



percorsi cognitivi dal dire al fare

N. 4

Il valore dell'esperienza
per lo sviluppo della
professione sociologica
Ricerca-azione
e pratica clinica

Gianluca Piscitelli

© Homeless Book 2013
Edizioni **Homeless Book**, Faenza (RA)
www.homelessbook.it
info@homelessbook.it



“Lo stabilire se l’immaginazione sia figlia del nostro cervello, o un dono di Dio a somiglianza della sua creatività, oppure l’opera di potenze inferiori demoniache e ingannatrici, o un riflesso del bisogno estetico dell’anima, è questione di scelta di ordine filosofico. Virtù non è il dominio e l’eliminazione delle immagini, bensì il dare loro un ordine. L’ordinamento delle immagini, la loro espressione ed elaborazione, è sempre stato una funzione del mito e una prerogativa dell’arte.”

James Hillman, *La forza del carattere*

“Così scoprirai e descriverai, creerai tipi per ordinare ciò che hai scoperto, concentrerai e organizzerai l’esperienza dando un nome ai singoli elementi. La ricerca dell’ordine ti porterà alla ricerca dei modelli e delle tendenze, di rapporti che potranno essere tipici e casuali. Insomma cercherai il significato di ciò che scopri, il segno visibile di qualcosa che non è visibile. (...) Sii un bravo artista intellettuale ed evita di renderti schiavo di un codice procedurale rigido. Cerca soprattutto di sviluppare e di usare l’immaginazione sociologica. Resisti al feticismo del metodo e della tecnica. Reclama la riabilitazione dell’artista intellettuale, semplice e senza arie e sùlo tu stesso. (...) Lascia che teoria e metodo tornino a partecipare all’esercizio dell’arte.”

C. Wright Mills, *L’immaginazione sociologica*

Potrei tracciare a tinte forti la scena, l’occasione, in cui scelsi che mi sarei iscritto al Corso di Laurea in Sociologia. Da pochi mesi mi ero diplomato ed ero alla ricerca di qualcosa che avesse valore per me, di un *orientamento*. A. N. Whitehead avrebbe detto, probabilmente, che era il *sensu d’importanza* a guidarmi in una scelta non facile. Passeggiavo tra gli scaffali della Biblioteca Nazionale di Roma e un volume dei Berger catturò la mia attenzione. La lettura delle prime pagine stuzzicò un appetito che sgombrò l’indecisione che fino a quel momento mi attanagliava: l’alternativa era quella di iscrivermi ad Architettura o ad un corso di Design, ero molto bravo a disegnare. Quella rapida lettura mi aveva dato delle risposte che stavo cercando e l’avevo trovata molto *utile*, in una fase della mia vita in cui

molte domande affollavano la mia mente, come istanti impazienti accalcati allo sportello di un impacciata ed inesperta impiegata di nome *Comprensione*. Negli anni della mia formazione universitaria, però, dovetti fare i conti con una sorta d'inquietudine, di frustrazione. Vivevo le metodologie e le tecniche che mi venivano insegnate – specificatamente le metodologie e le tecniche di *ricerca sociale* – in modo freddo e distaccato, senza neanche il “calore” di un'applicazione esperta e condivisa; e, più erano sofisticate e/o mediate dall'utilizzo di supporti informatici (così mi veniva raccontato, *rappresentato*), più mi sembravano atte a tenere distante la realtà indagata evitando così di “sporcarsi le mani” con essa, di scongiurare qualsiasi forma di pericolosa “contaminazione”. Insomma, non rare sono state le occasioni in cui mi è sembrato che il *feticismo* della tecnica e del metodo di ricerca prendesse il sopravvento, perdendo il piacere di assaporare un fenomeno nello spazio di un *incontro*, mettendo in secondo piano l'utilità che, poi, quella conoscenza acquisita avrebbe avuto o potuto avere, per tutti e non solo per le finalità spesso solo “carrieristiche”, accademiche, del ricercatore. Alla fase di cognizione, deve seguire l'esperienza, la messa in atto, la convalida o la confutazione di ciò che si è teorizzato o più, semplicemente, si è cercato di capire; un'*alternanza* tra *contatto* (momento “esperienziale”) e *ritiro dal contatto* (momento “cognitivo”) con ciò che c'è, come osservatori, al nostro *confine*. Infatti, va bene osservare, rilevare, misurare: ma poi? Prima o poi l'*osservato* – pensavo tra me - si ribellerà andando ad inficiare la stessa “robustezza” informativa e l'attendibilità di quanto viene rilevato, registrato e utilizzato per descrivere e

spiegare quello stesso fenomeno osservato. Costringendo all'*ovvio* sterile l'osservatore. Avvertivo, così, una ingiustificata limitazione del "potere creativo" del sociologo e la riduzione di tanti importanti lavori in mera speculazione.

L'imprescindibilità di una *metodologia d'intervento* in Sociologia si giustifica non solo nel riconoscere all'operatore sociologico un più ampio margine di azione e un allargamento dei confini del suo operare, al di là della mera fase di ricerca; ma anche con la necessità di ampliare gli spazi, i livelli d'indagine e di modificare i *confini* di comprensione della realtà con la quale si confronta in ragione degli obiettivi, condivisi, che si intende perseguire. E' così necessario affermare che ciò che riteniamo di pertinenza sociologica è imbrigliato nell'*idea* che abbiamo della sociologia e del lavoro sociologico. "Problematizzare" questa idea, vuol dire riconoscere la creatività del sociologo nei termini di una legittima celebrazione del proprio esserci, come affermazione delle potenzialità inesprese legate alla propria formazione e alla propria identità professionale. Non si tratta solo di concepire qualcosa, ma di realizzarlo in quanto al di là delle esperienze del sociologo come operatore e della sua unicità, ad esempio, nell'alveo delle professioni sociosanitarie; la sua creatività è un *atto sociale*, un'esperienza di condivisione con gli altri operatori e/o con i suoi clienti di questa sua celebrazione e l'affermazione del proprio potere di essere e fare in relazione con l'altro. E' questa pienezza d'espressione che giustifica il proprio scopo di esserci come operatore, per cui la creatività è anche la celebrazione dell'*incontro* con l'altro che vuol dire dare spazio all'*esperienza di contatto*. La creatività è, quindi, è un atto di libertà e di coraggio che espone

al rischio¹ e al fallimento ma la cui ricompensa è la propria crescita come essere umano e come operatore, come professionista. In breve, la creatività è esperienza di crescita.

Apertura, movimento, rottura dei propri confini verso un rinnovato senso d'integrità, contaminazione di una (presunta) purezza identitaria; accettazione di ciò che è, dell'essenza, la chiarezza e l'impatto di ciò che ci sta attorno: nel corso degli anni di pratica professionale che sono seguiti alla mia formazione accademica, scopriro che anche il sociologo non può esimersi dall'apprezzare pienamente ciò che viene osservato e/o che richiede il suo intervento-sostegno e tutto ciò che gli/le ruota intorno, lo *scenario*, piuttosto che gli obiettivi (di ricerca e/o d'intervento) che si sono fissati. L'*affezionarsi* a questi piuttosto che al caso in esame, alla sua *umanità*, allontana da ciò che viene osservato e che richiede il nostro intervento/sostegno come operatori; l'elaborazione di un'ipotesi di ricerca e/o d'intervento, quindi, ha una forte *connotazione progettuale* e rispetto alla quale tutte le parti in gioco hanno pari dignità. In virtù della nostra formazione come sociologi, possiamo mettere a disposizione le conoscenze teoriche che contribuiscono ad abbozzare il *frame* del problema da risolvere o del fenomeno da osservare ma ciò non ci legittima necessariamente più di altri nella scelta della direzione da intraprendere sia perché quelle conoscenze possono rivelarsi insufficienti o inadeguate al caso specifico in esame, sia perché l'approfondimento conoscitivo può essere del tutto secondario rispetto all'esigenza di *comprendere per*

¹ Rischio legato al livello di responsabilità che viene assunto nel proporre una soluzione, abbozzare un'ipotesi di ricerca /o intervento e gestirne il relativo processo.

introdurre dei cambiamenti avvertiti come necessari a risolvere un problema o a conseguire un nuovo *adattamento* di un singolo o di una collettività, di un'organizzazione o di una pluralità di organizzazioni.

Rispondere ad un ambiente, ad un committente, che ci chiede o ci pone la sfida di *utilizzare* le nostre conoscenze sociologiche per sostenerlo in una fase di cambiamento, di riorganizzazione o per trovare soluzioni ad un problema concreto, impone di *praticare* il sociale – ossia creare legami, relazioni – di *rappresentare* queste pratiche nei modi più vari ed opportuni – ossia di creare una specifica *cultura professionale* – di *costruire* delle teorie circa la “pratica” del contesto sociale – ossia *progetti d'intervento*². Certo è che le mie prime esperienze professionali sono state un difficile “banco di prova” avendo

² Difatti, insistere sulla “pratica” professionale sociologica come via di sviluppo della disciplina non vuol dire affatto minimizzare il valore della produzione teorica, di astrazioni. Se non altro, perché è ampiamente riconosciuto che il reiterarsi di comportamenti legati all'esercizio di una professione con finalità pratiche può rafforzare, in modo irriflessivo, regole e strutture non facilmente immaginabili e/o interpretabili come tali. A tal riguardo possiamo ricordare la soluzione di T. S. Szasz a un paradosso umano per cui è possibile riconoscere *il bisogno umano di regole come il desiderio di rifiutarle*. Così, “nei nostri sforzi intesi a risolvere un tale dilemma, una delle più possenti forze di cui possiamo disporre sembra essere l'umana capacità di astrazione, che rende possibile la strutturazione di simboli a livelli sempre più alti; questi, a loro volta, provocano un allentamento del senso di contrizione a tutte le regole che non siano esplicitamente interpretate quali regole” [1966:234-235]. La capacità di astrazione, quindi, consente a qualsivoglia professione di scongiurare l'irrigidirsi delle sue pratiche *formalmente* riconosciute e legittimate con gli effetti coartanti che ne conseguono e gli eventuali “abusi di potere” dell'operatore esperto sul destinatario dell'intervento..

dovuto scontare i limiti di una formazione focalizzata principalmente sulle conoscenze e poco o nulla sulle competenze – ad eccezione, in parte, di quelle di ricerca – ossia di *esperienze* spendibili sul mercato del lavoro. D'altra parte ben sappiamo quanto sia ancora diffusa l'opinione per cui “oltre alla disoccupazione, gli sbocchi professionali della Sociologia sono essenzialmente la ricerca e l'insegnamento” [D. Felder in E. Minardi, S. Cifiello, a cura di, 2005:162]. Ecco, allora, che lo sviluppo di una metodologia d'intervento in Sociologia, oltre a garantire più lavoro e un maggiore “potere creativo” a chi la pratica, può aiutarci a recuperare e sviluppare una delle basi fondanti della disciplina se è vero che “l'esigenza di *praticare* un tipo di ricerca sul campo in grado di gettare un ponte *benefico* e risolutore verso i problemi che gli attori incontrano nella vita quotidiana è stata presente fin dalle origini della Sociologia” – si pensi al Durkheim de *Il Suicidio* - “rendendo visibile il forte legame tra i modi i cui si forma una domanda di conoscenza sociale e la modalità con cui si pratica un intervento, questa esigenza ha cercato nel tempo di combinarsi metodologicamente con la necessità di mantenere fermi i criteri di valutatività (M. Weber e il suo *L'etica protestante e lo spirito del capitalismo*) e ha generato alcuni noti interrogativi normativi e di tipo teorico/pratico che hanno scosso gli orientamenti di ricerca nelle scienze sociali” [G. Navarini in A. Melucci, 1998:149]³.

³ Si pensi anche tanta altra letteratura sociologica come il *Knowledge for what?* di Lynd, al già citato Mills de *L'immaginazione sociologica* o al *Sociology for whom?* di Lee. La *pratica* del sociale, inoltre, sembra sempre più rappresentare un terreno di conquista, di confronto se non di un vero e proprio scontro tra studiosi e practitioner di diverso background. Si

Lo sviluppo della metodologia dell'intervento sociologico può avvantaggiarsi dalla riflessione sull'utilizzo combinato di diversi "strumenti" di cui può disporre l'operatore sociologico per la soluzione di problemi, ad esempio, di attori istituzionali alle prese con la necessità di integrare le loro azioni per il benessere della collettività. Così, nella mia veste di sociologo nell'Ufficio di Piano di un Distretto Sociosanitario alle porte della Capitale, il ricorso alla *ricerca-azione* (con la costituzione di un Osservatorio sociosanitario ed il supporto di una cooperativa di ricercatori), al fine di analizzare il modo di fare welfare territoriale con lo scopo di migliorare e potenziare, quanto meno, la rete dei servizi locali; a cui hanno fatto seguito interventi precipuamente di tipo *sociologico clinico* culminati con l'istituzione di un P.U.A. (acronimo che sta per Punto Unico d'Accesso alle prestazioni sociosanitarie), che ha reso strutturali e trasparenti certe modalità operative e di rapporto tra la "componente" sanitaria (il Distretto sanitario, la ASL) e la "componente" sociale (i servizi sociali

pensi, ad esempio, al proliferare e alla diffusione a livello mondiale delle pubblicazioni di autori, anche accademici, di successo – uno per tutti, Lou Marinoff – o alle tante scuole di counselling, che richiamandosi all'originaria missione della filosofia sembrano quasi rivendicare una posizione di vero e proprio rimpiazzo di altre pratiche. Una rivendicazione che può assumere i tratti di una veemenza altamente polemica, così come con *l'antipsichiatria* di R. D. Laing, se non dai toni apocalittici, come con l'ex psicoanalista J. Masson per il quale "la psicoterapia non può essere riformata nelle sue parti, perché l'attività per sua natura è dannosa. Riconoscendo le bugie, le mancanze, il danno potenziale, lo squilibrio di potere, l'arroganza, la condiscendenza, le pretese, potrebbe essere il primo passo verso la conclusiva abolizione della psicoterapia" – quale evento – "inevitabile e desiderabile" [1988:254, cit. in S. Schuster, 2006:26].

delle diverse municipalità), con vantaggi in termini di realizzazione di economie, recupero di un quadro d'insieme delle prestazioni al nucleo e alla persona e una maggiore capacità di orientamento degli utenti. L'intero processo, appena accennato, ha consentito di sviluppare le seguenti considerazioni.

1. Sia la ricerca-azione sia l'approccio sociologico clinico⁴, sebbene non abbiano come principale obiettivo quello di approfondire determinate conoscenze teoriche, sembrano condividere il presupposto che non si possa dare *conoscenza sociologica*, se non a partire da un'*esperienza* sul campo. Entrambi sono particolarmente attenti, così, al problema del cd. *distacco scientifico dell'osservatore, dei rischi di "cadere in dinamica"*, ossia di un eccessivo e irrifles-

⁴ E' stato già osservato che il "tema" dell'osservazione clinica in Sociologia si è sviluppato autonomamente dagli albori della disciplina anche se, inizialmente, più come *scienza della diagnosi, ossia come chiave di lettura del sociale per discriminare il comportamento normale da quello patologico con finalità prevalentemente di riadattamento all'ordine del sistema e non di cambiamento per un miglioramento sociale* [G. Navarini in A. Melucci, 1998]. Se l'obiettivo poteva essere quello di giungere ad una *terapia dei mali della società* volta al riadattamento dei "devianti" – da cui l'identificazione di questi con quelli che venivano considerati "sintomi", manifestazioni, della devianza – la diffusione delle ricerche intervento – in particolare, della Scuola di Chicago – oltre agli sviluppi, successivi, della ricerca in ambito sociosanitario e l'apporto degli approcci costruttivisti nel campo delle terapie sociali, hanno consentito lo sviluppo dell'approccio clinico in Sociologia che da scienza della diagnosi si è venuta sempre più configurando quale *insieme di metodi e forme di ricerca orientato al cambiamento* [cfr. di M. Tosi, F.M. Battisti, 1995]. Prendendo atto della volontà e della complessità motivazionale alla base dell'agire, l'approccio clinico in sociologia può offrire un significativo contributo all'*adattamento creativo* dell'attore.

sivo coinvolgimento con l'attore che ha richiesto e/o a favore del quale è diretta la prestazione del sociologo. Prioritario in entrambi i casi è, comunque, la necessità del cambiamento sociale, del miglioramento delle situazioni sociali del o degli attori coinvolti.

2. Sono proprie della ricerca-azione e della sociologia clinica delle modalità d'intervento atte a non far perdere all'attore il *controllo della situazione*. Diverso, semmai, è il modo in cui viene affrontato il *dilemma normativo* conseguente all'aver rifiutato ogni pretesa totalizzante, all'aver problematizzato la differenza tra "normale" e "patologico" e accettato il cambiamento (sociale, istituzionale, ecc.). Nel caso della ricerca-azione appare più marcato il confine tra luogo e momento della produzione di conoscenza e luogo e momento della presa di decisioni, della scelta. L'attenzione di chi fa ricerca-azione appare maggiormente attratta dai limiti imposti all'*autonomia* e alla *responsabilità* delle persone dalla presenza e dall'azione delle istituzioni di cui, in tal modo, se ne rafforza il ruolo in *negativo* e rispetto alle quali il rapporto non può che essere conflittuale, di contrapposizione politica. Il ruolo del sociologo che fa ricerca-azione sembrerebbe, pertanto, più focalizzato sulla produzione di informazioni utili al cambiamento che sulla realizzazione di un intervento per il

cambiamento. Il sociologo-clinico, invece, pur facendo proprio il ruolo di “ricercatore-attivo” concentra le sue forze al fine di promuovere, salvaguardare l'*autonomia* e la *responsabilità* dell'attore in “carne ed ossa” e svolge un lavoro, un *intervento*, che è anche di mediazione nella continua costruzione di senso e di contesti relazionali. Nella qualità di clinico, il sociologo partecipa con l'attore alla produzione di conoscenza della realtà – intesa come *situazione esistenziale* nella quale entrambe sono inseriti – che è anche *co-costruzione* della stessa. “Tale costruzione ha tuttavia un estremo valore, perché provocando effetti concreti nel sistema può essere assunta come il vero oggetto della ricerca” [G. Navarini, *Ibidem*:159]. Il cambiamento, la dinamica sociale, pertanto, possono essere anche intesi – in termini sociologico-clinici – non solo in termini conflittuali, di contrapposizione politica di livello istituzionale, bensì in termini di integrazione di diverse *forme di vita* contribuendo a istituire, rafforzare e/o rinnovare al contempo sia le istituzioni, sia la partecipazione non omologante ma sensibile e rispettosa del singolo. In breve, se la ricerca-azione appare adeguata per il sociologo a rivendicare un *dominio* operativo specificatamente tra il macro e il mesosociologico; l'approccio clinico sembra particolarmente adeguato tra il meso e il microsociologico.

3. Se è vero che la ricerca-azione di derivazione lewiniana ha contribuito a definire un nuovo orientamento della sociologia clinica per cui il suo metodo “è dato da una combinazione di *ricerca* e *intervento* le cui modalità d’attuazione formano le differenze presenti tra i vari approcci clinici, intesi sempre come forma duplice di ricerca ed azione” [G. Navarini, *Ibidem*:151], la mia esperienza confermerebbe l’importanza di due aspetti che segnano una svolta sia sotto il profilo normativo, sia con riferimento al rapporto tra teoria e ricerca nella sociologia clinica (rispetto alla ricerca-azione lewiniana) e che sono *precisanti il senso con cui si intende l’aggettivazione “clinica” in Sociologia*: a) il *cambiamento della situazione sociale* come scopo essenziale; b) l’*attivazione della ricerca clinica a seguito dell’emergere di una domanda di cambiamento o di soluzione ad un problema* da parte di uno o più attori, per cui l’offerta di aiuto motiva la ricerca clinica stessa. Così, se con la ricerca-azione l’attenzione del sociologo è focalizzata sull’*azione nel suo farsi*, l’approccio clinico l’orienta specificatamente verso la *relazione* con l’attore o gli attori in gioco tornando ciò molto utile, ad esempio, nella co-costruzione di progetti d’intervento sul capitale sociale di una comunità ai fini del miglioramento delle condizioni di vita delle persone ed una più equa fruizione delle risorse locali. Riguardo al *cambiamento della situazione sociale*,

la possibilità di misurarsi con i cambiamenti, con i nuovi adattamenti che si contribuisce a produrre in modo *situato* e *specifico*, rende consapevoli che a *plasmare* il comportamento di un attore non sono solo influenze di ordine *biologico* o *psicologico*, bensì di tipo *sociologico*. Pertanto, le basi della sociologia clinica “appartengono al campo della sociologia (...)” – intesa come – “lo studio sistematico del comportamento sociale degli individui, delle attività dei gruppi sociali, organizzazioni, culture e società e delle influenze di queste istituzioni umane sul comportamento degli individui e dei gruppi (...). In altre parole la sociologia scientifica è lo studio del comportamento umano” [J.G. Bruhn, H.M. Rebach, 1996:8]. Coscienti di ciò è possibile affermare che: 1) se il comportamento è *volontario* per cui sono da rifiutare i modelli deterministici di qualsiasi genere che sottovalutano il momento della scelta, decisionale, quale presupposto dell’azione, 2) esso è anche *appreso* con particolare riferimento alle sue conseguenze e a seguito dell’interazione con ciò che fa ambiente per l’attore, da cui l’importanza dell’attività cognitiva (di comprensione delle azioni vissute) alla base del comportamento. 3) Il comportamento, però, non è solo appreso ma è anche scelto, formato sulla base di come l’attore si definisce (*definitions of self*) e di come definisce la situazione vissuta. In altre parole, *comprensione di sé* e di *sé nel contesto* come

esito di una negoziazione con l'ambiente e come rappresentazione o *ricostruzione interna* (quella produzione di immagini che identifica ciò che chiamiamo *psiche*) che guida all'azione. In definitiva, è ineludibile il fatto che 4) il comportamento umano è *condizionato dall'organizzazione sociale a tutti i livelli esistenziali* che dispone, struttura, le alternative a disposizione degli attori e di ciascuna ne determina il valore. Così, se il benessere è un'espressione di *libertà* (da un disturbo, dal dolore, dalla sofferenza, da un problema, da un blocco comunicativo, da una difficoltà di orientamento, da una stagnazione, ecc.), il sociologo clinico *creando legami*, entrando in relazione con l'attore sociale, sostiene uno *spazio di riflessività* utile all'individuazione, alla valutazione, alla riformulazione o alla creazione di possibilità di scelta. *L'attivazione della ricerca clinica a seguito dell'emergere di una domanda di cambiamento o di soluzione ad un problema* da parte di uno o più attori - per cui l'offerta di aiuto motiva la ricerca clinica stessa - è pienamente legittimata, allora, solo considerando come *figurale* la specifica richiesta (la domanda di cambiamento o di soluzione a un problema) sullo sfondo costituito dalla situazione specifica e dalle personalità "in gioco" e a cui si è chiamati a partecipare in qualità di *intervenor*, di professionisti. Ritengo che questa modalità di attivazione della ricerca clinica ha,

inoltre, il pregio di armonizzare le “forze del campo” restituendo all’attore il potere di scegliere ciò che può/deve essere conosciuto (e non ciò che è stato scelto dal professionista!), benché siano sempre auspicabili, ancor prima che possibili, cambiamenti (negoziati!) in corso d’opera⁵.

4. Se la ricerca-azione di matrice lewiniana ha contribuito a definire il metodo della sociologia clinica quale particolare tipo di ricerca-azione, in cosa consiste la *originalità* della sociologia clinica? Tre sono le vie direttamente derivate dall’action research [cfr. G. Navarini, *Ibidem*: 153-158]: le ricerche orientate alla *cooperazione*; all’*empowerment*; e all’*apprendimento*⁶.

⁵ A differenza di alcune pratiche di ricerca sul campo, che vengono solitamente considerate come ricerche-azione (si pensi all’*intervento sociologico* di A. Touraine), la sociologia clinica, qui intesa, fa proprio della ricerca-azione di matrice lewiniana l’abbandono del ricorso ad un *modello diagnostico esterno* per cui l’eventuale intervento risolutore è subordinato all’effettuazione di un’analisi, pressoché esclusiva, del ricercatore.

⁶ Per quanto riguarda le prime, ricordiamo la *Participatory Action Research* e l’*Action Science* le cui pratiche si fondano essenzialmente sulla parificazione tra ricercatore e attore, sia sulla costruzione di un’*analisi del problema che abbia un’efficacia pratica*, sia all’individuazione del soggetto responsabile della soluzione del particolare problema. Per quanto riguarda le ricerche orientate all’*empowerment*, si possono citare le ricerche di Freire, Rappaport, Lee e, più in generale, di quegli studiosi e professionisti l’intervento come *situazionale e specifico* “orientato in termini *umanistici* (...) a rinforzare i *social skills* delle persone e la loro capacità di uscire da situazioni di disagio o di generico svantaggio sociale” [G. Navarini,

Queste tre vie individuano tre diversi modi di *praticare* il sociale corrispondenti ad altrettanti significati di sociale. Pertanto, se le ricerche orientate alla *cooperazione* sembrerebbero consentire di *praticare* il sociale inteso come riferimento ad una condizione di parità nello svolgersi di un processo decisionale, nelle scelte da fare i cui effetti ricadono su tutti; le ricerche orientate all'*empowerment* sembrerebbero consentire di praticare un sociale inteso questa volta con riferimento all'autonomia

Ibidem:155]. Trattasi di un filone estremamente importante di ricerca perché, basandosi sull'analisi delle *risorse* piuttosto che sull'analisi dei *problemi*, viene introdotta una sorta di "strumento di autocontrollo per il ricercatore, il quale impara a non confondere le persone con i problemi" e contribuendo così a superare i limiti dell'osservazione clinica non sociologica (ossia medica, psichiatrica, ecc.). Inoltre, stimolare la riflessione degli attori sulle risorse realmente disponibili, li aiuta "a liberarsi dal processo di etichetta mento" - e li stimola - "a ipotizzare vie d'uscita realmente percorribili" [Ibidem:156]. La terza via, quella dell'*apprendimento*, si è concretizzata in lavori di grande spessore come quello dell'IRIPS di E. Spaltro in Italia; nell'*analisi istituzionale* di Lapassade e nell'approccio della *formazione psicosociale* del britannico Tavistock Institute già a partire dagli anni '60 del secolo scorso. Tra i rilevanti apporti ricordiamo: la possibilità di stimolare - per tutti gli attori in modo non direttivo - un *apprendimento* cogliendo l'occasione di riflettere sull'esperienza stessa della ricerca nel *qui ed ora* di una situazione vissuta; il concentrarsi più sulle *dinamiche* che sui *contenuti*, ciò stimolando un ulteriore apprendimento sulle strutture nascoste e sottostanti il gruppo di ricerca, visto anche nei termini di gruppo di cambiamento sociale, istituzionale, ecc. Tutte attività che possono favorire un innalzamento del livello di benessere degli attori partecipanti conseguentemente sia all'aver appreso le competenze e le potenzialità del gruppo, sia come crescita del *potere soggettivo dei partecipanti*.

delle espressioni proprie della società civile, del singolo cittadino, e dei quali bisogna riconoscere potenzialità e capacità di realizzazione. Infine, le ricerche orientate all'*apprendimento* sembrerebbero consentire di praticare il sociale inteso come possibilità di benessere in senso inclusivo e non escludente. Ebbene, i tre succitati orientamenti di ricerca-azione, per ragioni precipuamente operative (con particolare riferimento ai primi due), ovvero *transferali o proiettive*, sembrerebbero non adottare alcun strumento utile a tenere sotto osservazione la probabile identificazione tra attore e ricercatore ossia utile “per l’apertura di spazi di osservazione sia sul significato dell’azione” – o di un *sociale* che verrebbe letto per mezzo dello *psichico* – “che, ancora più importante, sulla relazione che si va instaurando tra ricercatore e attore” [G. Navarini, *Ibidem*: 154]. L’approccio clinico, invece, rispetto agli sviluppi dell'*action research*, impone al sociologo la sfida di co-creare con l’attore sociale, un contesto (per G. Navarini, una *co-costruzione di una situazione relazionale*), una sorta di *campo sperimentale* (un meta-livello rispetto alla concreta situazione vissuta), in cui superando lo “ostacolo” dei contenuti, si possa concentrare l’attenzione su *ciò che avviene* al fine di recuperare le risorse per un’azione che consenta il cambiamento nella concretezza della situazione, della situazione vissuta dall’attore proprio perché la sua *sperimentazio-*

ne avviene in un contesto in cui non è esclusa a priori alcuna possibilità. La posizione assunta dal sociologo in veste di clinico e dall'attore è pressappoco la seguente: *se un cambiamento non avviene e/o non lo si consente in un contesto sperimentale, controllato, com'è possibile che avvenga al di fuori di detto contesto?* L'attore apprende così da ciò che si sta facendo, a dispetto di ciò che non si è fatto in un "passato" che continua a imporsi nel "presente"; anche il sociologo clinico apprende secondo un procedere *non lineare* – del tipo: *ipotesi-sperimentazione-verifica* – bensì in modo *riflessivo*, adattando in corso d'opera il bagaglio teorico di partenza alla luce degli sviluppi, del procedere della relazione che lo lega all'attore sociale. La *guarigione*, il cambiamento, la soluzione dei problemi è, quindi, possibile al di là dell'applicazione di un modello normativo giacché, come è stato da più parti osservato, non è opportuno confondere il significato che ha un sostantivo con quello che ha un aggettivo, ossia *terapeutico* non equivale a *terapia* oppure, *qualcosa può essere terapeutico anche senza essere terapia*. Ciò accomuna ogni prospettiva d'intervento clinico, mentre il lavoro di ciascuno può differenziarsi in riferimento all'impianto teorico di partenza, ovviamente alla specificità dell'attore (persona, gruppo, famiglia, ecc.) e al tipo di intervento richiesto per la risoluzione del particolare problema.

5. Nello svolgersi del “gioco” di aspettative e costruzioni [cfr. A. Melucci, 1991], che riguarda anche l'identità di “clinico” – intesa come una *costruzione* sempre *situata*, mai una realtà fissa ed ontologica – che caratterizza la relazione tra il sociologo e l'attore, entrambi possono essere riconosciuti *per ciò che credono di essere*. La responsabilità del primo, però, è riconducibile alla sua posizione di *esperto* che offre *aiuto, sostegno*, e si sincera che il proprio “agire” sia compreso dal suo committente affinché il predetto gioco possa finalizzarsi al conseguimento della desiderata soluzione di un problema o alla realizzazione di un cambiamento, di un nuovo adattamento. Il sociologo clinico è cosciente che l'attore apprende in “corso d'opera” secondo tempi e modalità che variano a seconda delle situazioni, mai scontati. Il sociologo clinico è, altresì, cosciente che la *comprensione* non è un processo prettamente intellettuale ma si riferisce, piuttosto, alla *relazione, anzi è la relazione tra il consulente che offre aiuto e l'attore: il contatto, l'incontro che consente quella co-costruzione di conoscenza* – intesa come “contenuto” di quell'imprescindibile contenitore che è la *relazione, anche questa co-costruita* – in grado di avere effetti di ordine sistemico. La relazione è lo spazio co-costruito in cui si può accogliere ed ascoltare, reciprocamente controllato perché, congiuntamente, il sociologo clinico e l'attore possono riflettere sul signifi-

cato delle proprie azioni e della stessa relazione in essere, sospendendo ogni giudizio su ciò che accade e qualsivoglia interpretazione (soprattutto da parte del sociologo clinico). Uno spazio co-costruito che ha i suoi risvolti emotivi ma che resta pur sempre – utilizzando le parole di S.C. Shuster, con particolare riferimento alla relazione tra filosofo pratico e consultante – eticamente avvertita nel tentativo di “facilitare la libertà di pensiero e di comprensione” [2006:119], per cui all’abbandono di ogni *licenza interpretativa* da parte del sociologo, segue “un contratto in cui la ricerca-intervento viene definita come un’attività collaborativa che si assume il compito di *aiutare gli altri ad aiutare se stessi*” [G. Navarini, *Ibidem*:166], e con ciò contribuire al benessere. Un *lavoro di processo* in cui l’esito favorevole per il consultante “è legato alla possibilità di tenere un discorso congiunto sull’*esperienza* di ricerca, non solo in termini affettivi ed emotivi, ma anche come apertura di una comunicazione plurale che consideri le dimensioni sociali che hanno prodotto quella esperienza e che, qualora risultasse positiva, possono essere ripetute” – rinnovate, ristrutturata – “dagli attori anche in futuro” [*Ibidem*:169]. Il grande valore dell’esperienza, allora, consiste in questo: che solo nel suo *farsi* si ha il *con-tatto* tra il sociologo e l’attore, tra il sapere teorico e tecnico del primo e la cono-

scenza sull'*azione e sui significati che essa assume nella cultura di cui fa parte l'attore* [cfr. F. Neresini in A. Melucci, a cura di, 1998].

In conclusione, rileviamo che sia la ricerca-azione, sia l'approccio clinico in Sociologia tentano di *cogliere l'azione nel suo farsi* e ciò vuol dire consentire che *l'esperienza* sia fondamentale nel lavoro sociologico (anche per lo sviluppo di una metodologia d'intervento). Esperienza che, qui, non si riferisce specificatamente all'insieme degli eventi o delle occasioni vissute dall'attore, bensì al contatto tra questo ed il suo "ambiente", il sociologo che lo ha aiutato, sostenuto. Varia certamente l'accento posto, nella ricerca-azione piuttosto che in sociologia clinica, sull'esperienza della relazione con l'attore sociale, avendo rilevato che questa appare più ricca ed attenta ai *tempi e ai modi di contatto* nell'approccio clinico; ci sembra, comunque, evidente che la "sociologia" della ricerca-azione e dell'approccio clinico sopra citato, non possa che essere una *sociologia esperienziale*.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ACHENBACH G.B., 1970, *Nodi*, Torino, Einaudi.
- -, 2004, *La consulenza filosofica*, Milano, Apogeo.
- BATTISTI F. M., TOSI M., 1995, a cura di, *Sociologia clinica e sistemi sociosanitari. Dalle premesse epistemologiche allo studio di casi e interventi*, Milano, FrancoAngeli.
- BRUHN J G., REBACH H. M., 1996, *Clinical Sociology. An Agenda for Action*, New York – London, Plenum Press.
- CAPECCHI V., 2006, “Per una storia della ricerca-azione in Italia” in *Inchiesta. Trimestrale di ricerca e pratica sociale*, Anno XXXVI, n.151, gennaio-marzo 2006.
- CORSALE M., 2000, *L'identità del sociologo. La sociologia tra le scienze del comportamento*, Trieste, Edizioni Goliardiche.
- CORSALE M., 2010, *Sociologia clinica e terapia sociale*, Milano, FrancoAngeli.
- EHRENBERG A., 1998, *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, Milano, Einaudi.
- EHRENBERG A., 2010, *La società del disagio. Il mentale e il sociale*, Milano, Einaudi.
- ELLIOTT A., 2007, *I concetti del sé*, Milano, Einaudi.
- FELDER D., “Dall’agitatore all’etnologo. Evoluzioni e tendenze della sociologia

- dell'intervento” in MINARDI E., CIFIELLO S., 2005.
- GIDDENS A., 1991, *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*, Cambridge, Polity Press.
 - LAING R. D., 2001, *L'io diviso. Studio di psichiatria esistenziale*, Torino, Einaudi.
 - LASLETT P., 1993, *La mappa della vita*, Bologna, Il Mulino.
 - MASSON J. M., 1988, *Against Therapy*, New York, Atheneum.
 - MELUCCI A., 1991, *Il gioco dell'Io. Il cambiamento di sé in una società globale*, Milano, Feltrinelli.
 - MELUCCI A., 1982, *L'invenzione del presente. Movimenti, identità, bisogni individuali*, Bologna, Il Mulino.
 - MELUCCI A., 1987, *Libertà che cambia*, Milano, Unicopli.
 - MELUCCI A., 1998 (a), a cura di, *Verso una sociologia riflessiva*, Bologna, Il Mulino.
 - MELUCCI A., 1998 (b), a cura di, *Fine della modernità?*, Milano, Guerini Studio.
 - MINARDI E., CIFIELLO S., 2005, a cura di, *Ricercazione. Teoria e metodo del lavoro sociologico*, Milano, FrancoAngeli.
 - NAVARINI G., “Pratiche di ricerca in sociologia clinica” in MELUCCI A., 1998 (a), a cura di.
 - NERESINI F., “Ricerca qualitativa e simulazione” in MELUCCI A., 1998 (a), a cura di.

- REBACH H. M., BRUHN J. G., 1991, a cura di, *Handbook of Clinical Sociology*, New York – London, Plenum Press.
- SCHEIN E. H., 1987, *The Clinical Perspective in Fieldwork*, London, Sage Publications.
- , 1992, *Lezioni di consulenza*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- SCHUSTER S. C., 2006, *La pratica filosofica*, Milano, Apogeo.
- SCLAVI M., SUSSKIND L. E., 2011, *Confronto creativo. Dal diritto di parola al diritto di essere ascoltati*, Milano, et al./Edizioni.
- SZASZ T. S., 1966, *Il mito della malattia mentale. Fondamenti per una teoria del comportamento individuale*, Milano, Il Saggiatore.
- ZINKER J., 1977, *Creative process in Gestalt Therapy*, New York, Vintage Books.