia Intensiva Ospedaliera. *Ricerche & Contributi di Psiconline*. Retrieved from <http://www.psiconline.it>
- Corbo, D., & Pastorino, A. (2006). *Osservazioni dell'organizzazione e delle dinamiche di un reparto di rianimazione*. Retrieved from <http://www.timeoutintensiva.it>
- Covinsky, K. E., Goldman, L., Cook, E. F., et al. (1994). The impact of serious illness on patients' families. *Journal of the American Medical Association, 272*, 1839-1844.
- Curtis, J. R., Patrick, D. L., Shannon, S. E., Treece, P. D., Engelberg, R. A., & Rubenfeld, G. D. (2001). The family conference as a focus to improve communication about end-of-life care in the intensive care unit: opportunities for improvement. *Critical Care Medicine, 29*(2), 26-33.
- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., Spuhler, V., Todres, I. D., Levy, M., Barr, J., Ghandi, R., Hirsch, G., & Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine, 35*, 605-622.

- Davis, B. K. (1978). The expanded measurement of patients' psychological stress responses to being in the coronary care unit. *Military Medicine*, *143*, 203-225.
- Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. V., Needham, D. M., & Bienvenu, O. J. (2008). Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, *30*, 421-434.
- De Bertolini, C., & Rupolo, G. (1986). *La sofferenza psicologica in rianimazione*. Bologna: Edizioni Patron.
- Deja, M., et al. (2006). Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Critical Care*, *10*, R147.
- DeKeyser, F. (2003). Psychoneuroimmunology in Critical Ill Patients. *AACN Clinical Issues*, *14*(1), 25-32.
- Durbin, C. (1995). Sedation of the Agitated, Critically ill patient without an artificial Airway. *Critical Care Clinics*, *11*(4), 913-934.
- Epstein, J., & Breslow, M. (1999). The stress response of critical illness. *Critical Care Clinics*, *15*, 17-32.
- Fassier, T., Lautrette, A., Ciroidi, M., & Azoulay, E. (2005). Care at the end of life in critically ill patients: the European perspective. *Current Opinion in Critical Care*, *11*, 616-623.
- Fontaine, D. (1994). Non-pharmacological management of patient distress during mechanical ventilation. *Critical Care Clinics*, *10*, 651-657.
- Fowler, J., & Smyth, K. (1997). Application of a transactional model of stress and coping with critically ill patients. *Dimensions of critical care nursing*, *16*, 292-299.
- Garrouste-Orgeas, M., et al. (2008). Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, *36*, 1, 30-35.
- Giannini, A. (2007). Open intensive care units: the case in favour. *Minerva Anestesiologica*, *73*, 299-306.
- Giannini, A. (2008). Aprire le terapie intensive? *Janus*, *30*, 13-16.
- Giannini, A., & Miccinesi, G. (2010). Parental presence and visiting policies in Italian pediatric intensive care units: a national survey. *Pediatric critical care medicine*, *11*(6), 1- 5.
- Giannini, A., Miccinesi, G., & Leoncino, S. (2008). Visiting policies in Italian Intensive care units: a nation wide survey. *Intensive care medicine*, *34*, 1256-1262.
- Gomez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J. F., & de-Andres, J. (2006). Impact of family members of Intensive Care Unit patients. *Boletin de Psicologia*, *87*, 61-87.
- Granberg, A., Engberg, I. B., & Lundberg, D. (1999). Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome: part II. *Intensive Critical Care Nurse*, *15*, 19-33.
- Grasso, M., Cordella, B., & Pennella, A. R. (2003). *L'intervento in psicologia clinica*. Roma: Carocci.

- Griffiths, J., Fortune, G., Barber, V., & Young, J. (2007). The prevalence of post traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 33, 1506-1518.
- Jones, C., Bäckman, C., Capuzzo, M., Flaatten, H., Rylander, C., & Griffiths, R. D. (2007). Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Medicine*, 33(6), 978-85.
- Jones, C., Skirrow, P., Griffiths, R., Humphris, G., Ingleby, S., Eddleston, J., Waldmann, C., & Gager, M. (2004). Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Medicine*, 30(3), 456-460.
- Keenan, S. P., Mawdsley, C., Plotkin, D., Webster, G. K., & Priestap, F. (2000). Withdrawal of life support: how the family feels, and why. *Journal of Palliative Care*, 16, Suppl, S40-S44.
- Laitinen, H. (1996). Patient's experience of confusion in the intensive care unit following cardiac surgery. *Intensive Critic Care Nurse* 12, 79-83.
- Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L. M., Chevret, S., & Adrie, C. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New England Journal of Medicine*, 356(5), 469-78.
- Leite, M. A., & da Silva Carvalho Vila, V. (2005). Difficulties experienced by the patient care team at the intensive care unit. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13(2), 145-150.
- Madeo, M., & Parisi, S. (2008). Apriamo le porte: dieci anni di rianimazione aperta alla clinica De Marchi. *Scenario*, 2(3), 26-29.
- McCartney, J., & Boland, R. (1994). Anxiety and delirium in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics*, 10(4), 673-680.
- Montanari, S., De Caro, B. M., & Orzalesi, M. (1998). I genitori dei neonati "a rischio": L'intervento dello psicologo nei reparti di Terapia Speciale e Terapia Intensiva Neonatale. *Età Evolutiva*, 60, 37-50.
- Morse, J. M., & Pooler, C. (2002). Patient-family-nurse interactions in the trauma-resuscitation room. *American Journal of Critical Care*, 11(3), 240-249.
- Myhren, H., Ekeberg, O., Toien, K., Karlsson, S., & Stokland, O. (2010). Post traumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Critical Care*, 14, R14.
- Novoa, M., & De Valderrama, B. P. (2006). The Role of the Psychologist in an Intensive Care Unit. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 5(3), 599-612.
- Obholzer, A., & Zagier Roberts, V. (1994). *L'inconscio al Lavoro*. Milano: Etas Libri.
- Pagliaini, L., Affò, L., & Mabellini, D. (2004). Risorse e bisogni di un'equipe di Terapia Intensiva: dall'osservazione all'intervento formativo. *Tempo di nursing*, 40.
- Papathanassoglou, E. D. (2010). Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nursing Critical Care*, 15, 118-128.

- Peris, A., Iozzelli, D., Belloni, L., Debolini, M., Bonizzoli, M., et al. (2011). Early intra – intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical Care*, 15,(2), R41.
- Rattray, J. E., & Hull, A. M. (2008), Emotional outcome after intensive care: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 2-13.
- Ravelo Perez, V., Garcia Quesada, M., & Alba, C. (1988). The accompanying mother at the intensive care unit: Psychological stress. *Revista del Hospital Psiquiatrico de La Habana*, 29(3), 477-481.
- Ringdal, M., Plos, K., Lundberg, D., Johansson, L., & Bergbom, I. (2009). Outcome after injury: memories, health-related quality of life, anxiety, and symptoms of depression after intensive care. *Journal of Trauma*, 66, 1226-1233.
- Samples, R. (1998). Family coping during critical illness. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 17(2), 100-112.
- Schein, E. H. (2001). *La consulenza di processo. Come costruire le relazioni d'aiuto e promuovere lo sviluppo organizzativo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Scragg, P., Jones, A., & Fauvel, N. (2001). Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia*, 5(1), 9-14.
- Simini, B. (1999). Patient's perceptions of intensive care. *Lancet*, 354, 571-572.
- Sivak, E., Higgins, T., & Seiver, A. (1995). *The High Risk Patient: Management of the Critically ill*. New York: Williams & Wilkins.
- Szilagyi, K., Dioszeghy, C., & Varga, K. (2008). Psychologists working as member of the intensive care team reduce the length of stay. *Orvosi Hetilap*, 7(149), 2329-33.
- Valdambrini, E., Canavacci, L., & Orsi, M. (2011). Le terapie intensive aperte. *Salute e Territorio*, 187, 212-217.
- Wilson, V. S. (1987). Identification of stressors related to patients' psychological responses to the surgical intensive care unit. *Heart and Lung*, 16, 3, 267-273.
- Zoppellari, R. et al. (1990). Cosa fanno, cosa pensano e cosa desiderano i familiari dei pazienti ricoverati in rianimazione. *Rivista Medica Italiana di Psicoterapia e Ipnosi*, II(2).

Coping mechanisms in multiple sclerosis patients: state of the art

*Alessandra Cavicchio**, *Tommasina Russo***, *Roberta Ciuffini****, *Carmine Marini*****

Abstract

Multiple sclerosis typically induces strong stress-related disorders and intense emotional reactions. Therefore, in the emotional management of multiple sclerosis it is of crucial relevance to better understand and discuss the role of personologic parameters, subjective reactive modalities, and coping, emotional, relational and impulsiveness control capabilities. This study claims how enhancing these protective mechanisms and specifically the coping, it is possible to minimize the modalities and intensity of disfunctional emotive reactions and consequently obtain a quality of life improvement.

Keywords: coping; multiple sclerosis; quality of life.

* PhD Biochemical sciences and neuroscienze, University of L'Aquila. E-mail: alessandra.cavicchi@univaq.it

** Neurologist, ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila. E-mail: nina.russo@cc.univaq.it

*** PhD Biochemical sciences and neuroscienze, University of L'Aquila.

**** Responsible U.O. Neurology ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila. Email: marini@cc.univaq.it

Meccanismi di Coping nei pazienti affetti da Sclerosi Multipla: stato dell'arte

*Alessandra Cavicchio**, *Tommasina Russo***, *Roberta Ciuffini****, *Carmine Marini*****

Abstract

Il contributo intende aprire riflessioni circa il ruolo svolto da variabili personologiche, modalità soggettive di reazione allo stress, stile di attaccamento, capacità di coping, capacità emotive e relazionali, capacità di controllo dell'impulsività, nella gestione emotiva della sclerosi multipla (SM), condizione che comporta intense reazioni emotive e forte stress psicologico. Gli autori ipotizzano che potenziando questi meccanismi protettivi, in particolare il coping, si possano minimizzare le modalità e l'intensità delle reazioni emotive disfunzionali, favorendo una migliore qualità di vita (QoL).

Parole chiave: coping; sclerosi multipla; qualità di vita.

* Dottorato di ricerca in Scienze biochimiche e neuroscienze, Università dell'Aquila. E-mail: alessandra.cavicchi@univaq.it

** Neurologo, ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila. E-mail: nina.russo@cc.univaq.it

*** Dottorato di ricerca in Scienze biochimiche e neuroscienze, Università dell'Aquila.

**** Responsabile U.O. Neurologia ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila. Email: marini@cc.univaq.it

Introduzione

Scoprire di essere affetti da una malattia come la sclerosi multipla (SM) comporta un'intensa reazione emotiva, sia da parte della persona colpita che dei suoi familiari. Le reazioni più frequenti del paziente alla comunicazione della diagnosi sono: forte stress psicologico, negazione, profondo senso di smarrimento e afflizione, rabbia, senso di impotenza e di frustrazione. Il soggetto si trova improvvisamente ad affrontare una condizione caratterizzata da precarietà e forti paure per il proprio futuro, per la possibile perdita di alcune capacità fisiche e relazionali.

In passato si riteneva che la risposta agli eventi stressanti fosse aspecifica cioè indipendente dalle caratteristiche e dal tipo di stimolo (Selye, 1936). Studi successivi hanno dimostrato che individui diversi reagiscono allo stesso stimolo con risposte diverse.

Lazarus ha ipotizzato che nell'uomo lo stimolo sia elaborato attraverso processi di tipo cognitivo che gli attribuiscono una specifica coloritura emozionale (Lazarus, 1968).

Le modalità e l'intensità delle reazioni di un individuo di fronte ad uno stress, dipendono da numerose variabili. Esistono vari meccanismi protettivi che minimizzano il rischio derivante dal vivere circostanze difficili: variabili personalologiche, modalità soggettive di reazione allo stress, stile di attaccamento, capacità di coping, capacità emotive e relazionali, capacità di controllo dell'impulsività. La risposta nell'uomo non dipende solo dall'entità oggettiva dello stimolo ma anche dal significato che lo stimolo assume per il singolo individuo. Quando lo stimolo, interno o esterno, viene valutato eccedente le risorse personali, si innescano le strategie di coping: tentativi comportamentali e cognitivi messi in atto da un individuo per far fronte ad una particolare condizione percepita come stressante con lo scopo di superarla, di evitare l'esposizione ad essa o di ridurre gli eventuali svantaggi (Harper, Harper, Chambers, Cino, Singer, 1986; Cohen & Lazarus, 1979).

Coping

Il coping è un processo che si determina in situazioni che mettono fortemente alla prova le risorse di un soggetto. In quest'ottica l'obiettivo consiste nell'identificare la valutazione cognitiva di tali eventi da parte della persona, le eventuali reazioni di disagio, il tipo di risorse personali e sociali, gli sforzi di coping propriamente detti e gli esiti a breve e a lungo termine di tali sforzi.

I comportamenti di coping riguardano le risposte a una certa situazione nel qui e ora (Cyrluk & Malaguti, 2005).

Il coping viene generalmente distinto in due categorie "coping focalizzato sulle emozioni" (emotion-focused coping, EFC) e "coping focalizzato sul problema" (problem-focused coping, PFC) (Butler, 1989; Folkman & Lazarus, 1985).

Il concetto di PFC si riferisce all'insieme di comportamenti messi in atto per risolvere un problema cercando di modificare la situazione negativa, raccogliendo informazioni, confrontandosi con persone responsabili o coinvolte nella situazione problematica, evitando azioni impulsive. L'EFC invece è l'insieme di azioni messe in atto nel tentativo di ridurre l'impatto emotivo derivante da situazioni stressanti. Si possono mettere in atto strategie di rivalutazione cognitiva della situazione per renderla più tollerabile, meno spiacevole, ad esempio vedendo le difficoltà come sfide, incentivi allo sviluppo delle proprie abilità, cercando di contestualizzare il problema valorizzando gli aspetti meno negativi e facendo ricorso al sostegno della rete sociale. In particolare Cohen (1987) descrive quattro sottocategorie di coping: la ricerca delle informazioni sulla natura dell'evento, la scelta e la pianificazione di soluzioni pratiche, l'evitamento della situazione e la ricerca d'aiuto e di sostegno della rete sociale.

Nell'affrontare situazioni stressanti si utilizzano varie strategie; ogni soggetto adotta delle strategie "generiche" che applica in ogni occasione stressante e strategie specifiche mirate alla risoluzione di quel particolare problema. L'efficacia del coping si misura dal grado di attenuazione della stress emotivo da essa prodotto (Pearlin & Schooler, 1978).

Nell'accezione di Lazarus (2000) il coping rimanda alla messa in atto di strategie nel tentativo di far fronte all'evento.

La scelta e l'efficacia delle strategie specifiche sono influenzate da risorse esterne (familiari, amici, ambiente lavorativo, personale medico e di supporto psicologico) e da risorse interne che dipendono sia dalle strategie di coping che il paziente ha utilizzato in precedenza indipendentemente dalla

malattia, sia dal confronto con i problemi direttamente correlati alla SM.

Coping e fattori che lo influenzano

Vari autori hanno effettuato ricerche volte ad identificare i fattori in grado di accrescere o meno le capacità individuali di coping.

Per Lazarus, (Lazarus & Folkman, 1984) alcune risorse individuali quali l'autostima, il realismo e la fiducia nelle proprie capacità sono i fattori significativi che influenzano il coping.

Altri autori (Kobasa,1979), hanno identificato, tra i fattori "personali" che possono influenzare il coping, come elemento di particolare interesse quello che Kobasa chiama *hardness*, ossia l'insieme delle caratteristiche di personalità del soggetto che tendono a proteggerlo dagli effetti negativi dello stress: capacità di controllo sugli eventi della propria vita, l'impegno nel rapporto con le persone che sono vicine e senso di sfida. I soggetti con alta *hardness*, così come quelli con forte propensione all'ottimismo, tendono ad affrontare con maggiore positività e controllo gli eventi stressanti, convinti che la soluzione dei problemi sia comunque alla loro portata. In tal modo approcciano le difficoltà prediligendo le strategie di coping *problem-focused* che risultano essere il metodo più efficace (Beasley, & Davidson, 2003; Scheier & Carter, 1987).

Bijttebier (Bijttebier & Vertommen, 1999) e Ravindran (Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali & Anisman, 2002) identificano anche, come fattore significativo per la sua influenza positiva sul coping, la ricerca di sostegno sociale.

Secondo Bianconi (Bianconi, Poggioli, Merelli, Razzaboni & Pomelli, 2006) i fattori di personalità sono estremamente rilevanti nel determinare le abilità di coping, in quanto la stabilità emotionale facilita le strategie centrate sul problema, mentre la disponibilità alle dinamiche di gruppo e l'estroversione rappresentano un elemento predittivo di strategie di coping volte alle emozioni. Questo elemento appare fondamentale considerando che appare ormai del tutto acquisito il dato che, nei pazienti con sclerosi multipla, il coping centrato sul problema risulta la risposta adattativa migliore.

Così come estremamente interessanti appaiono gli studi di Frydenberg (Frydenberg, 1997), che suggeriscono come queste capacità di coping possano essere accresciute di volta in volta.

Bijttebier (Bijttebier & Vertommen,1999) e Ravindran (Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali & Anisman, 2002) hanno affermato che un fattore negativo per lo sviluppo di abilità di coping centrate sul problema è, invece, la presenza di psicopatologie quali disturbi nevrotici o depressivi, che spingono a preferire strategie meno funzionali, incentrate sulle emozioni o sull'evitamento.

A questo proposito Jopson e Moss-Morris (2003) ritengono che la risposta psicologica del soggetto venga condizionata dall'insieme dei diversi aspetti della malattia in interazione.

Schiaffino (Schiaffino, Shawaryn & Blum,1998) e Zeldow (Zeldow & Pavlou,1998) invece ritengono che la risposta adattativa sia condizionata da singoli aspetti clinici come la reazione depressiva, il grado di disabilità o l'ampiezza della rete sociale.

Coping e qualità di vita

Da quanto fin qui analizzato, la capacità di gestire emotivamente e di sperimentare la qualità della vita (QoL) delle persone con sclerosi (MS) non sembra essere correlata con la gravità della malattia o con il livello di disabilità. Probabilmente, la capacità di far fronte emotivamente all'esperienza e la qualità della vita (QoL), sono poco correlate con la gravità della malattia o la disabilità. In alcuni casi, paradossalmente, sembra esserci una relazione inversa tra le due variabili (Barak, 2006).

Anche Goodin (Goodin, Ebers, Johnson, Rodriguez, Sibley & Wolinsky, 1999) mette in evidenza come lo stile di coping contribuisca notevolmente a determinare la qualità di vita nei pazienti con SM. In generale, l'autore, considera le strategie di coping attivo, comportamentale o emozionale, le migliori per affrontare eventi stressanti. Al contrario le strategie di coping di evitamento risultano essere un fattore di rischio per l'instaurarsi di risposte disfunzionali ad eventi stressanti.

Discussione

Da questa breve e parziale analisi della letteratura esistente sulle strategie di coping in pazienti affetti da sclerosi multipla, sono emersi alcuni elementi stabili.

La percezione di una buona o scarsa qualità di vita non è direttamente proporzionale alla gravità sintomatologica del paziente, ma dipende da fattori quali: variabili personalistiche, modalità soggettive di reazione allo stress, stile di attaccamento, capacità di coping, capacità emotive e relazionali, capacità di controllo dell'impulsività.

Per far fronte alle difficoltà legate ai sintomi della malattia, i pazienti mettono in atto strategie diverse. Le strategie attive, come per esempio l'affrontare direttamente i singoli problemi e il ricercare attivamente aiuto e supporto dalla rete sociale, permettono un miglior adattamento rispetto alle strategie passive, quali ad esempio l'evitamento e la presa di distanza dal problema.

Un altro aspetto emerso è che sintomatologie psicopatologiche come stati nevrotici o depressivi possono portare ad adottare strategie disfunzionali come la fuga e l'evitamento dei problemi.

A loro volta, l'utilizzo di strategie passive può rendere più difficoltoso l'adattamento alla malattia, favorendo lo sviluppo di sindromi depressive.

La possibilità di accrescere e potenziare i fattori che determinano le abilità di coping, (Frydenberg, 1997) suggerisce l'opportunità di identificare, attraverso screening di base, i soggetti affetti da SM che utilizzano strategie di coping insoddisfacenti, inadeguate e disfunzionali, e aiutarli a recuperare il controllo sulla malattia attraverso training specifici, finalizzati al depotenziamento delle abilità disfunzionali e all'acquisizione di strategie più funzionali.

A supporto di questa tesi, citiamo la ricerca longitudinale italiana svolta presso l'Ospedale S. Andrea di Roma (Pozzilli, Schweikert, Ecari, Oentrich & Bugge, 2012) che evidenzia come la qualità di vita dei pazienti con sclerosi multipla sia fortemente correlata a disturbi depressivi e come invece la presenza di strategie di coping funzionali e di buone abilità di problem-solving, sia associata a una maggiore qualità di vita dei pazienti.

Un altro studio recente (Nordin & Rorsman, 2012) suggerisce che interventi brevi di gruppo, ad impronta cognitivo comportamentale, possono rappresentare un utile strumento per ridurre il disagio psicologico nei pazienti con sclerosi multipla, attraverso il potenziamento delle abilità di coping e favorendo l'accettazione della malattia.

Conclusioni

La sclerosi multipla è una malattia complessa, cronica e progressiva e i servizi di riabilitazione possono fornire un importante sostegno per i pazienti.

A fronte di un numero sempre più ampio di studi che suggeriscono l'utilità di interventi volti al potenziamento delle abilità di coping in pazienti affetti da SM, per migliorare la qualità di vita, a tutt'oggi sono ancora scarsi i programmi di riabilitazione che hanno dimostrato di fornire evidenti miglioramenti per la salute dei pazienti (Sorensen, Lee, Lovendahl, Norgaard, Bay, Rasmussen & Boesen, 2012.)

L'obiettivo futuro dovrebbe essere quello di ampliare la ricerca in questo campo, valutando gli effetti di interventi specifici su parametri quali qualità di vita, coping, benessere psicologico.

Questa combinazione fornisce la base per analizzare la complessità della reazione ad una diagnosi di sclerosi multipla e dei risultati di interventi di riabilitazione personalizzata.

Bibliografia

Barak, Y. (2006). The immune system and happiness. *Autoimmunity Reviews*, 5, 523–527.

Beasley, M., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77-95.

- Bianconi, G., Poggioli, E, Merelli, E, Razzaboni, E, & Comelli, D. (2006). Aspetti psicologici della sclerosi multipia. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro e Ergonomia*, 28:1, Supplemento Psicologia 1, 22-28.
- Bijttebier, P., & Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 26, 847-856.
- Butler, R. W. (1989). Assessing cognitive coping strategies for acute post surgical pain. *Psychology*, 1, 41-44.
- Cyrułnik, B., & Malaguti, E. (2005). *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*. Trento: Erickson.
- Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses illness. In G. C. Stone, F. Cojen, N. E. Adler, and associates (Eds.), *Health psychology. A handbook. Theories, applications and challenges of a psychological approach to the health care system* (pp. 217-254). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cohen, F. (1987). Measurement of coping. In S. V. Kasl & C. L. Cooper (Eds.), *Stress and health: Issues in research methodology*. Oboken, NJ: Wiley and Sons
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 50-70.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent Coping: Theoretical and Research Perspectives*. London: Routledge. Trad. it. (2000). *Far fronte alle difficoltà*. Firenze: Giunti.
- Goodin, D.S., Ebers, G.C, Johnson, K.P., Rodriguez, M, Sibley, W.A, & Wolinsky, J.S. (1999). The relationship of MS to physical trauma and psychological stress: report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 52, 1737-45.
- Harper, A. C., Harper, D. A., Chambers, L. W., Cino, P.M., Singer, J. (1986). An epidemiologic description of physical, social, and psychological problems in multiple sclerosis. *Journal of Chronic Diseases*, 39, 305-310.
- Jopson, N. M., & Moss-Morris, R. (2003). The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 503-511.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Lazarus, R. S. (1968). Emotions and adaption: Conceptual and empirical relations. In W. J. Arnold (Eds.), *Nebraska symposium on Motivation, Vol 16* (pp. 175-266). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research in stress and coping. *American Psychologist*, 55/6, 665-673.
- Nordin, L., & Rorsman, L. (2012). Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, Jan, 44(1), 87-90. doi: 10. 2340/1650 1977-0898.

- Pearlin, L., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, *19*, 2-21.
- Pozzilli, C., Schweikert, B., Ecari, U., Oentrich, W., & Bugge, J. P. (2012). Quality of life and depression in multiple sclerosis patients: longitudinal results of the Beta Plus study. *Journal Neurol.* Nov, *259*(11), 2319-2328. doi: 10.1007/s00415-012-6492-8. (EPub 2012 Apr 18).
- Ravindran, A. V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z., & Anisman H. (2002). Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: A conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders*, *71*, 121-130.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Health Psychology*, *4*, 219-247.
- Schiaffino, K. M., Shawaryn, M. A., & Blum, D. (1998). Examining the impact of illness representations on psychological adjustment to chronic illnesses. *Health Psychology*, *17*, 262-268.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, *138*, 32.
- Sorensen, J., Lee, A., Løvendahl, B., Nørgaard, M., Bay, J., Rasmussen, P. V., & Boesen, F. (2012). Study protocol: to investigate effects of highly specialized rehabilitation for patients with multiple sclerosis. A randomized controlled trial of a personalized, multidisciplinary intervention. *BMC Health Services Research*, Sep, *6*, 12-306. doi: 10.1186/1472-6963-12-306.
- Zeldow, P., & Pavlou, M. (1998). Physical and Psychosocial Functioning in multiple sclerosis: descriptions, correlations and a tentative typology. *British Journal of Medical Psychology*, *61*, 185-195.