

# **Il resoconto clinico in psicoterapia: una proposta metodologica**

C. Gandini\*, E. Gheduzzi\*\*, M.C. Montixi\*\* e P.A. Ruggiu\*\*  
*Dipartimento di Psicologia, Università di Roma "La Sapienza"*

## *1. Premessa*

Il presente lavoro si inquadra nell'ambito di un progetto di ricerca sul resoconto clinico in psicoterapia<sup>1</sup>, svolto presso la cattedra di psicologia clinica e tuttora in corso, di cui riteniamo utile comunicare una prima lettura dei risultati.

L'orientamento iniziale si riferisce alla rilevanza che il resoconto clinico assume come unico dato dell'esperienza relazionale propria della prassi psicoterapeutica. Esso infatti si pone come particolare area di confluenza rispetto al problema della verifica, del controllo e della comunicazione dell'operato clinico.

Partendo dal resoconto clinico come oggetto d'indagine si è rilevata un'assenza nella letteratura specifica di tale argomento, escluso da un ambito di ricerca e di riflessione teorica, quasi che si avallasse l'uso di uno strumento a prescindere da una conoscenza o ipotesi di quali siano i criteri di funzionamento dello strumento stesso. Per comprendere questa incongruenza si è allestita una ricerca volta ad indagare la funzione del resoconto clinico nell'ambito della comunicazione scientifica, in funzione dell'individuazione di criteri organizzanti l'esperienza clinica.

Nel presente articolo si propongono delle chiavi di lettura per un argomento articolato e complesso che lascia aperte ulteriori direzioni di ricerca e approfondimento.

\* Laureanda in psicologia.

\*\* Psicologhe.

<sup>1</sup> Alla ricerca hanno partecipato A. Barozzi, C. Gandini, E. Gheduzzi, C. Montixi, P. Spagna, S. Rossi, A. Ruggiu e C. Sesto che ha fornito un contributo significativo all'impianto del lavoro, progettato e preparato le tabelle e svolto buona parte delle ricerche bibliografiche.

## 2. *Introduzione*

Il problema del resoconto clinico in psicoterapia si inserisce nel quadro più ampio della fondazione della psicologia clinica, in riferimento alla delimitazione del suo campo di competenza e alla sistematizzazione dell'insieme teorico-pratico che la caratterizza. Una teoria generale, cioè unificata, del sapere psicoterapeutico che possa fondare la prassi clinica in psicologia sembra possibile solo in funzione di un complesso campo di fattori, primo tra tutti l'orientamento su basi scientifiche del dibattito sugli obiettivi dell'intervento clinico e sulla verifica dei metodi operativi in psicoterapia (Carli, 1988).

Si può capire perciò come, in questo ambito, il resoconto clinico, in quanto documento pubblico della prassi psicologico-clinica, costituisca un oggetto fondamentale su cui si può svolgere una verifica e teorizzare.

Nella letteratura psicologico-clinica e in particolare psicoanalitica, questo argomento è inquadrabile entro varie prospettive che riguardano il dibattito epistemologico (Grumbaum, 1984; Edelson, 1984), ermeneutico (Ricoeur, 1965; Bleicher, 1980), e quello sulla narratività in psicoanalisi (Spence, 1982).

Un'analisi della letteratura specifica sul resoconto (Carli, 1987; Merendino, 1984; Bion, 1965; Harrè e Secord, 1972) si è rivelata funzionale al costituirsi dell'inquadramento teorico della nostra ricerca.

Per entrare nello specifico del resoconto "clinico", è necessario primariamente soffermarsi sulla concezione generale del render conto, in quanto comportamento specificatamente umano, fondato sulla capacità di guidare il controllo delle proprie azioni, attraverso l'uso del linguaggio (Harrè e Secord, 1972). Infatti è il linguaggio che permette di fornire resoconti personali, circa la spiegazione dei comportamenti. Spiegazione che può essere intesa in termini di possibilità di ricostruzione e progettazione dell'azione, attraverso l'individuazione delle regole e dei piani connessi e direzionati dall'obiettivo che l'azione stessa persegue. Attraverso la redazione di commenti retrospettivi quindi si sottopongono le proprie azioni ad una validazione critica, in conformità a certi insiemi di regole, nonché nell'ambito di un sistema coerente di significati che rendono il soggetto non soltanto agente, ma anche <<osservatore, commentatore e critico della propria prassi>> (Harrè e Secord, 1972: p. 40). In campo psicologico-clinico infatti il resoconto si costituisce come strumento unico di dibattito, controllo e validazione di una prassi in cui <<sia il campo che lo strumento d'osservazione sono considerati inaccessibili dall'esterno>> (Merendino, 1984), rivestendo così una funzione fondamentale di mediazione tra l'operato privato e la comunità scientifica. La quale solamente sulla base del resoconto può esercitare la propria funzione di validazione o disconferma riguardo ad un fondamento di scientificità e coerenza della prassi stessa (Carli, 1987). Ciò implica la considerazione della va-

lenza sociale e della natura giustificatoria del resoconto, in quanto oggetto di trasmissione scientifica e culturale all'interno di uno specifico gruppo di appartenenza.

In psicologia clinica il resoconto fornisce innanzitutto la possibilità di controllare le proprie azioni e controllarne il controllo. Lavorando a posteriori sui dati il resoconto viene a costituire uno spazio di riflessione sull'esperienza clinica che rende possibile l'istituzione di un processo di conoscenza e di comprensione, a partire da categorie di lettura dell'esperienza che permettono di strutturare l'azione clinica. Ciò richiede un'analisi del resoconto che lo ponga come dato-oggetto d'indagine da cui sia possibile risalire sia alla logica di ricerca (teoria) che all'operatività (tecnica) adottata dall'estensore del resoconto. Cioè risalire ad un metodo, inteso come <<una combinazione di logica della ricerca e di tipo di rapporto con l'oggetto d'osservazione>> (Battacchi, 1987), in funzione del quale il resoconto è redatto. Infatti i resoconti consentono di individuare i tipi d'azione tramite i quali la prassi psicologico-clinica si struttura (Carli, Lancia e Panicia, 1988).

In tal senso il resoconto riflette la teoria del cambiamento assunta dal suo estensore, teoria che ne condiziona la struttura stessa: il redattore del resoconto struttura infatti un testo "clinico" in funzione di una categorizzazione dell'evento relazionale, nei termini previsti dalla sua teoria organizzante, o paradigma. Teoria che influisce quindi non solo su ciò che l'osservatore vede o pensa di vedere, ma anche su quella che è la lettura, dall'esterno, dei dati presentati. W.R. Bion (1965) al proposito sottolinea la funzione manipolatoria affidata al resoconto nel rapporto pubblico e all'interpretazione nel rapporto privato, atta a condizionare le reazioni del pubblico di fronte alla rappresentazione di un'esperienza emotiva. Funzione che chiama in causa il potere evocativo ed emozionale, oltre che operativo, di un testo, che comunica e veicola su due livelli di rapporto:

- il livello privato della relazione paziente/analista;
- il livello pubblico della relazione autore del resoconto/comunità scientifica di appartenenza.

Ambedue questi livelli implicano la considerazione di contesti e problematiche differenti, in quanto comprendono interlocutori-interpreti e traduttori al tempo stesso differenti di uno stesso testo. Noi infatti in quanto lettori e interpreti di un resoconto, accediamo solo indirettamente al primo livello, che implica il setting come struttura organizzativa del rapporto, mentre accediamo direttamente al secondo, la Rivista Scientifica, come struttura in cui il resoconto si pone come racconto-testo scritto. L'utilizzazione di un metodo ampiamente usato in ambito comunicazionale, l'Analisi del contenuto, ha consentito di affrontare operativamente la complessa natura dell'oggetto di indagine, a partire dalla considerazione di quelle problematiche "tecni-

che” di selezione, strutturazione e ritmo imposti al mondo dell’azione, problematiche che riflettono criteri di operatività clinica, in termini di connessioni tra teoria e tecnica, così come si delincono, attraverso la redazione di un testo scritto.

### 3. Organizzazione dell’analisi

In una fase di pre-analisi abbiamo passato in rassegna la letteratura specialistica, e in modo specifico le riviste, in cui si pubblicano resoconti clinici, per prendere un primo contatto col materiale. La scelta si è quindi indirizzata ad un universo di ricerca particolarmente significativo, la *Rivista di Psicoanalisi*, in quanto organo ufficiale di una specifica comunità scientifica riconosciuto e legittimato in ambito psicologico-clinico. A partire dall’universo scelto, si è poi proceduto all’individuazione del campione, che comprende nella *Rivista di Psicoanalisi*, quadrimestrale, il periodo che va dal ‘76 all’87 inclusi. Definendo operativamente il resoconto clinico come tutto ciò che viene presentato come materiale clinico, si è passati ad un’indagine sistematica di tutti gli articoli, estrapolando così le unità di analisi. Il corpus, come insieme di documenti presi in considerazione per essere sottoposti ai procedimenti di analisi, è costituito da (tab. 1):

- casi clinici;
- sedute (singole sedute, sequenze o parti di sedute);
- episodi circoscritti (sogni, frasi, sequenze relazionali).

TABELLA 1 - *Corpus della ricerca*

<i>Anni</i>	<i>Campione Rivista di psicoanalisi</i>	
	<i>N. resoconti</i>	<i>N. articoli</i>
1976	41	13
1977	47	14
1978	26	15
1979	48	11
1980	34	15
1981	34	13
1982	55	22
1983	35	16
1984	34	11
1985	57	16
1986	22	11
1987	54	14
Totale	487	171

Il contesto prettamente comunicativo ha reso possibile utilizzare in ambito clinico l’Analisi del contenuto come metodologia di ricerca. Con Analisi del contenuto si designa <<un insieme di tecniche di analisi della comunicazione che ha lo scopo, attraverso procedure sistematiche e obiettive di

descrizione del messaggio, di ottenere indicatori (quantitativi o qualitativi) che permettono l'inferenza di conoscenze relativamente alle condizioni di produzione-ricezione di tali messaggi>> (Bardin, 1977).

I resoconti così ritagliati sono stati indagati attraverso due livelli di analisi che hanno consentito di specificare le caratteristiche dell'oggetto d'indagine.

### 3.1. *Categorie di lettura del resoconto clinico: assertiva e indagatoria*

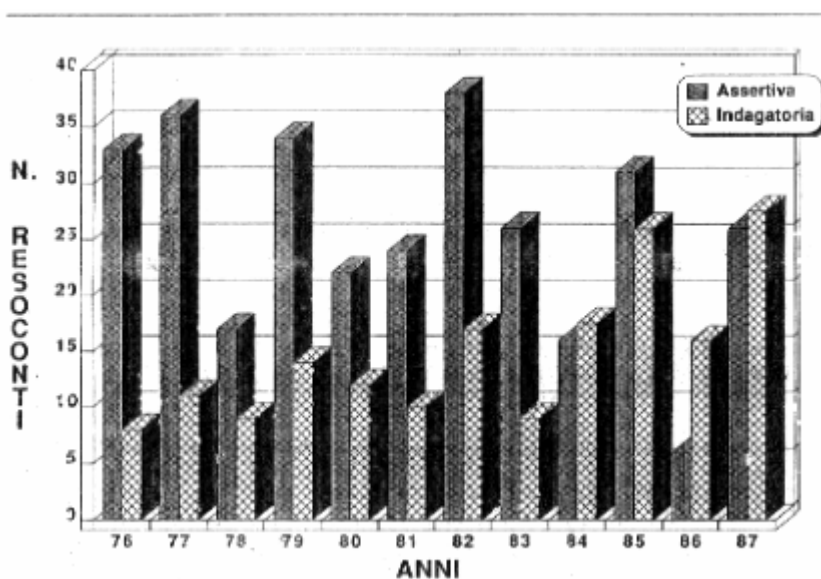
In un primo livello d'analisi i resoconti sono stati classificati secondo due categorie di lettura, denominate categorie Assertiva e Indagatoria (tab. 2, fig. 1), che si pongono come criteri organizzanti il render conto della propria prassi clinica, in riferimento alle due componenti fondamentali dell'azione psicologico-clinica: la teoria e l'evento. Il resoconto clinico riassume in sé queste due componenti e si pone come elemento di mediazione tra le regolarità che fondano l'operare clinico, e cioè le leggi generali che sono storiche, ripetibili, generalizzabili e le irregolarità trattate dalla psicologia clinica, e cioè i casi clinici che sono irripetibili, storicizzati, contestualizzati.

TABELLA 2 - *Quadro riassuntivo del/e operazioni di classificazione del resoconti*

<i>Anno</i>	<i>Resoconti assertivi</i>	<i>Resoconti indagatori</i>	<i>Totale</i>
1976	33	8	41
1977	36	11	47
1978	17	9	26
1979	34	14	48
1980	22	12	34
1981	24	10	34
1982	38	17	55
1983	26	9	35
1984	16	18	34
1985	31	26	57
1986	6	16	22
1987	26	28	54
Totale	309	178	487

Tali criteri di categorizzazione, hanno permesso di esplorare la dinamica evento-teoria, nell'ambito di una definizione dell'uso o funzione del resoconto, inserito nel contesto più ampio dell'articolo.

FIGURA 1 - Distribuzione del resoconti secondo le categorie assertiva e indagatoria negli anni presi in esame



La categoria Assertiva, individua un movimento volto alla riproduzione di uno stabilimento di relazioni già scontato, una direzione in cui il punto di osservazione è la teoria e l'evento clinico resocontato costituisce l'ambito in cui la teoria può essere esemplificata. Ossia, i parametri teorici funzionano come istanze invariante a cui l'evento, il caso viene adattato per poter essere letto. In altri termini il caso clinico è funzionale ad un'argomentazione teorica o all'esemplificazione di certi concetti.

La categoria indagatoria rileva un movimento opposto in cui il punto di osservazione è l'evento, l'esperienza clinica nel suo connotato relazionale, a partire dal quale è poi possibile muoversi verso formulazioni generali. Qui la descrizione del caso è precedente e in qualche modo indipendente da particolari presupposti teorici e conduce poi ad individuare una teoria che ne consenta la comprensione. A partire dall'evento è possibile perciò attivare uno spazio di riflessione sulle invarianti di lettura dell'evento stesso.

Le due categorie consentono di specificare l'utilità conoscitiva dei resoconti clinici rispetto a due particolari prospettive: nell'Assertiva <<la descrizione dell'evento è realizzata tramite lo stesso modello interpretativo che rende non verificabile e quindi non confutabile la proposta esperienziale>>; nell'Indagatoria invece il resoconto clinico <.è inserito nell'ambito di nuove modalità di riconsiderazione della teoria>> (Carli, 1987).

In termini operativi questa ipotesi categoriale, che ha guidato la classificazione dei resoconti clinici psicoanalitici, si può porre come criterio metodologico per classificare resoconti clinici che appartengono anche ad altri contesti di riferimento teorico.

### *3.2. Dimensioni d'analisi*

Un secondo livello d'analisi ha avuto come oggetto l'intero resoconto, esplorato attraverso un'analisi tematica ed una successiva classificazione. Ciò ha consentito l'organizzazione del materiale sulla base di indicatori, selezionati a partire da ipotesi di lettura del materiale trattato.

L'analisi del testo-resoconto comprende un primo taglio del testo - per la scelta delle unità di codifica - effettuato a livello semantico secondo un'analisi tematica: l'aspetto teorico e sintomatologico costituiscono i temi attorno ai quali si organizza la struttura del testo, la cui presenza/assenza costituisce un indicatore significativo. Si sono così costituite delle liste o rubriche organizzate secondo ipotesi di lettura specifiche per ogni dimensione.

#### *3.2.1. Dimensione teorica*

In questa dimensione d'analisi si prendono in considerazione quelle che dal punto di vista metodologico costituiscono le unità teoriche del resoconto e che rappresentano i modelli usati per descrivere un determinato evento clinico.

Una prima analisi tematica consente di leggere trasversalmente il testo e di scomporlo in una serie di temi, individuabili in quelle aree del resoconto che riguardano un'argomentazione teorica.

Nella struttura del resoconto questi temi sono rintracciabili a vari livelli e corrispondono alle fasi più propriamente interpretative, o all'introduzione di formulazioni in base alle quali il resoconto è riportato, o alla spiegazione e commento del caso clinico presentato.

Sul piano orizzontale, sincronico, vengono così isolate le aree di riferimento teorico che costituiscono il contesto entro cui reperire la unità di registrazione, cioè le unità teoriche.

Occorre precisare che la corrispondenza tra unità teoriche e modelli rimanda inevitabilmente ad una circolarità, sia operativa che concettuale, che trova origine nell'interazione reciproca tra scelte operative e idee-guida che dirigono tali scelte. In funzione di questa circolarità è possibile spiegare due particolari passaggi della procedura d'analisi:

- nella fase di codificazione le unità teoriche sono assunte come indicatori di modelli teorici, ossia vengono individuate quelle enunciazioni (frasi, parole, concetti-chiave) che possono essere assunte come indicatori dei modelli teorici presenti nell'area stessa;

- nella fase classificatoria le unità teoriche, proprio in quanto indicatori, possono essere ricondotte ai modelli usati per resocontare ed al loro rispettivo contesto teorico d'appartenenza in ambito psicoanalitico.

Su un piano verticale, diacronico, la successione dei temi corrisponde alla sequenza di enunciazioni che caratterizzano l'ordinamento e le dinamiche del discorso. L'estrapolazione delle unità teoriche infatti fonda la sua validità sulla coerenza interna tra i diversi tratti significativi ritagliati, ossia sul confronto delle diverse unità di registrazione assunte come indicatori.

In una seconda fase la classificazione delle unità teoriche così raccolte, è avvenuta in base al "contesto d'appartenenza": il criterio di ripartizione si basa sulla possibilità di ricondurre le unità a quattro ampie aree che si delineano nell'ambito della storia della psicoanalisi come "scuole di pensiero" sufficientemente riconoscibili e distinguibili.

L'articolazione delle unità teoriche rimanda alle seguenti aree: freudiana, kleiniana, bioniana, e delle relazioni oggettuali. In un'area *sui generis* sono state raccolte unità teoriche che non appartengono alla sfera psicoanalitica classica, la cui presenza è però molto esigua (11 modelli di cui 5 appartenenti all'area sistemico-relazionale e 2 che fanno riferimento alla psicofisiologia).

Su 487 resoconti esaminati i modelli teorici rilevati sono 475, con una frequenza d'uso pari a 2047 (tab. 3).

TABELLA 3 - *Dimensione teorica: quadro riassuntivo dei dati*

<i>Resoconti esaminati</i>		<i>Modelli presenti</i>	<i>Frequenze complessive dei modelli</i>	
<i>assertivi</i>	<i>indagatori</i>		<i>assertivi</i>	<i>indagatori</i>
309	178	475	1197	857

Questi dati mostrano una sorta di "campo di variazione" per cui i modelli teorici non sono solo tanti e diversi ma sono anche dispersivi e poco condivisi: su 475 modelli ben 185 sono usati una sola volta nel corso dei 12 anni.

Per concludere un ultimo aspetto riguarda due modelli anomali (domanda asintomatica e interpretazione della domanda) che più che modelli costituiscono degli "elementi problematici" all'interno dei resoconti. Si tratta di casi clinici la cui peculiarità è proprio l'assenza di modelli teorici, che sono portati per segnalare come problema l'assenza di sintomi nel paziente. Il caso diventa così occasione per discutere sulla domanda del paziente e sulla motivazione alla cura espressa dal paziente stesso (tab. 4).

TABELLA 4

Resocorni	Anni											Tot. Tot.	Tot. Tot.	Tot. modelli				
	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986				1987			
Area freudiana	Assertivi	67	78	61	55	37	29	71	64	29	40	14	75	620	A I A+I	422	1042	233
	Indagatori	18	12	52	24	45	10	51	28	22	37	18	105					
	Totalli	85	90	113	79	82	39	122	92	51	77	32	180					
Area bioniana	Assertivi	8	12	14	4	7	25	21	11	2	8	1	12	125	A I A+I	129	254	71
	Indagatori	1	5	7	0	5	4	5	6	8	26	11	51					
	Totalli	9	17	21	4	12	29	26	17	10	34	12	63					
Area kleiniana	Assertivi	38	13	37	23	12	12	44	39	4	8	2	13	245	A I A+I	172	417	71
	Indagatori	21	10	14	17	4	3	15	11	11	20	9	37					
	Totalli	59	23	51	40	16	15	59	50	15	28	11	50					
Area relazioni oggettuali	Assertivi	12	12	35	19	11	9	24	20	10	40	7	8	207	A I A+I	127	334	100
	Indagatori	2	1	9	6	13	4	20	5	7	15	17	28					
	Totalli	14	13	44	25	24	13	44	25	17	55	24	36					
		167	143	229	148	134	96	251	184	93	194	79	329	1197		850	2047	475

### 3.2.2. Dimensione sintomatologica

In questa dimensione di analisi sono prese in considerazione le unità sintomatologiche rilevate all'interno del testo attraverso l'uso di due indicatori:

- il contesto di comparizione;
- i generi e le modalità dei verbi qualificanti l'unità in esame.

Il contesto di comparizione si è definito come abbastanza circoscritto ad un ambito che possiamo definire di "presentazione" o di "esordio" del caso, comprendente: riferimenti anamnestici, parametri comportamentali, a volte riecheggianti la struttura di una cartella clinica, accenni al motivo della richiesta d'intervento.

I generi e le modalità dei verbi appaiono particolarmente significativi riguardo alla designazione dello "status" di paziente (soffrire, lamentarsi, essere affetto, accusare, denunciare) e alle modalità definenti il "sintomo" (rileva, mostra, manifesta, presenta).

Le unità sintomatologiche, previamente isolate da enunciati più ampi, sono state successivamente raccolte secondo una griglia a tre entrate (A/B/C), definite in funzione della variabile "soggetto-locutore del sintomo".

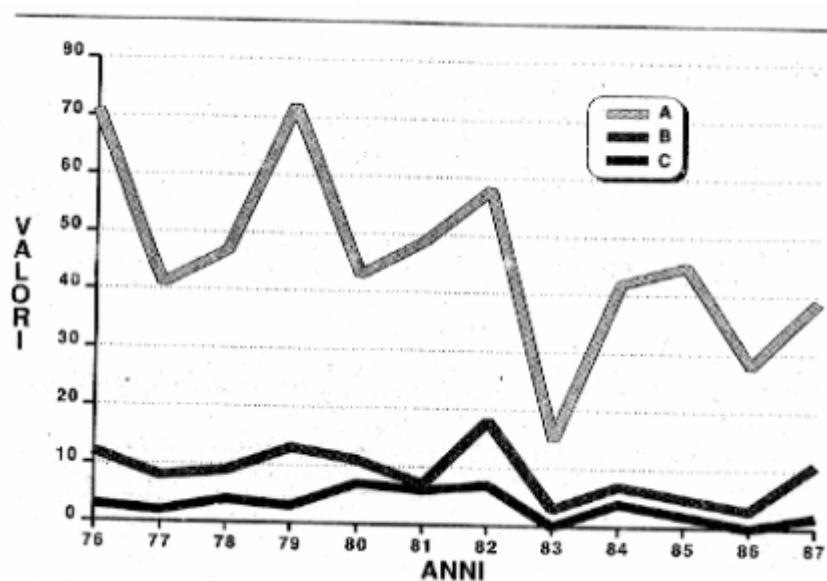
La categoria "A" comprende tutte le dimensioni sintomatologiche riferite e riferibili all'analista come funzione dichiarante la dimensione; la categoria "B" comprende tutte le dimensioni autodescrittive dichiarate dal paziente; la categoria "C" comprende tutte le dimensioni dichiarate o espresse da personaggi o figure esterne alla relazione analista/paziente: medico psichiatra, analista precedente, genitori.

Questo criterio di lettura privilegia una considerazione del sintomo come vettore-segno di una realtà relazionale nel senso di presenza interattiva che rimanda non a categorie comportamentali differenti, rappresentabili fisicamente per esempio come analista e paziente, ma ad una modalità relazionale i cui poli sono individuabili come funzioni, la cui valenza si determina rispetto a processi di consensualità e attribuzione di ruolo che caratterizzano i rapporti interpersonali.

Relativamente a tale ipotesi di lettura abbiamo cercato di confrontare qual è la categoria sintomatica specifica del riferimento del paziente rispetto a quella dell'analista e quale è invece la categoria sintomatica riferita dagli altri. Tale analisi è proceduta in senso qualitativo, attraverso la strutturazione di inferenze e ipotesi avviate dall'analisi dei dati, rispetto alla presenza di dimensioni comuni alle categorie, e rispetto alla presenza di dimensioni caratterizzanti le singole categorie.

Le dimensioni sintomatologiche presentano una regolarità di comparizione durante tutto l'arco dei dodici anni indagati, con un'elevata preponderanza del codice A e una scarsa incidenza del codice C (fig. 2).

FIG URA 2 – Dimensione sintomatologica: distribuzione del/e frequenze relative ai tre codici



Tale distribuzione appare essere indicativa rispetto ad uno standard di compilazione, che comporta comunque la presenza della dimensione sintomatica a carico del codice A (310 su 478 resoconti); una presenza abbastanza incisiva del codice B (91) attraverso l'uso di metafore e frasi testualmente riportate e una scarsa presenza del codice C (25) (tab. 5).

TABELLA 5 – Dimensione sintomatologica: quadro riassuntivo dei dati

Dimensioni per categoria			
A	B	C	TOT
310	91	25	246

La nostra analisi si è concentrata in particolar modo su tre “dati” globali rilevanti:

- la presenza significativa della dimensione “sintomatica” riferibile alla categoria A (analista);
- l'uso e la funzione della metafora nelle dimensioni sintomatiche autodescrittive riferibili alla categoria B (Paziente);
- caratteristiche delle dimensioni riferibili alla categoria C (altri).

Interessante, benché non sufficientemente indagata, è sembrata la possibilità di una raccolta di alcune dimensioni quali “angoscia”, “fobie”, “difficoltà” per “tipologie”, in riferimento alle quantità e tipo di connotazioni presenti per ogni dimensione.

#### *4. Commento delle dimensioni di analisi*

Rispetto alla dimensione teorica, proporre una chiave di lettura significa capire il senso di una frammentazione e dispersione che sono propri del contesto teorico della psicoanalisi, ma che, al tempo stesso, si inquadrano all’interno di quella frammentazione e dispersione tra modelli teorici, pratiche cliniche e metodi di intervento che caratterizzano l’attuale situazione culturale della psicologia clinica. L’elevata frequenza dei modelli usati per descrivere i casi clinici sembra delineare una situazione di scollegamento tra prassi clinica e la sua fondazione teorica, con una sempre maggiore distanza del modello teorico dall’operatività.

In virtù di un realismo nominale, l’oggetto di cui si parla, l’evento clinico resocontato, può essere costruito attraverso delle “parole” appartenenti ad un codice o vocabolario psicoanalitico, che rimanda ad un sistema convenzionale consensualmente definito e approvato entro uno specifico ambito di appartenenza. Trattandosi infatti di una rivista riconosciuta e legittimata, si suppone che chi parla (l’estensore del resoconto) e chi ascolta (il gruppo di appartenenza) appartengano ad una comunità scientifica che è anche una comunità linguistica. Entro tale ambito, viene trasmessa e comunicata una prassi scientifica che non deriva immediatamente dalla teoria, ma passa attraverso un processo di mediazione svolto dal consenso e dalla legittimazione sociale (Parsons, 1965).

Leggere la frammentazione e la dispersione dei modelli in relazione al fatto che si sta dicendo la stessa cosa chiamandola in modo diverso, fa pensare al fatto che esista, nel momento della comunicazione dei dati clinici, lo spazio in cui certi modelli di riferimento teorico possono articolarsi ed espandersi.

Estensione che può avvenire secondo una particolare forma d’inferenza che non procede secondo regole, ma è intuitiva, cioè procede o per riproduzione o modellandosi direttamente <<su quella parte del corpo scientifico che la comunità riconosce come uno dei suoi risultati stabiliti>> (Kuhn, 1962). Pertanto l’espansione e lo sviluppo di certi modelli psicoanalitici avviene in virtù di un’articolazione o riformulazione dei paradigmi fondata su una <<rassomiglianza di famiglia>>.

Tutto ciò avrebbe una sua coerenza con i nostri criteri di classificazione delle unità teoriche nelle rispettive aree di appartenenza. Criteri basati, come abbiamo visto, sulla possibilità di individuare un contesto di “paternità” specifico di riferimento che dia il senso di questa “rete di rassomiglianze”.

Se invece le diverse parole stanno ad indicare che si sta parlando di cose differenti si potrebbe pensare che l'esperienza su cui si teorizza sfugge continuamente alla comprensione teorica, proprio nel suo tentativo di inquadramento, per cui è necessario compiere un'operazione tecnica di "dizionario" col quale tradurre le singole esperienze di un significato sempre diverso (Vergine, 1981). In altri termini, il tentativo di teorizzare l'esperienza, se manca di possibilità referenziali, produrrebbe o significati senza referenza o lascerebbe l'esperienza senza la possibilità di darle un significato (ibidem).

I modelli teorici perciò sarebbero dei modelli linguistici diversi rispetto a eventi diversi, singolari, all'interno di un <<linguaggio che ripropone una convenzione linguistica per cui può essere rilevato solo quel fatto che sia già trasposto (metaforizzato) in un'espressione Semantica istituita dalla tradizione>> (Napolitani, 1987), nel senso che è necessaria <<un'autorità codificante che autorizza la cosa ad esistere>>. In questo senso, a livello della dimensione sintomatologica, i codici relativi ai differenti parlanti rispondono ad un'esigenza di categorizzazione dell'evento relazionale, leggibile nei termini di una doppia referenza: operativa, cioè relativa a criteri pubblici e consensuali, ed affettiva relativa cioè a criteri privati e soggettivi adottati dai partecipanti alla comunicazione.

#### *Codice A*

Le dimensioni relative alla categoria A si costituiscono come termini tecnici in quanto segni consensualmente condivisi e convenzionali che hanno carattere di operatività; esse permettono la codificazione di eventi entro parametri previsti e definiti, anche linguisticamente, da una teoria generale e da un gruppo d'appartenenza. La funzione di questo codice è descritta, nel senso che ogni dimensione è utilizzata intenzionalmente, come "significante", la cui comprensione implica un processo d'inferenza dal termine, o espressione, a ciò che esso rappresenta.

Tale processo ci permette di osservare come ogni dimensione sia riconducibile, secondo un ordine operativo, a differenti corpus teorici e campi di appartenenza, contesti al di fuori dei quali è difficile una comprensione esaustiva del linguaggio stesso. Tali contesti sono individuabili, nel nostro caso, come "psicoanalisi", "nosologia medica", "psichiatria", e un'area vacante di "senso comune", che utilizza termini definenti "parametri generali di incongruenza" (espressioni quali "difficoltà", "impossibilità", "incapacità").

Tale rilevazione - se non data per scontata - appare essere molto interessante, in quanto propone l'attivazione di due domande fondamentali: che cosa differenzia e che cosa accomuna questi campi?

Freud a proposito della tecnica medica della psicoanalisi scrive:

<<Essa è avvezza a penetrare cose segrete e nascoste in base ad elementi poco apprezzati e inavvertiti, ai "detriti o rifiuti" della nostra osser-

vazione>> (Freud, 1914: pp. 36-37, cit. da Ginzburg, 1978), e propone un metodo interpretativo imperniato sugli scarti, sui dati marginali, considerati come rilevatori, in cui il “sintomo”, costituendosi come “testo leggibile”, avrebbe un nesso con la storia e l’interpretazione.

L’elemento accomunante, cioè sarebbe fondato su quello che viene definito il “paradigma indiziario” (Ginzburg, 1978) fondato sulla semiotica medica, la cui caratteristica fondamentale sarebbe la possibilità di risalire da una “traccia” superficiale manifesta, ad una serie coerente di eventi non sperimentabili direttamente.

L’adozione di tale paradigma comporta un processo conoscitivo dell’evento nei termini di una logica diacritica e lineare che prevede un osservatore esterno che, attraverso l’acquisizione di Segni sempre più specifici e sistematizzati nell’ambito di una teoria generale di riferimento, è in grado di risalire da una traccia manifesta ad una causa sottostante che la genera, secondo quello che nella semiotica classica viene definito come <<processo di scomposizione diacritica dell’evento dialogico>> (Beretta, 1980).

E tale procedimento che permette in campo medico la messa a punto e l’adozione di un presidio terapeutico categoriale, in quanto procedimento fondante quella fase di diagnosi necessaria alla messa a punto dell’intervento stesso.

In ambito psicologico-clinico, tale logica appare riduttiva e fuorviante, in quanto, se il dialogo semiotico non necessariamente prevede l’ambito di un rapporto interpersonale, in ambito psicologico-clinico la caratteristica fondamentale è l’impossibilità di discernimento tra “il ricercatore” e “l’oggetto d’osservazione”; ossia l’unica realtà oggettuale analizzabile è quella della relazione terapeuta/paziente come oggetto unico” (Beretta, 1980): la realtà relazionale diventa un “dato” imprescindibile dai parametri osservativi stessi.

È interessante rilevare come il codice relativo alla categoria A compaia, a livello strutturale del resoconto, sempre in un ambito di “esordio” quasi come preambolo “rituale” a quella che è la codificazione “tecnica” dell’intervento, ossia il passaggio dalla enunciazione teorica (legge generale) all’applicazione operativa di essa, attraverso la descrizione del caso particolare.

In altri termini appare come “pre-testuale” al fatto che si passi dal livello teorico al livello tecnico, cioè ai livelli di intervento codificato come “caso clinico”. Clinico in quanto implicitamente connotato dal rapporto con un paziente.

Le dimensioni sono accomunabili dunque secondo un unico registro quello della sofferenza, costituita da un vissuto emozionale (Carl, 1987), il cui luogo esclusivo di dispiegamento è il rapporto come oggetto unico, cioè come “campo semantico totale” (Fornari, 1983) in cui le dinamiche di interazione e attribuzione di ruolo possono essere le più diversificate e possono riprodurre infinite modalità relazionali. In questo senso, le dimensioni del codice A, più che categorizzare

operativamente una relazione, la “significano”. Cioè la esprimono attraverso un principio di raggruppamento “simmetrico” degli oggetti:

essi sono trattati non come singoli elementi, ma come insiemi o classi definiti da una stessa funzione proposizionale<sup>1</sup> (Matte Blanco, 1976).

In questo senso le dimensioni sono interscambiabili, e in definitiva poco “informative” o “descrittive”, in quanto “l’essere omosessuale” o “l’essere psicotico” o “l’essere il paziente Pietro” acquistano la stessa valenza, dal momento che “qualsiasi cosa X= paziente = persona che soffre”.

Le dimensioni, allora, designano lo “Status” della relazione, che è “clinica” in quanto prevede un paziente-portatore di sofferenza, la cui presenza implica il ruolo complementare, di “colui che prende in cura”, e perciò è “terapeuta”, ed è legittimato a parlare di “caso clinico”.

Il sintomo è il pre-testo che legittima l’operato clinico, ossia l’oggetto che si identifica con la domanda del paziente, garantendo allo stesso tempo lo status stesso del paziente secondo la logica della legittimità della dipendenza e della “legittimità di richiesta di soccorso” (Parsons, 1951).

#### *Codice B*

Si costituisce come codice del paziente o profano, in quanto utente di una specifica competenza.

È possibile leggere tale codice, in termini di funzione “espressiva e segnaletica” delle dimensioni. Espressive rispetto ad un “vissuto di sofferenza” e segnaletiche rispetto ad una domanda di bisogno, in virtù di “ipotesi” private e storiche di simbolizzazione, la cui verificabilità è imprescindibile da processi cognitivi strettamente personali (Fornari, 1976).

La caratteristica di questo codice sembra essere l’utilizzazione della metafora come categoria privilegiata di autodescrizione del paziente. Rispetto alla lettura del codice del paziente, in termini della sua valenza operativa si è avanzata un’ipotesi di utilizzazione della metafora come teoria privata del soggetto, che interagisce sull’altra metafora quella dell’analista rappresentata dal modello teorico di riferimento dell’analista stesso.

Appare utile sottolineare le potenzialità insite nell’interazione tra i due modelli, in termini, per un verso, di possibilità di una nuova risignificazione, in cui la metafora fungerebbe da anello intermedio tra esperienza e teoria (Petrella, 1981), cioè terzo luogo di articolazione che non si identifica né con l’una né con l’altra. Per un altro verso, è riduttiva una considerazione della metafora, se utilizzata in termini di conferma o sconfirma del modello teorico adottato.

<sup>1</sup> La funzione proposizionale si può definire come una variabile “X” o enunciato aperto, i cui limiti sono compresi entro il valore che una data proposizione gli assegna.

In conclusione, si sono individuati tre usi differenti della metafora che potrebbero costituire in altra sede interessanti spunti d'indagine.

L'utilizzazione della metafora all'interno del resoconto come:

- principio-guida della storia del paziente;
- ipotesi diagnostica privata da verificare o sconfermare attraverso l'intervento;
- modello con funzione di conferma o sconferma dell'ipotesi teorica dell'analista.

Quest'ultimo punto appare particolarmente interessante rispetto alla dinamica assertiva o indagatoria che è individuabile nell'azione resocontata.

La teoria agirebbe come modello sommerso - noto e non problematico - *explanans*, la cui punta emergente può incontrarsi con le metafore emergenti del paziente, *explanandum* - modello ignoto e problematico - stabilendo così una consensualità di codici su cui intendersi in maniera analogica, cioè non per creare una somiglianza ma, a partire da una somiglianza nota, crearne una ignota (Muratori, 1987).

In altri termini è ipotizzabile un uso assertivo della teoria attraverso l'uso della metafora, che pare rispondere ad una modalità di categorizzazione del rapporto in termini di riconduzione del caso entro una categoria dicotomica si/no in riferimento ad una classificazione del paziente come caso più o meno trattabile con la tecnica appresa (Carli, 1987).

#### *Codice C*

Le dimensioni del codice C, comprendenti istanze esterne al rapporto duale analista paziente, costituiscono la lista più esigua, distribuendosi quasi equamente tra dimensioni nosografiche attribuite a medici o psichiatri e "dichiarazioni" di figure familiari. In due casi si faceva ricorso ad un analista precedente.

Le dimensioni compaiono in riferimento alla ricostruzione di un'analisi anamnestic-storica.

In tutti i casi in cui è presente il codice C vengono riportate testualmente le frasi dei genitori relative ad una richiesta d'intervento segnalata a carico del paziente/figlio.

Un'ulteriore analisi più approfondita sarebbe interessante, in riferimento ad esempio alla considerazione di queste funzioni "Altri", come istanze normative e decisionali, nel momento in cui si considerano come committenti di una domanda, e insieme di una proposta di cambiamento, che spesso è portata <<anche in termini di prescrizione di un cambiamento>>. In questi casi, la domanda d'intervento assume la forma di una "reductio ad ortum" (Carli, 1987: p. 314), in cui, in un'ottica di cambiamento lineare, il polo opposto della "norma" (sanità) prescritta, si può presupporre come implicito, in maniera antitetica al "sintomo" dichiarato (patologia).

## 5. Considerazioni conclusive

La classificazione dei resoconti Secondo le due categorie Assertiva e Indagatoria, nel primo livello d'analisi, ha evidenziato due orientamenti metodologici che possono caratterizzare l'attività generale del resocontare l'operato clinico. Le due categorie individuano quella particolare dinamica riferibile a differenti criteri di utilizzazione dei modelli teorici, in relazione alla descrizione dell'evento clinico. Tale ipotesi di lettura dei resoconti psicoanalitici può essere estesa anche ad altri tipi di resoconto clinico, a differenti contesti teorici e differenti prassi psicoterapeutiche.

Per quanto riguarda il secondo livello di analisi, la dimensione teorica e la dimensione sintomatologica si sono costituite come costanti di descrizione o anelli di connessione nel passaggio tra l'enunciazione teorica e la sua applicazione sul piano dell'operatività, attraverso la descrizione di un caso.

Da una parte la frammentazione e dispersione dei modelli teorici sembra rispondere all'esigenza di una difesa acritica dell'ortodossia, in virtù della quale "la teoria di riferimento si trasforma in norma da ottemperare", anziché motivare alla ricerca e alla verifica dei costrutti teorici. Il sistema teorico di riferimento funziona perciò come sistema d'appartenenza, rispetto al quale la preoccupazione maggiore sembra quella di marcare i confini, anziché quella di avviare un processo di ricerca volto a costituire nuove aree di analisi e conoscenza. Il problema dell'ortodossia è particolarmente rilevante e complesso per la psicoanalisi, dove non soltanto i criteri di verifica sembrano restare conclusi nel linguaggio interno alla disciplina, ma in cui, spesso, La teoria sembra <<perdere il suo ruolo di strumento euristico per acquistare il ruolo di un mito, la cui funzione sociale è quella di fondare una visione coordinata e coerente della realtà, anzi di fornire già delle chiavi interpretative>> (Grasso, Lombardo e Pinkus, 1988).

Dall'altra parte il sintomo appare come un tentativo di fissare ripetitivamente una teoria personale di significazione dell'esperienza, al fine di circoscrivere l'infinita mutevolezza dei significati affettivi che l'esperienza può assumere (Carli, 1987).

Infatti le dimensioni sintomatologiche sono riconducibili entro un unico registro, quello della sofferenza, che sembra garantire un'univocità di comprensione della relazione e una legittimazione dell'operatività clinica.

La possibilità di ripetizione di un codice fisso di sofferenza, in termini di "prescrizione" della sofferenza stessa, sembra assicurare una stabilità di lettura della relazione analista/paziente o tecnico/profano e una stabilità di potere e legittimazione nel rapporto autore del resoconto/comunità di appartenenza, nella scansione descrittiva dell'azione terapeutica all'interno del resoconto. Ossia, il sintomo perde il suo status di "testo" (dato essenziale fondante l'azione clinica in campo

medico) e si salda invece come pre-testo, la cui valenza sembra collocarsi nell'ambito della giustificazione e legittimazione della propria prassi.

Pertanto le dimensioni di analisi, teorica e sintomatologica, risultano funzionali al consolidamento del comportamento competente dell'estensore del resoconto, in quanto la prassi scientifica ha come unico riferimento legittimante il gruppo d'appartenenza, mentre non si elabora un'analisi della relazione tra tecnico e profano (Carli, Lancia e Paniccchia, 1988).

### Bibliografia

- BARDIN L. (1977 [1986]), *L'Analyse du contenu*, Paris, PUF.
- BATTACCHI M.W. (1987), Il metodo storico clinico, in *Teorie e Modelli*, IV, 2, pp. 1-20.
- BATTACCHI MW. (1987), Appunti sul tema degli obiettivi in psicoterapia, *Rivista di Psico/ogia Clinica*, 3: pp. 281-290.
- BERETTA A. (1980), Momento "diagnostico" e momento "terapeutico" nel colloquio, in TRENTINI G.C. (a cura di), *Manuale del colloquio e dell'intervista*, Milano, Mondadori.
- BION W.R. (1965), *Transformations; Change from Learning to Growth*, London, W. Heinemann Medical Books, trad. it. *Trasformazioni*, Roma, Armando.
- BLEICHER J. (1980), *Contemporajy hermeneutics; Hermeneutics as method philosophy and critique*, London, Routledge and Kegan Paul - Trad. it. (1986). *L'ermeneutica contemporanea*, Bologna, Il Mulino.
- CARLI R. (1987), *Psicologia clinica. Introduzione alla teoria e alla tecnica*, Torino, Utet.
- CARLI R. (1988), Tema del numero: per una teoria della tecnica, in *Rivista di Psicologia Clinica*, 1: 6-15.
- CARLI R., LANCIA F., PANICCIA R.M. (1988), *Il gruppo in psicologia clinica*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.
- EDELSON M. (1984), *Hypothesis and evidence in psychoanalysis*, Chicago, The University of Chicago Press, trad. it. (1986), *Ipotesi e prova in psicoanalisi*, Roma, Astrolabio.
- FORNARI F. (1983), *La lezione freudiana*, Milano, Feltrinelli.
- GINZBURG C. (1979), Spie. Radici di un paradigma indiziario, in GARGANI A. (a cura di), *Crisi della ragione. Nuovi modelli nel rapporto tra sapere e attività umane*, Torino, Einaudi.
- GRASSO M., LOMBARDO G.P., PINKUS L. (1988), *Psicologia Clinica. Teorie, metodi e applicazioni della psicomotricità*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.
- GRÜNBAUM A. (1984), *The foundations of psychoanalysis*, vol. 1, New York International Universities Press, trad. it. (1988), *I fondamenti della psicoanalisi*, Milano, Il Saggiatore.
- HARRÈ R., SECORD P.F. (1972), *The explanation of social behaviour*, Oxford, Basil Blackwell, trad. it. *La spiegazione del comportamento sociale*, Bologna, Il Mulino.
- KUHN T.S. (1962), *The structure of scientific revolutions*, Chicago, University of Chicago Press, trad. it. (1969), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Torino, Einaudi.
- MATTE BLANCO I. (1975 [1981]), *L'inconscio come insiemi infiniti*, Torino, Einaudi.
- MASTERMAN M. (1970), *Criticism and growth of knowledge*, Cambridge, Cambridge University Press, trad. it. (1976), La natura di un paradigma, in LAKATOS I. e MUSGRAVE A. (a cura di), *Crescita e critica della conoscenza*, Milano, Feltrinelli.
- MERENDINO R.P. (1984), Il racconto clinico. Sue funzioni nel processo di formazione e trasmissione del sapere psicoanalitico, in *Rivista di Psicoanalisi*, XXX: 73-87.
- MURATORI A.M. (1987), Invarianza e cambiamento nella relazione analitica, in TRAVERSA C. (a cura di), *Soggetto, relazionale e trasformazione*, Roma, Borla.
- NAPOLITANI D. (1987), *Individualità e gruppalità*, Torino, Boringhieri.
- PARSONS T. (1951), *The social system*, Glencoe, Free Press, trad. it. *Il sistema sociale*, Milano, Comunità.

- PETRELLA F. (1981), Dalla biologia alla relazione: percorsi metaforici in Freud, in AA.Vv., *La relazione analitica*, Roma, Borla.
- SPENCE D.P. (1982), Narrative truth and historical truth. Meaning and interpretation in Psychoanalysis, New York and London, W.W. Norton & Company, trad. it., *Verità narrativa e verità storica*, Firenze, Martinelli.
- TURILLAZZI MANFREDI S. (1981 [1982]), Due scopi per la psicoanalisi. Verità e cambiamento, in *Itinerari della psicoanalisi*, Torino, Loescher: 250-278.
- VERGINE A. (1981), Relazione analitica, codice, processo di significazione in AA.Vv., *La relazione analitica*, Roma, Borla.

#### Sommario

Il presente articolo riporta i risultati di una ricerca volta ad indagare la funzione del resoconto clinico nell'ambito della comunicazione scientifica, in funzione dell'individuazione di criteri organizzanti l'esperienza clinica.

Il campione è rappresentato dai resoconti pubblicati nella *Rivista di Psicoanalisi italiana*, dal '76 all'87. La metodologia di ricerca utilizzata è l'analisi del contenuto.

I risultati si possono ricondurre a due livelli di indagine:

1. La classificazione dei resoconti secondo due categorie di lettura, Assertiva e Indagatoria, che si costituiscono come differenti criteri di utilizzazione dei modelli teorici, in relazione alla descrizione dell'evento clinico.

2. L'individuazione di due dimensioni di analisi, la dimensione teorica e la dimensione sintomatologica, che si costituiscono come costanti di descrizione, o anelli di connessione nella scansione teoria-tecnica che guida l'azione clinica.

#### Summary

This article reports the results of a research about the function of case reporting in the context of scientific communication, with regard to specific criteria that articulate the clinical practice.

The sample is constituted of case reports published in the *Italian Psychoanalytic Review*, from '76 to '87. The method of research is the "Analysis of Content". Data comes from two different levels of investigation:

1. The classification of case reports between two categories of reading, Assertion and Indagation, that are different criteria for using theoretical models related to description of the clinical event.

2. The individuation of two dimensions of analysis, the theoretical and symptomatological dimension, that are constant elements of description, relating to the connection between theory and practice on which the clinical psychological intervention is founded.