

**Categorie di lettura del resoconto
clinico: un'analisi dei resoconti
psicoanalitici e sistemico-relazionali**

Cecilia Sesto
Psicologa, Roma

Il *resoconto clinico* è la “registrazione scritta del colloquio o dei colloqui fatti con i pazienti che vediamo al Servizio”; “...sarebbe una storia dell’individuo filtrata da te, già elaborata da te e riportata all’altro, quindi è la tua storia...”; “coincide con la capacità di pensare”; “dovrebbe essere la cronistoria di un rapporto che si evolve”; “è un atto ufficiale su cui c’è sia un discorso di informazione che di memoria”; “è un ritmo, una specie di metronomo”.

Queste sono alcune delle definizioni ottenute da una serie di interviste ad un campione di psicologi clinici, operanti nelle strutture territoriali di Roma, fatte durante la fase iniziale di una ricerca sul resoconto clinico.

La ricerca veniva avviata nel febbraio dell’87, presso la II Cattedra di Psicologia Clinica della Facoltà di Psicologia di Roma e ha lungamente e diversamente impegnato un gruppo di otto studenti.

Nello stesso periodo diventava centrale la querelle sulla sistematizzazione teorico-pratica della psicologia clinica, sulla professione dello psicologo, sugli obiettivi e la verifica dei risultati dell’intervento psicologico. Non più eludibile, quindi, una riflessione sul resoconto, strumento elettivo di comunicazione e confronto in ogni pratica scientifica, ma anche prodotto di una attività lavorativa.

La ricerca, nei suoi momenti iniziali, rilevava una mancanza di concettualizzazione sul resoconto clinico, e assumeva come aspetto non casuale proprio l’assenza della voce “resoconto” negli indici analitici di tutta la letteratura consultata e la presenza del termine all’interno dei medesimi scritti. Questo elemento veniva, tra l’altro, posto in relazione con le definizioni raccolte durante le interviste, tutte assai diversificate tra di loro e spesso all’interno della stessa intervista (da una limitazione del significato del termine ad un allargamento del significato stesso). Si decideva, così, di avviare una esplorazione sistematica della letteratura che pubblica materiale clinico, a partire dalle riviste maggiormente consolidate, con l’ipotesi che la conoscenza che ne sarebbe derivata avrebbe consentito di chiarire alcuni aspetti del resoconto clinico stesso quali, ad esempio, il modo in cui si articola e viene comunicato il rapporto tra

teoria e prassi nell'ambito della psicologia clinica, ma anche i criteri di utilizzazione dei resoconti nelle pubblicazioni scientifiche e i modelli culturali che i resoconti stessi veicolano.

Prima che un "dato osservabile", il resoconto appare dunque un problema.

Cosa comporta produrre un resoconto? Quali le ragioni e gli obiettivi per cui uno psicologo clinico spiega come e perché ha operato in una specifica situazione? Quali i destinatari della comunicazione ed i contesti dello scambio comunicativo? E le possibilità, il senso e i limiti del comunicare una pratica idiografica e per definizione, quindi, non riproducibile? Cosa comporta per uno psicologo clinico (e per uno studente in psicologia clinica) leggere un resoconto?

Queste alcune delle domande che tematizzano l'aspetto problematico del resoconto e che inizialmente hanno orientato la ricerca che ha seguito un percorso graduale e presentato gradi diversi di precisione.

Il n. 2/1990 della Rivista di Psicologia Clinica ha pubblicato una prima sintesi della ricerca circa una analisi dei resoconti individuati nella *Rivista di Psicoanalisi* negli anni '76-'87. Quella che segue è la sintesi di un lavoro di aggiornamento e di ampliamento come pure di revisione di quegli aspetti che nel precedente lavoro sembrano risentire di una modalità di categorizzazione più di tipo intuitivo che operativo.

Campione

Questa fase di ampliamento e revisione della ricerca viene ancorata alla *Rivista di Psicoanalisi*, organo della Società Psicoanalitica Italiana (S.P.I.) ed a *Terapia Familiare*, rivista interdisciplinare di Ricerca ed Intervento relazionale, edita dall'Istituto di Terapia Familiare (I.T.F.), delimitandone il campo di indagine: per *La Rivista di Psicoanalisi* agli ultimi sedici anni - dal 1976 al 1991 - e, per *Terapia Familiare*, dal 1977 - anno di nascita della rivista - al 1991.

Dall'insieme di articoli pubblicati, vengono isolati gli articoli che contengono almeno un resoconto e vengono considerati per rivista, anno e n. di fascicolo. Viene definito operativamente *resoconto* tutto ciò che è presentato "come materiale clinico", tutto quello che fa riferimento ad un caso o ad un paziente e cioè: casi clinici, sedute (singole sedute, sequenze di sedute, parti di sedute), fasi di analisi, episodi circoscritti (sogni, frasi, sequenze relazionali).

Il totale degli articoli pubblicati, il totale degli articoli che contengono almeno un resoconto e il totale dei resoconti individuati, costituiscono il campione della ricerca (tabella 1).

TABELLA 1 — Campione della ricerca

TABELLA 1 — Campione della ricerca			
Anni	N. tot. articoli	N. tot. articoli con resoconti	N. tot. resoconti
<i>Rivista di Psicoanalisi</i>			
1976	26	22	55
1977	25	13	69
1978	24	14	41
1979	28	11	45
1980	25	16	36
1981	36	22	55
1982	36	29	70
1983	36	16	43
1984	46	11	39
1985	35	17	72
1986	34	11	22
1987	26	11	87
1988	27	14	49
1989	30	13	28
1990	33	11	45
1991	18	13	47
Totale	490	244	803
Anni	N. tot. articoli	N. tot. articoli con resoconti	N. tot. resoconti
<i>Terapia Familiare</i>			
1977	17	14	67
1978	20	10	68
1979	15	7	31
1980	15	6	23
1981	23	13	81
1982	13	5	67
1983	16	8	24
1984	12	6	32
1985	20	12	40
1986	15	7	21
1987	9	6	18
1988	12	6	14
1989	18	15	57
1990	11	10	35
1991	14	5	41
Totale	230	130	619

Criteri globali di codifica

Gli articoli che contengono almeno un resoconto vengono enumerati e siglati. Viene considerato l'Autore (I criterio), in ordine alla identità

professionale o appartenenza di scuola e alla nazionalità. Viene considerato e siglato il Titolo (II criterio), in funzione del tipo di comunicazione e circostanza cui fa esplicito riferimento. La definizione operativa di resoconto guida la Scomposizione o Taglio del testo (III criterio), in accordo a regole di pertinenza ed esaustività. I resoconti individuati nell'articolo e letti contestualmente, dopo essere stati enumerati in ordine progressivo e tagliati secondo la definizione operativa, vengono ad essere organizzati in Categorie e Specificazione delle categorie (IV criterio) in accordo a regole di pertinenza, omogeneità ed esclusione mutua. Fondamentalmente, viene eseguita una analisi di tipo logico e sequenziale del processo comunicativo in atto. L'obiettivo è quello di evidenziarne l'organizzazione, il sistema di relazioni tra le parti e quindi la contestualità.

Descrizione delle Categorie

Assertivo: la situazione clinica presentata (succede questo...) conferma un enunciato (in genere una argomentazione teorica - spesso consolidata -) precedentemente espresso. È preponderante l'uso di proposizioni causali o di locuzioni indicanti chiaramente una relazione causale. La relazione causale è rintracciabile tra due enunciati legati tra di loro da un nesso che è sempre costituito da un modello (concetto/riferimento) teorico. La logica è: poiché succede questo (e lo dico / descrivo / presento / commento / racconto) è proprio (ovviamente / chiaramente / necessariamente) vero quello che la teoria dice.

Esemplificativo: sintesi di una situazione clinica non commentata, non esplicitamente usata a supporto di un enunciato generale e/o teorico. E' la presentificazione dell'affermazione generale (e/o teorica) compiuta in precedenza. Vi è una relazione di corrispondenza tra resoconto ed enunciato. La logica è: ecco quello che succede.

Aggiuntivo: rafforza un enunciato generale o teorico aggiungendo informazioni di dettaglio, tramite un breve commento che articola ulteriormente (ma di poco) l'affermazione teorica stessa. È simile ad un assertivo, ma senza che sia stato formulato un nuovo o meglio articolato enunciato.

Sostitutivo: sostituisce una concettualizzazione o una affermazione sufficientemente articolata (o meglio la sua graduale precisazione) a quanto viene espresso in modo generico dall'enunciato che precede in resoconto in esame. Il resoconto, con logica di tipo assertivo, è la precisazione e l'articolazione della concettualizzazione iniziale.

Citazione: breve stralcio in discorso diretto di frasi testuali del paziente o del terapeuta, usato contestualmente e a sostegno implicito della ragionevolezza dell'enunciato che lo precede. Vi è una relazione di equivalenza tra il resoconto e l'affermazione generale o teorica.

Evocativo: notazione personale dell'autore dell'articolo, introdotta

da locuzioni del tipo: mi viene in mente...; ricordo un paziente... ecc. Assenza di commento o interpretazione. La locuzione introduttiva sembra esaurire di per sé il motivo per cui il resoconto viene portato.

Ridondante: segue immediatamente un resoconto di tipo assertivo o esemplificativo; non aggiunge alcuna informazione all'argomentazione generale. Può essere abolito senza perdita di informazione.

Descrittivo: rappresentazione (documentazione) minuziosa e circostanziata di una situazione clinica, non necessariamente commentata, ma sempre portata a sostegno di quanto genericamente detto nell'enunciato che precede il resoconto stesso. Assenza di relazioni causali. Uso preponderante di proposizioni temporali e di connotazioni.

Esplicativo: esplicita (espone, sviluppa chiarendo) quanto viene presentato attraverso proposizioni condizionali o dubitative nel contesto generale o in una parte di esso.

Di investigazione: situazione clinica presentata come imprevedibile (o "senza sapere come fare") nell'enunciato che la precede; essa viene chiaramente descritta e supporta un inizio di riflessione per la costruzione (o l'ampliamento) di un modello. La logica è: se è successo questo (e lo descrivo), a partire da questo è possibile allora...

Una ulteriore analisi completa l'organizzazione in categorie dei resoconti, specificandone la funzionalità. Sono state individuate *sette tipologie di specificazioni* che ci limitiamo ad elencare: 1) Enunciato Teorico Generale; 2) Enunciato Teorico dell'Autore; 3) Modello Teorico; 4) Strategia Terapeutica; 5) Evento comportamentale; 6) Vissuto emozionale; 7) Affermazione di senso comune.

Risultati

Tutto il materiale raccolto è stato analizzato seguendo due livelli di osservazione.

Ad un primo livello, una analisi di tipo quantitativo evidenzia la distribuzione di tutti gli articoli, dei soli articoli con resoconto e di tutti i resoconti pubblicati nel corso del periodo preso in esame, per ciascuna rivista.

Al secondo livello, è condotta una analisi del contenuto dei resoconti, organizzati in categoria e specificazioni, al fine di valutarne la funzionalità all'interno di ciascuna delle due riviste.

Per quanto riguarda ancora l'analisi dei dati, per diminuire il rischio di una dispersione delle informazioni e rendere le operazioni di analisi più semplici, è stato scelto il criterio di raggruppare in classi di anni i periodi presi in esame. I sedici anni di pubblicazione della *Rivista di Psicoanalisi* sono stati, quindi, suddivisi in tre classi: una di 6 e due di 5 anni. I quindici anni di *Terapia Familiare* sono stati raggruppati in tre classi di cinque anni ciascuna.

Si è così potuto osservare in ciascuna rivista una pubblicazione di articoli sufficientemente costante per l'intero periodo esaminato (490 articoli sono stati pubblicati dalla *Rivista di Psicoanalisi* e 230 da *Terapia Familiare*,

tabella 2), malgrado alcune variazioni editoriali e di periodicità.

Anche considerando solo gli articoli contenenti resoconti (244 per la *Rivista di Psicoanalisi* e 130 per *Terapia Familiare*), la distribuzione nel corso degli anni considerati, presenta un andamento stabile, seppure una tendenza alla diminuzione sia presente nella *Rivista di Psicoanalisi* (tabella 3).

TABELLA 2 — Distribuzione degli articoli, degli articoli con resoconto, del resoconti, per l'intero periodo esaminato, per ciascuna rivista

	Anni	a	b	c	d
		N. tot. articoli	N. tot. art. con resoconto	% (b/a)	N. tot. resoconti
<i>Rivista di Psicoanalisi</i>	1976-1991	490	244	50%	803
<i>Terapia Familiare</i>	1977-1991	230	130	57%	619

TABELLA 3 — Rivista di Psicoanalisi. Distribuzione degli articoli con resoconto, del resoconti, della quantità di testo, per classi

Anni	N. tot. art. con resoconto	% (su tot. art.)	N. medio res. in art. con res.	N. medio righe x res.	D.S.
1976-1981	98	60%	3	65 (1->1209)	128
1982-1986	84	45%	3	58 (1->834)	92,4
1987-1991	62	62%	4	33 (1->875)	71

La *Rivista di Psicoanalisi*, infatti, tende a pubblicare, negli ultimi anni, un minor numero di articoli con resoconto, ma questi articoli presentano al loro interno, un aumento del numero medio dei resoconti; l'uso del resoconto, quindi, tende ad essere meno esteso nel corso degli anni, ed è maggiormente probabile che vengano pubblicati articoli senza resoconti, tuttavia, negli ultimi cinque anni ('87-'91), gli articoli che contengono resoconti, ne riportano un maggior numero.

Diversamente, l'uso del resoconto, nella rivista *Terapia Familiare* presenta una generalizzazione, nel senso che gli Autori che pubblicano articoli hanno maggiore probabilità di usare il resoconto negli ultimi cinque anni, rispetto ai primi dieci considerati; ciò nonostante, tali Autori mostrano di fare meno uso del resoconto nell'ambito dello stesso articolo (tabella 4).

TABELLA 4— Terapia Familiare. Distribuzione degli articoli con resoconto, dei resoconti, della quantità di testo, per classi

Anni	N. tot. art. con resoconto	% (su tot. art.)	N. medio res. in art. con res.	N. medio righe x res.	D.S.
1977-1981	50	56%	5	39 (1->473)	61
1982-1986	38	51%	5	31 (1->430)	63
1987-1991	42	66%	4	35 (1->359)	57

Per quanto riguarda, poi, la quantità di testo che ciascun resoconto occupa all'interno degli articoli, si può notare come negli ultimi cinque anni della *Rivista di Psicoanalisi*, la quantità di righe si sia dimezzata rispetto ad entrambi i periodi precedenti. Tale differenza, tuttavia, se tradotta in termini di numero di pagine occupate dal resoconto, non rappresenta una diminuzione significativa. E inoltre non può essere considerata un fenomeno distribuito uniformemente nell'arco dei cinque anni, come mostrato dal valore elevato della D.S. e dai ranghi (tabella 3).

Per quanto riguarda *Terapia Familiare*, la quantità media di testo occupata dal resoconto è sostanzialmente stabile nel corso di tutti gli anni presi in esame. Tuttavia, vale quanto detto sopra: la quantità di testo sembra non essere soggetta a criteri omogenei come dimostrano sia i valori della D.S. sia i valori dei ranghi (tabella 4).

La rivista *Terapia Familiare* viene pubblicata in collaborazione con le riviste americane: *Family Process*, *Journal of Marital and Family Therapy* e *The American Journal of Family Therapy*. Pertanto abbiamo analizzato gli articoli con resoconto in funzione dell'Autore, se straniero o italiano. E abbiamo potuto notare che, mentre nel primo periodo ('77 -'81) la presenza di articoli con resoconti di autori stranieri è rilevante tanto quanto quella di autori italiani, questa caratteristica si è perduta nei due periodi successivi. Tuttavia gli autori stranieri usano più resoconti negli articoli che pubblicano ma più brevi di quanto non facciano gli autori italiani (tabella 5). Questo tipo di analisi non è stata condotta

sulla *Rivista di Psicoanalisi*, poiché solo il 3% del totale degli articoli con resoconto è a firma di autore straniero.

Per quanto riguarda il secondo livello di analisi, cercheremo di illustrare i risultati più significativi dell'analisi del contenuto dei resoconti, organizzati in categorie e specificazioni.

Negli 803 resoconti presenti nella "Rivista di Psicoanalisi", appare evidente un ulteriore elemento di stabilità: nel corso di tutti i sedici anni considerati, infatti, il contenuto dei resoconti è in buona parte rivolto a supportare concettualizzazioni teoriche, siano esse di natura generale o più particolare. Tutto questo sembra implicare l'esigenza da parte degli autori di rafforzare le affermazioni teoriche esposte nei loro articoli, facendo comunque riferimento al dato clinico. La prevalenza, in percentuale, delle specificazioni di concetti teorici rispetto agli enunciati teorici generali sembra indicare una tendenza a trattare l'elaborazione teorica con una particolare attenzione ai termini teorici, piuttosto che alle enunciazioni teoriche generali o generalmente consolidate (tabella 6). Questa situazione, tra l'altro, è tipica degli autori psicoanalisti italiani. In tutti i sedici anni, infatti, il 97% dei resoconti è di autore italiano e nessun resoconto è a firma di autore non psicoanalista.

Sembra ragionevole, pertanto, pensare ad una strutturazione chiusa della psicoanalisi contemporanea italiana, alla dispersione quasi nominalistica delle teorie psicoanalitiche e alla formazione di un processo di proliferazione continua di modelli.

D'altra parte, l'assenza di resoconti che specificano un comportamento tecnico porta alla constatazione che gli autori psicoanalisti non utilizzano il dato clinico per supportare il tipo e la natura dell'intervento effettuato, mentre lo utilizzano, e in maniera rilevante, qualora si tratti di specificare enunciati teorici o modelli. Sono possibili, allora, almeno due considerazioni: il comportamento professionale si risolve nella trattazione di argomentazioni teoriche generali o particolari, oppure l'esigenza di specificare il comportamento tecnico non viene avvertita perché fondata sull'ipotesi che è l'appartenenza di "scuola" garante del comportamento professionale medesimo.

Spostando l'analisi alle categorie, gli 803 resoconti sono distribuiti in tutte le dieci categorie individuate. Ciò sembrerebbe indicare che accanto ad una discreta stabilità del fenomeno resoconto all'interno degli articoli, vi sia una certa variabilità nell'uso del resoconto stesso. In effetti, però, la maggior parte dei resoconti sono assertivi ed esemplificativi (il 64% del totale), il che implica che la variabilità nell'uso del resoconto sia comunque un fenomeno limitato dalla polarizzazione dei resoconti attorno alle due categorie sopra indicate (tabella 6).

E' necessario, a questo punto, fare alcune considerazioni su queste due categorie, rappresentative della maggior parte dei resoconti analizzati, i quali, come abbiamo visto, specificano teorie.

Il resoconto assertivo implica un dato clinico subordinato ad una af-

TABELLA 5 - Terapia Familiare. Distribuzione degli articoli con resoconti all'interno, dei resoconti, della quantità di righe, per autore Italiano/straniero, per classi

	Articoli con resoconti										Resoconti										Quantità di righe									
	1977-1981		1982-1986		1987-1991		1977-1981		1982-1986		1986-1991		1977-1981		1982-1986		1986-1991		1977-1981		1982-1986		1987-1991							
	N° tot	%	N° tot	%	N° tot	%	N° medio per Art	N° tot	%	N° medio per Art	N° tot	%	N° medio per Art	N° tot	%	N° medio per Art	N° tot	%	N° medio per Art	N° tot	%	N° medio per Art	N° tot	%						
Autori Italiani	24	48%	29	76%	35	83%	101	37%	4	111	60%	4	111	67%	3	5606	55	4248	38	4823	40									
Autori Stranieri	26	52%	9	24%	7	17%	169	63%	6	73	40%	8	54	33%	8	5046	30	1513	21	1000	19									
Autori It. + Stran.	50	100%	38	100%	42	100%	270	100%	5	184	100%	5	165	100%	4	10652	39	5761	31	5823	35									

TABELLA 6 — Rivista di Psicoanalisi. Analisi del res. per specificazioni, per categorie, per l'intero periodo preso in esame (anni 1976-1991).

1976-1991	En. T. gen	%	En. T. d. A.	%	Mod. T.	%	Dir. T.	%	Ev. comp.	%	Vis. em.	%	Att. a. com.	%	N° Tot. Car. Res.
ASSERTIVO	107	46%	23	28%	142	44%	—	—	—	—	—	—	16	30%	288
AGGIUNTIVO	29	13%	6	7%	38	12%	—	—	1	1%	—	—	4	8%	78
SOSTITUTIVO	9	4%	7	8%	8	3%	—	—	1	1%	—	—	2	4%	27
ESEMPLIFIC.	48	21%	25	30%	79	25%	—	—	46	54%	17	57%	9	17%	244
CITAZIONE	12	5%	4	5%	11	3%	—	—	15	17%	3	10%	16	30%	61
EVOCATIVO	4	2%	2	3%	3	1%	—	—	5	6%	8	27%	—	—	22
RIDONDANTE	22	9%	10	12%	30	9%	—	—	13	15%	1	3%	6	11%	82
DESCRITTIVO	—	—	2	3%	3	1%	—	—	4	5%	1	3%	—	—	10
ESPLICATIVO	—	0%	3	4%	6	2%	—	—	—	—	—	—	—	—	10
DI INVESTIG.	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1%	—	—	—	—	1
N° tot. speci. res.	232	100%	82	100%	320	100%	—	—	86	100%	30	100%	53	100%	803

TABELLA 6a — Terapia Familiare. Analisi del res. per specificazioni, per categoria, per l'intero periodo preso in esame (anni 1977-1991).

1977-1991	En. T. gen	%	En. T. d. A.	%	Mod. T.	%	Dir. T.	%	Ev. comp.	%	Vis. em.	%	Att. a. com.	%	N° Tot. Car. Res.
ASSERTIVO	32	47%	13	41%	33	46%	59	20%	1	1%	—	—	8	35%	146
AGGIUNTIVO	3	4%	—	—	4	6%	11	4%	—	—	—	—	—	—	18
SOSTITUTIVO	1	1%	1	3%	—	—	10	3%	1	1%	—	—	—	—	13
ESEMPLIFIC.	10	15%	11	35%	19	27%	122	41%	65	54%	4	50%	10	43%	241
CITAZIONE	6	9%	2	6%	8	11%	28	10%	33	27%	3	38%	—	—	80
EVOCATIVO	—	—	1	3%	1	1%	7	2%	4	3%	—	—	—	—	13
RIDONDANTE	8	12%	1	3%	6	8%	19	6%	13	11%	1	12%	3	13%	51
DESCRITTIVO	7	11%	3	9%	1	1%	37	13%	3	3%	—	—	2	9%	53
ESPLICATIVO	1	1%	—	—	—	—	3	1%	—	—	—	—	—	—	4
DI INVESTIG.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
N° tot. speci. res.	68	100%	32	100%	72	100%	296	100%	120	100%	8	100%	23	100%	619

fermazione generale o teorica. Per subordinato va inteso che l'affermazione non è comunque messa in discussione, ma viene sottolineata (o esemplificata, nel caso di resoconti esemplificativi) con l'aiuto del dato clinico e va inteso, ancora, che l'attenzione è rivolta al dato solo secondariamente - funzionalmente o strumentalmente - rispetto alla affermazione generale o teorica.

Tutto questo sembrerebbe implicare una acquisizione consolidata di affermazioni (teoriche) nei confronti delle quali il dato clinico non pone discussioni o revisioni o invalidazioni, ma, appunto, conferme, sottolineature (o esemplificazioni). Tuttavia, ciò sarebbe in evidente contraddizione con il fenomeno della frantumazione e dispersione dei modelli, cui prima si faceva riferimento, il quale comporta una inadeguatezza delle affermazioni che si tenta sempre di precisare e rivedere. La precisazione e la revisione avvengono però a livello teorico, giacché i resoconti assertivi, per loro stessa definizione, non contengono elementi sufficienti perché venga effettuato un processo di verifica, ma si risolvono nella applicazione della "regola" (cioè della affermazione precisata e riveduta e non verificata).

Inoltre, la modalità assertivo-esemplificativa, sopra descritta, nel sottolineare e supportare le affermazioni (in genere teoriche), presenta una particolare articolazione. Infatti, il resoconto assertivo, riprende *esplicitamente*, all'interno della situazione clinica presentata, i rapporti di causalità che sottostanno all'affermazione che precede il resoconto. Il resoconto esemplificativo, al contrario, in quanto sintesi della situazione clinica, ma non argomentata e non commentata, ripropone *implicitamente* la relazione causale sottostante l'affermazione che precede il resoconto stesso; inoltre ricalca esattamente la affermazione precedente il resoconto, utilizzando il dato clinico come "personificazione" della stessa.

Questo rilievo, messo in relazione con la flessione (negli ultimi cinque anni) dei resoconti assertivi, con la stabilità negli anni degli esemplificativi e degli evocativi, e con l'aumento consistente delle citazioni (triplicate rispetto agli anni precedenti), ci suggerisce l'ipotesi che si sia verificata negli ultimi anni una tendenza a privilegiare forme di resoconto sempre più semplificate ed implicite. Negli ultimi cinque anni, cioè, oltre all'aumento del numero dei resoconti negli articoli e alla diminuzione della quantità di testo usata per resocontare, la funzione del resoconto sembra essere soprattutto quella di una testimonianza di prova, a favore delle affermazioni che si vogliono sostenere.

Citare le parole di un paziente, rievocare una seduta o fare un esempio senza argomentarlo, sono, a nostro avviso, tutte operazioni di riduzione e semplificazione di una realtà complessa, che continua a sfuggire alla teorizzazione; realtà ritenuta ineffabile e non trasportabile all'esterno; ma sono anche operazioni che rendono, comunque, possibile, "autorevole" e "certa" la comunicazione stessa.

L'ineffabile non può essere detto, ma se ne può comunicare la presen-

za attraverso “vignette”, “illustrazioni”, “piccoli aneddoti” e frasi testuali che, poco adatti ad essere oggetto di verifica, sembrano piuttosto riguardare il momento emotivo dell’esperienza o l’archivio e la memoria storica di una cultura condivisa.

Ci sembra, infine, di un certo interesse segnalare la presenza di un unico resoconto *di investigazione*.

Era stata così definita e classificata una situazione clinica presentata come imprevedibile nell’enunciato che la precede e che, chiaramente descritta, supporta un inizio di riflessione per la costruzione o l’ampliamento di un modello.

A nostro avviso, si tratta di un modo di scrivere resoconti in cui la preminenza attribuita al dato osservato e descritto è condizione necessaria per l’analisi, la riflessione sulla prassi e sulla teoria che orienta la prassi e non quindi funzione di un suo scontato incasellamento in un assetto teorico ritenuto acquisito. Viene ad essere spostata, quindi, l’ottica di osservazione oltre che la logica sottesa, nel senso di un adeguamento di un assetto teorico al dato e non viceversa.

La presenza di anche un solo resoconto di investigazione, indica che il campo di osservazione psicoanalitico potrebbe consentire una raccolta di dati sufficientemente articolati, nei confronti dei quali porsi con atteggiamento esploratorio e non scontato. Tuttavia, è innegabile che questo tipo di resoconto di fatto non viene utilizzato.

L’obiettivo della pubblicazione dei resoconti - almeno durante il periodo da noi preso in esame - sembra non essere quello di consentire un confronto a partire dall’esperienza clinica e sull’esperienza clinica tra i membri di una comunità scientifica, poiché per confrontabilità scientifica intendiamo che sia, appunto, intanto possibile un confronto sui dati, mediante un linguaggio definito e comunicabile, in un processo in cui la verificabilità delle ipotesi sia una componente imprescindibile.

L’eventuale obiezione che il materiale clinico, che la *Rivista di Psicoanalisi* pubblica, non sia portato specificamente quale occasione di confronto tra gli autori, è in evidente contrasto con l’osservazione che il 55% dei resoconti e il 61% degli articoli che presentano al loro interno resoconti, sono presentati come relazioni o interventi avvenuti in congressi nazionali ed internazionali, giornate di studio, convegni, seminari, panel. In contesti, cioè, che “tradizionalmente” sono i luoghi e gli strumenti del confronto scientificamente orientato.

In conclusione, nella *Rivista di Psicoanalisi*, la discussione tra gli autori è caratterizzata da uno scambio reso difficoltoso dalla modalità assertivo-esemplificativa di trattazione del dato clinico, dalla impossibilità di effettuare verifiche, dalla scarsa permeabilità agli scambi con l’esterno. Questo ultimo aspetto, poi, rende fortemente probabile che i contributi di altre “aree cliniche” abbiano scarsa possibilità di essere recepiti.

Ci sembra essere questo il caso dei contributi clinici sull’età evolutiva. La nostra ricerca constata che gli autori ospitati dalla *Rivista di Psicoa-*

nalisi poco si occupano dell'infanzia. Di tutti i resoconti analizzati solo il 5% (= 41) riguarda materiale clinico relativo all'età evolutiva. Questi 41 resoconti rispecchiano l'andamento tipico della totalità dei resoconti: gli assertivi e gli esemplificativi costituiscono insieme il 71% dei 41 resoconti. Anche in questo sottogruppo, quindi, la distribuzione è polarizzata attorno a queste due categorie.

È tuttavia particolarmente interessante che l'unico resoconto di *investigazione* rilevato tra tutti gli 803 analizzati, sia quello di un "intervento sotto forma di consulenza psicoanalitica" con un bambino di otto anni. Viene qui riferita una "singolare seduta" che si struttura all'interno di un setting non consueto che porta l'analista a confrontarsi con l'imprevedibilità, l'inefficacia applicativa di una tecnica, ad un ripensamento di modelli concettuali noti e ad assumere un pensiero critico sull'evento, facendone un resoconto.

Tutto questo ha, pensiamo, una rilevante implicazione metodologica. Se un contesto non previsto mette in crisi una tecnica e la teoria che la orienta, solo un'attenta analisi del contesto - in quanto variabile critica rilevante - e l'esplorazione del complesso sistema di segnali che ne strutturano i rapporti e la dinamica emozionale che li attraversa, può orientare un comportamento professionale verso l'efficacia realistica dell'intervento e rende valida e credibile scientificamente la produzione, l'uso e il commento di un suo resoconto.

Relativamente alla rivista di *Terapia Familiare*, i 619 resoconti esaminati specificano una strategia terapeutica nel 48% dei casi, per il resto le percentuali riguardanti le altre specificazioni individuate, si situano tra l'1% del Vissuto emozionale e il 19% dell'Evento comportamentale (tabella n. 6).

La prevalenza della strategia terapeutica rispetto alle altre Specificazioni è evidente anche accorpando le tre specificazioni riguardanti la comunicazione della teoria. Si può quindi osservare come esista una sorta di sbilanciamento tra la comunicazione di teoria e la comunicazione di strategie di intervento terapeutico, a favore di queste ultime.

È possibile, allora, avanzare alcune ipotesi: lo status concettuale appartenente agli autori ospitati da *Terapia Familiare* è sufficientemente solido, e gli autori specificano un comportamento tecnico per verificarne l'applicabilità e la congruenza con il modello che lo sostiene. Oppure: lo status concettuale è debole e gli autori di *Terapia Familiare* cercano di fortificarlo attraverso l'applicabilità. Oppure: gli autori si pongono meno il problema di comunicare e confrontarsi sulla teoria, ma sono maggiormente orientati a comunicare la misura dell'efficacia del loro comportamento tecnico. L'analisi delle categorie ci permette di chiarire questi punti. Analizzando, infatti, le categorie al cui interno sono distribuiti i resoconti, possiamo notare che gli assertivi più gli esemplificativi costituiscono da soli il 63% sul totale dei resoconti pubblicati. Non si osserva, d'altronde-

de, alcuna variazione significativa, anche considerando questi dati secondo la suddivisione in periodi; la distribuzione dei quindici anni complessivi è, infatti, la medesima osservabile all'interno delle tre classi di anni prese isolatamente. Siamo dunque di fronte ad una situazione simile a quella rilevata per la *Rivista di Psicoanalisi*, ma mentre in quest'ultima gli assertivi sono il 36% del totale dei resoconti contro il 28% degli esemplificativi; in *Terapia Familiare*, invece, gli esemplificativi costituiscono il 39% del totale dei resoconti contro il 24% degli assertivi.

D'altro canto, l'incrocio tra le specificazioni e le categorie ci dà la misura di quanto i resoconti siano esemplificativi ed assertivi di strategie terapeutiche.

Infine, ci sembra di poter affermare che gli autori, sia stranieri che italiani, che pubblicano resoconti nella rivista di *Terapia Familiare*, ignorino una funzione del resoconto come strumento che tratti la situazione clinica secondo una modalità di investigazione a partire dai dati, come mostrato dalla assenza di resoconti di *investigazione* (tabella 6).

Questa osservazione ci permette di chiarire le ipotesi prima avanzate. Infatti, se il quadro teorico di riferimento fosse sufficientemente consolidato e l'obiettivo degli autori dei resoconti fosse la verifica dell'applicabilità congruente con il quadro teorico stesso, ci saremmo aspettati di rilevare una discreta presenza di resoconti di investigazione, gli unici, per definizione, passibili di verifica. La loro assenza sconfigura questa ipotesi. Se, invece, il quadro teorico di riferimento fosse poco consolidato, gli autori potrebbero essere orientati a cercare una validazione attraverso una considerazione attenta della relazione tra il comportamento tecnico e la "complessità" della realtà cui il comportamento è rivolto. Tuttavia, anche in questo caso, l'assenza di resoconti di investigazione sconfigura questa ipotesi. Per quanto riguarda, poi, la terza ipotesi da noi avanzata, ci saremmo aspettati di rilevare una sufficiente attenzione alla comunicazione degli obiettivi, della metodologia del risultato dell'intervento.

Solo 47 resoconti su 619 contengono informazioni riportate dagli autori che testimoniano una modificazione avvenuta nel sistema. Di questi, 30 riferiscono informazioni concernenti modifiche attribuite dall'autore all'intervento effettuato; i rimanenti 17 riferiscono esclusivamente la constatazione di una modifica avvenuta. Nei 30 resoconti, l'avvenuta modifica del sistema è l'indicatore dell'efficacia dell'intervento ed effetto dell'intervento stesso; nei 17 rimanenti resoconti, l'efficacia dell'intervento è riportata tout-court, tramite la descrizione semplificata (riduttivamente) della modificazione di uno stato del sistema.

In queste condizioni è dunque impossibile utilizzare questi resoconti per una comunicazione scientificamente orientata sulla efficacia del comportamento tecnico, anzi, più precisamente, viene riproposta la modalità assertivo-esemplificativa anche in questi scarsi, brevi e conclusivi

enunciati, le uniche circostanze in cui gli autori affrontano direttamente il problema del cambiamento, all'interno di un resoconto clinico.

Ci si potrebbe trovare allora, molto più probabilmente, di fronte ad una molteplicità di tecniche scollegate sia dalla concettualizzazione teorica, sia dalla verifica, scientificamente fondata, dell'efficacia, inevitabilmente carenti, infine, di una metodologia rigorosa. D'altronde, la comunicazione di una metodologia poco rigorosa sarebbe facilitata da una modalità esemplificativo-assertiva. Ed è proprio questo tipo di comunicazione che abbiamo potuto rilevare dall'incrocio tra Specificazioni e Categorie.

Conclusioni

L'esplorazione sistematica di sedici anni di pubblicazione di due tra le Riviste maggiormente consolidate, una organo ufficiale della Società Psicoanalitica Italiana, e l'altra edita dall'Istituto di Terapia Familiare, ha messo in rilievo che il *resoconto* è un fenomeno sufficientemente stabile e rappresenta una pratica comunicativa diffusa e generalizzata per entrambe le riviste.

L'analisi del contenuto di 803 resoconti psicoanalitici e di 619 resoconti sistemico-relazionali ha consentito di chiarire le tipologie di comunicazione di ciascuna delle due riviste. In primo luogo, non abbiamo rilevato alcun resoconto (tranne uno) rispondente a criteri generalmente accettati di scientificità e cioè: nessun resoconto contiene elementi sufficienti perché sia possibile operare un processo di confronto e di verifica, tutti i resoconti sono carenti nella descrizione delle ipotesi e della metodologia usata.

I resoconti psicoanalitici comunicano prevalentemente teorie con una modalità assertivo-esemplificativa.

I resoconti sistemico-relazionali comunicano prevalentemente strategie terapeutiche, ma con la stessa modalità assertivo-esemplificativa. Tale modalità, abbiamo potuto dimostrare, comporta una metodologia poco rigorosa, ha scarso o nullo valore probativo e rende difficoltoso il confronto.

Pensiamo di poter affermare che le teorie e le tecniche comunicate si configurino come diversi modi di vedere e concettualizzare la fenomenologia clinica che, definita "complessa" ed eterogenea, viene trattata, nei fatti, come la vera invarianza, la variabilità essendo rappresentata dalle molte concettualizzazioni e dalle tante tecniche.

I resoconti da noi esaminati quindi, non consentono un processo di verifica e di confronto e in ciò si può essere d'accordo con la critica epistemologica contemporanea, ma, all'incontrario di essa, pensiamo che questi stessi resoconti abbiano una precisa funzionalità e che definirli "non scientifici" non sia sufficiente. Se, infatti, spostiamo l'analisi al

contesto (centri, istituti, “scuole”, riviste, articoli con resoconto) e consideriamo i resoconti come elementi contestuali particolari e specifici, ci è possibile fare alcune riflessioni. La non reciprocità e l’assenza di riscontri sono caratteristiche stabili e ben strutturate del sistema di relazioni appartenente al contesto in esame, almeno durante gli anni da noi considerati.

Avanziamo l’ipotesi che la non reciprocità condivisa e implicitamente assunta sia l’esito di un processo difensivo collusivo, funzionale al mantenimento della stabilità del contesto, dei relativi meccanismi di appartenenza e delle specifiche strutture di rapporto. I resoconti pensiamo siano gli indicatori e le rappresentazioni di questa tipica modalità collusiva e rinviano a precisi contesti di relazione. Leggerli in quanto rappresentazioni sociali può permettere quindi la conoscenza delle modalità di rapporto, della fenomenologia collusiva rende possibile la verifica del cambiamento.

Riassunto

L’articolo presenta i risultati di una analisi dei resoconti clinici pubblicati dalla *Rivista di Psicoanalisi* e da *Terapia Familiare*, durante gli ultimi sedici anni.

Una analisi quantitativa rileva che il resoconto è un fenomeno sufficientemente stabile e rappresenta una pratica comunicativa diffusa e generalizzata per entrambe le riviste. L’organizzazione dei resoconti in dieci categorie di lettura, permette di chiarire le tipologie di comunicazione di ciascu

na delle due riviste. I resoconti psicoanalitici comunicano prevalentemente teorie con una modalità assertivo-esemplificativa. I resoconti sistemico-relazionali comunicano, con la stessa modalità, strategie terapeutiche. Viene dimostrato che la modalità assertivo-esemplificativa comporta una metodologia poco rigorosa, ha scarso valore probativo e non appare essere orientata al confronto scientificamente fondato delle pratiche.

Bibliografia

- CARLI (1987), *Psicologia Clinica. Introduzione alla teoria e alla tecnica*, Torino, UTET.
GANDINI C. *et al.* (1990), Il resoconto clinico in psicoterapia; una proposta metodologica, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2: pp. 142-160.