

Prassi e resoconto in psicologia clinica

Franco Lancia
Studio di Psicopsicologia, Roma

1. Introduzione

La produzione, il commento e l'uso di resoconti concernenti esperienze di lavoro sono attività costitutive dell'iter formativo e professionale di ciascun psicologo clinico, per molti versi ne fondano le specifiche competenze, e, allo stesso tempo, nella misura in cui mediano gli scambi comunicativi all'interno di comunità scientifiche, fondano la stessa possibilità di elaborare, trasmettere e verificare metodi e tecniche di intervento. Quindi, l'individuazione e l'esplicitazione delle relazioni esistenti tra prassi psicologico-clinica e suoi resoconti costituiscono ambiti di riflessione caratterizzati da una notevole rilevanza pragmatica. Tuttavia, per quanto mi risulta, la rilevanza di questi temi non trova un riscontro significativo nel numero di pubblicazioni e di iniziative culturali dedicate ad una loro elaborazione. Se così stanno le cose, abbiamo un'ulteriore conferma di quanto, nell'ambito della psicologia clinica, sia difficile articolare il rapporto tra teoria e prassi, e quindi di quanto sia opportuno sollecitare una posizione riflessiva sui modelli concettuali e sulle modalità comunicative che di questo rapporto mediano la possibilità.

Con questo lavoro, assumendo e proponendo una tale posizione, intendo riprendere e sviluppare alcune ipotesi di uno specifico programma di ricerca che recentemente ha tematizzato la centralità della teoria della tecnica e ha individuato nell'analisi della domanda la fondazione metodologica della prassi psicologico-clinica (Carli, 1987; Carli, Paniccia, Lancia, 1988). In particolare, intendo affrontare i seguenti interrogativi: Cosa rende la prassi clinica oggetto possibile ed interessante per dei resoconti? Cosa comporta, per chi opera, produrre resoconti con cernenti sue esperienze di lavoro? Cosa se ne può fare uno psicologo clinico di un resoconto concernente un "caso" su cui ha lavorato un suo collega? In che modo la produzione e il commento di resoconti possono contribuire a precisare lo statuto scientifico della psicologia clinica?

TEORIE E MODELLI

A ben vedere, questi interrogativi rinviano l'uno all'altro in modo circolare. A mio avviso, i motivi di questa circolarità vanno ricondotti al fatto che le relazioni tra prassi psicologico-clinica e resoconto sono tali che l'una non può essere analizzata indipendentemente dall'altro, e viceversa; ovvero, in ambito clinico, la competenza ad operare e la competenza a resocontare sono in relazione di implicazione reciproca.

Per articolare questa ipotesi e per individuare i motivi che la fondano, in questo lavoro utilizzerò un quadro di riferimento in cui la teoria della tecnica si connette con una teoria generale dell'azione; più precisamente, prima di introdurre il riferimento a modelli di analisi interni alla psicologia clinica, mi soffermerò su alcuni aspetti concernenti la psico-logica dell'azione nei suoi rapporti con il resoconto:

2: Quadro di riferimento

In un noto volume, Harré e Secord propongono la seguente definizione dell'azione: "Ogni volta che qualcuno, sia egli attore o spettatore, fornisce un resoconto consistente di ragioni, ciò che è, è stato, o sarà fatto costituisce un'azione" (1972, trad. it. p. 223). La rilevanza di questa definizione è fondata sul fatto che essa individua le "ragioni" come fondamento della reciproca implicazione tra azione e resoconto. Le "ragioni", ovvero i motivi per cui si fa o si dice di fare qualcosa, rinviano *all'intenzionalità*, intesa come "tendere verso" scopi o obiettivi, e a specifiche *strutture inferenziali* che mediano il passaggio dall'intenzione all'azione; a loro volta, intenzionalità e strutture inferenziali presuppongono l'uso di categorie culturalmente elaborate che consentono di modulare l'azione in funzione di un'analisi degli eventi (Beretta, 1974). Quindi, intenzionalità, processi di categorizzazione e strutture inferenziali possono essere individuati come gli elementi mentali che, allo stesso tempo, fondano la struttura psico-logica dell'azione e la possibilità di un suo resoconto.

Per chiarire ulteriormente questo discorso è utile considerare come, in ambito epistemologico, viene concettualizzata la relazione esistente tra la struttura del resoconto che intende spiegare la stessa azione, ovvero la relazione esistente tra la struttura dell'inferenza pratica e quella della cosiddetta spiegazione teleologica (da *télos* = fine o scopo).

La ricostruzione dell'inferenza pratica, nel suo schema semplificato, è la seguente:

(P1) "A" ha l'intenzione di realizzare "p"

(P2) "A" ritiene che per realizzare "p" deve fare "a"

(C) Quindi "A" si dispone a fare "a".

Secondo questo schema, l'azione ("a"), considerata come conclusione (C) di un processo inferenziale, è fondata su due tipi di premesse: una premessa intenzionale o intenzionante (P1) che implica il riferimento a scopi o obiettivi ("p") e una premessa epistemica (P2) che,

stabilendo relazioni tra scopi e mezzi atti a conseguirli, rinvia alla categorizzazione degli eventi e alle tecniche di intervento. Per quanto concerne la spiegazione teleologica, nella misura in cui tende a manifestare il fondamento razionale di quanto è stato fatto, essa consiste in “una ricostruzione del calcolo fatto dall’agente dei mezzi da adottare per il fine proposto, alla luce delle circostanze in cui si trova” (Dray, 1957; trad. it. p. 170). In questo modo, ripercorrendo all’inverso il processo che porta alla realizzazione di un’azione, la struttura della spiegazione teleologica rinvia specularmente a quella dell’inferenza pratica (1971).

Tuttavia, poiché la *decisione* di agire implica sempre aspetti di arbitrarietà, la struttura dell’inferenza pratica, così come la struttura del resoconto esplicativo di un’azione, comportano uno *scarto logico* tra premesse e conclusione. I motivi di questo scarto, mentre segnano il limite dell’analisi filosofica e dei modelli psicologici di tipo cognitivista, rinviano alla complessità dei processi mentali e ai contesti di relazione da cui sia l’azione che il resoconto vengono originati. In particolare, nell’ambito della psicologia clinica, l’individuazione di questi motivi comporta il riferimento a due ordini di fattori tra loro complementari:

a) al *funzionamento bi-logico* della mente, cioè alle interazioni tra i modi di essere che Matte Blanco (1975) ha denominati come simmetrico (inconscio o omogeneo e indivisibile) e asimmetrico (razionale o eterogeneo e dividente), poiché l’azione, oltre che come realizzazione di scopi e piani razionali, può essere considerata una realizzazione simbolica di fantasie inconse;

b) al *contesto bidimensionale* della relazione sociale, cioè al rapporto tra fenomenologie organizzative ed istituzionali (Carli *et al.*, 1988), poiché l’azione, in quanto si esplica all’interno di strutture e situazioni di scambio sociale, comporta sempre il confronto con aspetti di progettualità comune (organizzazione) e con la possibilità di condividere collusivamente delle fantasie inconse (istituzione).

Nell’economia di questo scritto, la rilevanza euristica e pragmatica di questi due ordini di fattori può essere riconsiderata all’interno di un modello dello scambio comunicativo (fig. 1) che uso come strumento per esplorare le relazioni tra prassi psicologico-clinica e resoconto.

A seconda che lo scambio comunicativo rinvii al contesto della prassi di intervento o al contesto della produzione e dell’uso del resoconto, gli elementi fondamentali del modello possono essere letti nel modo seguente:

1. *Contesto della prassi*

In funzione della direzione dello scambio, la “X” sta per la domanda o per l’offerta di prestazioni, i ruoli di destinatario e di destinatario si articolano secondo la tabella 1, gli eventi considerati sono quelli che motivano la domanda e l’offerta di prestazioni.

TEORIE E MODELLI

FIGURA 1 – Modello psicosociale dello scambio comunicativo
EVENTO

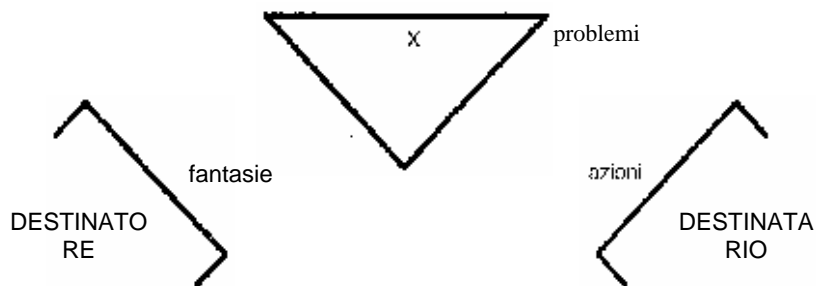


TABELLA 1 – Domanda e offerta di prestazioni

	<i>Destinatore</i>	<i>Destinatario</i>
Domanda	Committente	Psicologo clinico
Offerta	Psicologo clinico	Utente

2. *Contesto del resoconto*

In funzione della direzione dello scambio, la “X”, sta per la produzione o per il commento di un resoconto, i ruoli di destinatore e di destinatario si articolano secondo la tabella 2, gli eventi considerati sono quelli concernenti il “caso” resocontato.

TABELLA 2 – Produzione e commento del resoconto

	<i>Destinatore</i>	<i>Destinatario</i>
Produzione	Psicologo clinico	Comunità scientifica
Commento	Comunità scientifica	Psicologo clinico

TEORIE E MODELLI

A questo punto, facendo riferimento alle categorie finora individuate e al modello per l'analisi dello scambio comunicativo, possiamo tornare agli interrogativi iniziali e riconsiderarli in funzione del rapporto che, nella prassi di intervento come nella pratica del resoconto, esiste tra intenzionalità dello psicologo clinico e contesto della relazione in cui opera.

3. Prassi e analisi della domanda

La prassi psicologico-clinica, così come si realizza in specifiche situazioni di rapporto, ha il suo momento fondante nel modo in cui qualche committente formula una domanda e lo psicologo clinico si dispone ad analizzarla. Il committente, sia esso una persona o una struttura sociale, generalmente motiva la sua domanda facendo riferimento ad eventi per sé problematici e, in funzione di questi, chiede un certo tipo di aiuto o di intervento. Ad esempio, può far riferimento a dei sintomi, a difficoltà incontrate nell'ambito familiare e/o di lavoro, oppure, nel caso di una struttura organizzativa, può riferirsi a situazioni di conflitto o di inadeguatezza nella gestione del personale. In ogni caso, motivando la sua domanda, poiché ha deciso di rivolgersi a un professionista o a un'agenzia specializzata in qualche tipo di intervento, il committente ipotizza anche quale può essere la pratica più idonea per trattare, e forse per risolvere, i suoi problemi: una psicoterapia, una supervisione, un'attività formativa, un certo tipo di consulenza psicologica, e così via. Inoltre, fin dai primi contatti, lo stesso committente propone allo psicologo clinico modalità di rapporto fondate sul modo in cui ha anticipato, a livello di simbolizzazioni affettive e di fantasie inconse, il contesto stesso della relazione; in particolare, assumendo e attribuendo dei ruoli, propone allo psicologo clinico delle "regole di gioco" per gestire il rapporto con diversi aspetti del sé e/o della struttura sociale rappresentanti istanze di committenza e di utenza.

Poiché ha domanda è un'azione comunicativa, la sua psicologica può essere puntualmente ricostruita facendo riferimento alla struttura intenzionale e ai processi inferenziali che la sostengono. In particolare, il suo aspetto razionale o asimmetrico presuppone una struttura inferenziale di questo tipo:

- "A" (il committente) ha intenzione di risolvere il problema "x";
- "A", in base alle sue conoscenze, ritiene che per la soluzione del problema "x" sia il caso di rivolgersi allo psicologo clinico "y";
- Quindi "A" si rivolge allo psicologo clinico "y".

Per quanto concerne la componente simmetrica o inconscia, essa, per così dire, si appoggia alle vane premesse della stessa struttura inferenziale. Ad esempio, l'individuazione del problema può essere accompagnata da emozioni angoscianti, l'intenzione di risolverlo può essere simbolizzata come una sorta di liberazione dal "male", le "co-

TEORIE E MODELLI

noscenze” motivanti la scelta del tale psicologo clinico possono implicare un riferimento a strutture di rapporto di tipo familiare o amicale, e così via.

D’altro canto, in quanto *azione* che sollecita lo psicologo clinico a inter-agire, la domanda veicola due ipotesi:

a) la relazione clinica va fondata su un progetto di cambiamento di tipo lineare, nel senso che essa deve tendere a risolvere ovvero ad eliminare il problema motivante la domanda.

b) tale progetto è realizzabile solo se lo psicologo clinico, colludendo con il committente, condivide il contesto della relazione così come quest’ultimo lo ha anticipato.

Ovviamente, se la domanda si esaurisce in questi aspetti di azione, lo spazio per un lavoro psicologico-chiave sarebbe ben poco; questo, per espletarsi, richiede infatti che il committente sia anche portatore di *un’intenzionalità riflessiva*, cioè, in primo luogo, che sia disposto ed interessato ad esplorare il significato della sua stessa domanda. Ma come, tramite l’analisi di questa, è possibile verificarlo? Che tipo di competenza è richiesto?

Se la competenza dello psicologo clinico, così come quella di altri professionisti, è fondata sulla padronanza nell’uso di specifiche tecniche, l’interrogativo-chiave è il seguente: che rapporto c’è tra tecniche e analisi della domanda? Questo interrogativo, come vedremo, è di estrema rilevanza anche nell’ambito del resoconto, altrimenti con questo ci si limita a spiegare *come* è stata applicata la tale tecnica ma non il *perché* del suo uso.

Facendo riferimento al modello dello scambio comunicativo, per quanto diverse possano essere le situazioni di lavoro e le tecniche nell’uso delle quali lo psicologo clinico è esperto, possiamo affermare che il rapporto tra queste e l’analisi della domanda può funzionare secondo due modalità fondamentali, a seconda che la stessa domanda sia categorizzata e trattata come un *segnale* che orienta un processo decisionale o come un *simbolo* che attiva un processo di conoscenza.

Secondo la prima modalità, se è totalmente identificato nel ruolo di destinatario di prestazioni fondate su specifiche tecniche (es.: analisi sistemica, terapia comportamentale, analisi transazionale, gruppoanalisi, training autogeno, analisi coinemica, etc.), analizzando la domanda, lo psicologo clinico procede in questo modo:

- a) verifica che ci siano problemi di sua competenza;
- b) verifica che ci siano le condizioni per intervenire;
- c) concorda un setting di lavoro con il committente;
- d) si mette ad operare.

In questo modo, procedendo come un qualunque tecnico che offra prestazioni, cioè analizzando la domanda in funzione di una decisione da prendere (se sono presenti certe condizioni e certi problemi previsti dalle tecniche, allora c’è prestazione, altrimenti la stessa presta-

TEORIE E MODELLI

zione non può aver luogo), di fatto ho psicologo clinico *agisce* i comportamenti tecnici senza interrogarsi sulla complessa struttura di relazione che fonda lo scambio tra la domanda e l'offerta di prestazione. Ne deriva che, per lo stesso psicologo clinico, non si pone il problema di strutturare un setting idoneo per l'analisi della domanda: il "vero" setting sarà quello collegato con l'applicazione di specifiche tecniche.

Ora, questo modo di analizzare la domanda, a lungo sperimentato nell'ambito di altre professioni (medico, architetto, avvocato, etc.), per poter funzionare, cioè per garantire il perseguimento degli obiettivi previsti dalle tecniche, richiede le seguenti condizioni:

a) che le fantasie in gioco nel rapporto siano riconosciute come attivate dal problema che ha motivato la domanda, in modo tale che le stesse fantasie siano reversibili una volta che il problema è stato risolto;

b) che le relazioni tra ruoli (committente, utente, tecnico) siano di tipo consensuale, cioè che le varie fasi del rapporto di lavoro non comportino conflitti motivati da fantasie;

c) che la relazione possa essere strutturata sotto il primato della logica dell'offerta di prestazione e quindi su una dipendenza istituita, non analizzata e non analizzabile, nei confronti del tecnico.

Ovviamente, come ciascuno potrà rilevare in base alla propria esperienza, nell'ambito della prassi psicologico-clinica queste condizioni, a meno che non si miri a un modello di relazione di tipo medico, sono irrealizzabili e improponibili.

Il secondo modo di procedere nell'analisi della domanda è fondato sul fatto che i vari attori dello scambio assumano una posizione riflessiva ed interrogativa sui motivi che fondano il loro *specifico* rapporto e sospendano temporaneamente l'azione dei modelli organizzativi ed istituzionali che innescano gli automatismi del circolo domanda-offerta. In questo modo, non essendo scontati né il significato della domanda né il fatto che ad essa debba seguire una prestazione di tipo psicologico-clinico, la stessa domanda funziona come un *simbolo*, cioè come un'azione che va interpretata esplorando i suoi rapporti con i vari fattori che strutturano lo scambio comunicativo.

Categorizzare la domanda come un simbolo, significa riconoscere in essa due proprietà fondamentali:

a) la *similarità* nel senso che il suo significato, mediato dalle fantasie del committente, implica una struttura metaforica in cui la relazione con lo psicologo clinico sta per altri tipi di relazione, sperimentate dallo stesso committente e, in qualche modo, motivanti la domanda;

b) la *ricorsività* nel senso che, veicolando un'intenzionalità riflessiva, la stessa domanda fonda la possibilità di una sua interpretazione e quindi di una sua traduzione da azione di fantasie a pensiero su di sé.

Utilizzando il modello bi-logico proposto da Matte-Blanco (1975), potremmo dire che, mentre la similarità è fondata sull'espressione dell'inconscio come modo d'essere simmetrico, la ricorsività presupp-

TEORIE E MODELLI

pone l'attività del modo d'essere asimmetrico; infatti, mentre la similarità, nella logica del sistema inconscio, comporta la trasformazione della relazione tra simbolo e simbolizzato in una identificazione dei due termini e quindi in un'equazione simbolica (Segal, 1964), la ricorsività presuppone una distinzione tra i due termini e ne moltiplica le possibilità di relazione.

La rilevanza del simbolismo della domanda non è data soltanto dal fatto che la prassi psicologico-clinica si esplica in gran parte come analisi delle produzioni simboliche (fantasie, sogni, cultura delle organizzazioni ecc.), bensì rinvia alla stessa fondazione della tecnica e alla logica delle sue innovazioni. Per chiarire questo punto, vorrei proporre un'analogia tra l'analisi del transfert e l'analisi della domanda. La scoperta del transfert, come quella del controtransfert, può essere ricondotta al fatto che S. Freud categorizzò come simbolico ciò che avveniva "nella" relazione terapeutica, cioè lesse la fenomenologia interna a tale rapporto come "qualcosa che stava per qualcosa d'altro": individuando delle "similarità" tra la relazione terapeutica ed altre relazioni di tipo parentale, fu in grado di assumere una posizione di riflessione sui fenomeni e di utilizzare la proprietà ricorsiva del simbolo tramite la sua interpretazione. In questo modo Freud fondò "una" tecnica: istituendo una certa relazione con i pazienti (alleanza di lavoro, setting ecc.) e avendone le competenze, è diventato possibile il trattamento psicoanalitico. In modo analogo si pone il problema dell'analisi della domanda: non è solo ciò che avviene "nella" relazione tra pazienti e analisti che è simbolico, ma è la stessa domanda di aiuto o consulenza rivolta a uno psicologo clinico, e non solo ad esso, che spesso "sta per qualcosa d'altro". In questo modo, il problema del simbolismo del transfert e del controtransfert esce, per così dire, dall'interno del setting consolidato di una relazione psicologico-clinica per interrogare il suo stesso processo istituyente. Quindi, mentre nel caso di una domanda psicoterapeutica si tratterà di analizzare un processo istituyente che tende a riprodurre le modalità collusive che fondano il modello medico, in altri casi si tratterà di analizzare il processo fantasmatico che sostiene domande di formazione, di consulenza ecc. In questo contesto, è opportuno ricordarlo, considerare i modi in cui lo psicologo clinico procede nell'analisi della domanda ha il senso di esplicitare il tipo di intenzionalità, di strutture categoriali e di processi inferenziali fondanti la prassi clinica e, allo stesso tempo, la possibilità di un suo resoconto. In effetti, poiché l'analisi della domanda tratta il processo istituyente della prassi, il modo in cui essa si espleta rinvia direttamente agli obiettivi e alla progettualità della psicologia clinica. In particolare, la categorizzazione e l'analisi della domanda come simbolo sono operazioni congruenti solo all'interno di una prassi clinica i cui obiettivi siano costituiti dal promuovere la capacità di pensare le emozioni e le implicazioni delle simbolizzazioni affettive nella dinamica di relazione. Di contro, questo tipo di obiettivi non

TEORIE E MODELLI

sono perseguibili se la domanda viene categorizzata ed analizzata come un segnale. Come può infatti, una prassi perseguire la capacità di pensare e di riflettere sulla relazione se la stessa logica della sua fondazione lo esclude? Ad esempio, se si struttura una relazione psicoterapeutica “come se” fosse una relazione medica, si istituisce una relazione di dipendenza che non è più analizzabile, nel senso che, tutt'al più, si può strutturare come una forma di “doppio vincolo” in cui la relazione diventa un’ingiunzione contraddittoria rispetto al suo processo istituente.

Se lo psicologo clinico, nel contesto della prassi, considera la rilevanza di questi aspetti, il suo lavoro di riflessione consiste in gran parte nell’articolare congruentemente i rapporti tra simbolismo della domanda, modalità della sua analisi e progetto di cambiamento, cioè tra fenomeni su cui si interviene, metodi e obiettivi. Ed è appunto questo lavoro di riflessione che fonda la possibilità di produrre un resoconto aderente ai problemi sperimentati nel corso dell’intervento.

3. *Resoconto e teoria della tecnica*

Consideriamo ora il secondo termine della relazione in analisi, cioè, in primo luogo, la produzione di un resoconto. Questa è un’azione comunicativa tramite la quale uno psicologo clinico, rivolgendosi a una comunità scientifica, cerca di spiegare come e perché ha operato in uno specifico caso. Quindi, anche il resoconto delle esperienze di lavoro è un tipo di prassi che veicola specifiche intenzionalità nell’ambito di specifici contesti di relazione; in particolare, poiché comporta il riferimento a destinatari della comunicazione, la produzione di un resoconto confronta lo psicologo clinico con dimensioni di *appartenenza* e di *pro-getto*, cioè con il proprio modo di elaborare le relazioni istituzionali ed organizzative nell’ambito della comunità scientifica. In effetti, il modo in cui è costruito il resoconto, quindi ha sua rilevanza e il suo interesse scientifico, per molti versi è determinato dal modo in cui l’autore ha elaborato questo tipo di relazioni sociali trasformandole in pensiero, d’altro canto, le modalità che regolano la produzione e l’uso di resoconti, quindi i criteri (obiettivi e metodi) e gli strumenti di comunicazione (seminari, convegni, riviste ecc.) rinviano a come le stesse relazioni sono elaborate tra (e all’interno di) comunità scientifiche. Ora, nell’ambito della psicologia clinica, si dà il caso che la strutturazione di appartenenze rinvia direttamente, spesso nella stessa denominazione di “gruppi” e “scuole”, all’uso di specifiche tecniche. Ne deriva che, stando queste condizioni, i resoconti clinici, in gran parte, si limitano a spiegare cosa è accaduto nel tale caso applicando la tale tecnica; cioè, la loro funzione scientifica diventa in qualche modo espressione delle dinamiche istituzionali fondanti il rapporto tra appartenenze e tecniche.

TEORIE E MODELLI

Per capire come, nella riflessione sul resoconto, l'analisi psicosociale si articola con questioni epistemologiche, va considerato lo specifico rapporto che, in psicologia clinica, esiste tra scienza e tecnica. A questo scopo, alcuni elementi di analisi possono essere individuati confrontando tra loro due tipi di resoconto scientifico: quello clinico e quello sperimentale. Il primo aspetto che vorrei sottolineare è di tipo eminentemente formale: mentre i resoconti sperimentali, indipendentemente dall'oggetto di ricerca, sono costruiti secondo modalità strutturali costanti, la struttura di quelli clinici varia non solo in funzione della tecnica applicata, ma da un autore all'altro. Inoltre, è di notevole rilievo il fatto che, nel caso dei resoconti sperimentali, la sequenza dei capitoli e dei paragrafi ripercorre puntualmente quello che, nei manuali di metodologia della ricerca, sono indicate come "fasi" della stessa ricerca: individuazione del problema, formulazione delle ipotesi, criteri del campionamento, strumenti di indagine, etc. Questo tipo di struttura rimanda indirettamente a una funzione del resoconto sperimentale: esso tende a spiegare come è stata fatta la ricerca, e lo fa in un modo specifico, cioè mettendo altri ricercatori nelle condizioni di "rifarla" individuando un campione con le stesse caratteristiche, utilizzando gli stessi strumenti di indagine e trattando i dati secondo le stesse procedure statistiche. In altri termini, struttura e funzione del resoconto sperimentale rinviano ad un isomorfismo tra riproducibilità dei fenomeni e riproducibilità di un certo tipo di prassi di indagine: "date le condizioni K, se A, allora B", dove la connessione nomica concerne sia gli eventi (se "accade" A, allora si verifica B) che le azioni (Se si fa A, allora si verifica B). Evidentemente, nei fatti, il discorso è più complesso; tuttavia è certamente questo il "tipo ideale" delle scienze nomotetiche e della tecnica "forte", cioè "la tecnica nata in occidente tra il secolo XVI e XVII grazie all'applicazione dell'*epistème* (si ricordi la sua etimologia: "ciò che è posto sopra") matematica allo studio e alla trasformazione del mondo. Questo tipo di rapporto tra scienza e tecnica ha la sua fondazione epistemologica nel fatto che alcune spiegazioni scientifiche, caratterizzate da una struttura logica isomorfa a quella delle previsioni, producono delle conoscenze dei fenomeni atte a consentirne il controllo. In particolare, mi riferisco al cosiddetto "modello della legge di copertura" (*Covering Law Model*), secondo il quale, presupposta la validità di una o più leggi generali, gli eventi possono essere spiegati o previsti in funzione del verificarsi di specifiche condizioni. Questo modello, pur non essendo applicabile a tutti i tipi di spiegazione scientifica, è certamente alla base di quelle spiegazioni che consentono la progettazione e la realizzazione di strumenti tecnologici atti a prevedere e a controllare alcuni aspetti dei fenomeni naturali, cioè, in particolare, delle scienze che fondano le tecniche di tipo ingegneristico. Per quanto concerne la psicologia clinica, poiché il suo oggetto di indagine e di intervento è costituito dalla dimensione simbolica

TEORIE E MODELLI

dell'azione, le procedure esplicative che, nel suo ambito, mediano le relazioni tra scienza e tecnica sono fondamentalmente due:

- a) la spiegazione tecnologica dell'azione;
- b) l'interpretazione della simbolizzazione affettiva.

Ora, sia l'una che l'altra, per motivi diversi, non consentono di spiegare "perché necessariamente" si è verificato un certo evento; infatti, mentre la realizzazione di un'azione rinvia all'imprevedibilità della decisione, la produzione di un simbolo comporta la "imprevedibilità del significante rispetto al significato" (Fornari, 1976, p. 51), cioè, nell'ambito della simbolizzazione affettiva, non c'è corrispondenza biunivoca tra espressioni e contenuti. Ne deriva che la psicologia clinica è una pratica idiografica, cioè una forma di conoscenza e di azione che tratta le situazioni come eventi unici e non come casi o occorrenze di leggi generali. Infatti, anche se la categorizzazione di un evento come azione o come simbolo richiede dei concetti generali, l'interpretazione del suo significato, in quanto rinvia a specifiche situazioni e comporta l'esplorazione di aspetti non noti, è unica e imprevedibile in ogni caso.

In questa sede, si noti bene, "ripescare" le tipologie nomotetiche/ idiografiche non ha il senso di riconoscere o contestare alcuna gerarchia nella fondazione scientifica delle pratiche. Queste sono appunto questioni di simbolizzazioni affettive: idealizzare le scienze e le tecniche "forti" svalutando le "deboli", o viceversa. Sta di fatto che, se la psicologia clinica è una pratica idiografica, le relazioni tra analisi della domanda e tecniche da un lato e le relazioni tra prassi e resoconto dall'altro, trovano una specifica fondazione epistemologica. In altri termini, se l'analisi della domanda non implica che sia necessariamente seguita dall'applicazione di un certo tipo di tecnica, i motivi di questa applicazione, diversi di volta in volta, vanno spiegati caso per caso. D'altro canto chi pratica la psicologia clinica mettendo in opera, quasi automaticamente, una tecnica a partire dalla categorizzazione di una domanda come occorrenza di una certa categoria tipologica, di fatto mima la logica delle scienze nomotetiche. Quindi, se la prassi clinica si esaurisce nell'azione di comportamenti tecnici fondati su specifiche appartenenze e sull'ipotesi di una loro riproducibilità, è la stessa fondazione epistemologica della prassi che viene invalidata.

Stando queste premesse, che senso ha produrre un resoconto di un'esperienza in qualche modo unica? E cosa se ne possono fare gli psicologi clinici del capire ciò che è stato fatto di qualcun altro in "un" caso non riproducibile?

Producendo un resoconto, lo psicologo clinico si trova confrontato con due compiti tra loro correlati:

- elaborare una specifica esperienza di lavoro, cioè, soprattutto, trasformare verbalmente un'esperienza emotiva (Carli, 1987, p. 308);

TEORIE E MODELLI

- elaborare il proprio rapporto con la comunità scientifica quindi esplicitare i modelli che ha utilizzato per lavorare sul caso.

In particolare, il riferimento *ai modelli*, cioè a dispositivi concettuali atti a rendere ragione dei criteri e dei processi inferenziali fondanti sia l'intenzionalità che la comunicabilità della prassi, evoca la dinamica delle appartenenze e chiama in causa il modo in cui lo psicologo clinico ha elaborato i suoi problemi di identificazione e di identità. Ne deriva che la produzione di un resoconto, per chi vi si cimenti, è un'occasione privilegiata per riflettere sulle condizioni che fondano la propria attività lavorativa. Questa, infatti, non consiste soltanto nell'applicazione di tecniche, ma implica una presa di posizione personale e la produzione di un pensiero su di un contesto in cui l'analisi della domanda si articola con le progettualità e le dinamiche istituzionali espresse dalla comunità scientifica degli psicologi clinici.

D'altro canto, chi commenta il resoconto di "un" caso su cui ha lavorato un collega, a meno che non sia preso dall'agire sue fantasie, certamente non può cercare nella prassi dell'altro una norma per sé o, simmetricamente, cercare di valutare lo scarto rispetto all'ortodossia dei propri modelli. In realtà, se ben utilizzato, il resoconto è "semplicemente" uno strumento per mediare una comunicazione riflessiva sulle condizioni in cui si espleta la prassi clinica. E solo se questo tipo di comunicazione diventa rilevante, la comunità scientifica può riuscire ad elaborare dei criteri per definire ciò di cui bisogna "rendere conto". E' infatti tramite la funzione di verifica che i resoconti promuovono la scientificità delle pratiche. Ma, in ambito psicologico-clinico, di quale verifica si tratta? Non si tratta certamente di fornire elementi per rispondere a interrogativi del tipo "gli enunciati della psicoanalisi sono empiricamente verificabili?". Non si tratta cioè di spiegare "ciò che è accaduto" in vista della individuazione di leggi generali concernenti i fenomeni, si tratta bensì di spiegare "ciò che si è fatto" in vista di una elaborazione della teoria della tecnica. In effetti, una spiegazione scientifica concernente il "ciò che accade" in una classe di casi può essere tradotta in un progetto che orienti il "ciò che si fa" solo se la logica della scienza e quella della tecnica sono isomorfe. Ma questo isomorfismo, vale la pena ripeterlo, si dà solo nel rapporto tra scienza nomotetica e tecnica "forte". Quindi, per quanto il comportamentismo presuma di riproporre questa logica ingegneristica nell'ambito della psicologia clinica, quest'ultima, in quanto prassi comporta un rapporto diverso tra teoria e tecnica, comporta cioè una fondazione tramite la teoria della tecnica. In altri termini, la psicologia clinica non costruisce il suo statuto tramite la riproducibilità delle tecniche, bensì elaborando, di volta in volta, nella relazione con specifiche domande, una riflessione sulla prassi. E questo, appunto, è l'uso pertinente e rilevante dei resoconti, un uso effettivamente creativo nella misura in cui comporta sempre, se è pensiero sulla prassi, un rapporto con il cambiamento.

TEORIE E MODELLI

NOTE

Un classico esempio di questo modello è proposto da Popper (1934):

a) *Legge generale*: «Un filo si rompe tutte le volte che viene caricato con un peso che supera il peso che definisce la resistenza alla trazione di quel filo.

b) *Condizioni*: 1. «il carico di rottura di quel filo è ½ kg»; 2. il peso con cui è stato caricato questo filo è 1 kg».

c) *Evento*: «Questo filo si è rotto» (spiegazione); Questo filo si romperà»(previsione).

BIBLIOGRAFIA

- BERETTA A. (1974), La situazione pedagogica dal punto di vista psicofisiologico, etologico e antropologico, in BERETTA A., BARBIERI M.S., *Il centauro e l'eroe*, Il Mulino, Bologna.
- CARLI R. (1987), *Psicologia dinamica. Introduzione alla teoria ed alla tecnica*, UTET, Torino.
- CARLI R., PANICCIA R.M., LANCIA F. (1988), *Il gruppo in psicologia clinica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- DRAY W. (1957), *Law and Explanation in History*, University Press, Oxford (tr. it., *Leggi e spiegazioni in storia*, il Saggiatore, Milano, 1974).
- FORNARI F. (1976), *Simbolo e codice*, Feltrinelli, Milano.
- HARRE R., SECORD P.F. (1972), *The Explanation of Social Behaviour*, Basil Blackwell, Oxford (tr. it., *La spiegazione del comportamento sociale*, Il Mulino, Bologna, 1974).
- MATTE-BLANCO I. (1975), *The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-logic*, Duck-worth, London (tr. it., *L'inconscio come insiemi infiniti*, Einaudi, Torino, 1981).
- POPPER K. (1934), *Logik der Forschung*, J. Springer Verlag, Vienna (tr. it., *Logica della scoperta scientifica*, Einaudi, Torino, 1970).
- SEGAL H. (1964), *Notes on Symbol Formation*, in «Intern. Journ. of Psychoan.», n. 38, pp.391-397.
- WRIGHT von G.H. (1971), *Explanation and Understanding*, Cornell University Press, Ithaca, New York (trad. it. *Spiegazione e comprensione*, Il Mulino, Bologna, 1977).