

Incontro e sentimento diagnostico

di Marco Vannotti* e Michèle Gennart**

*[Ricevuto il 26/09/2025
Accettato il 22/10/2025]*

Riassunto

Il presente articolo sottolinea il valore della corrente di psichiatria antropologica e fenomenologica ai fini dell'incontro diagnostico e del percorso terapeutico. Gli autori evidenziano il fatto che uno psicoterapeuta si appropria alla conoscenza del suo paziente, nel senso fenomenologico di comprensione, non solo attraverso il suo sapere, la sua padronanza di una teoria psicopatologica o la sua sagacità clinica ma soprattutto per la sua disposizione all'incontro e all'accoglienza dell'altro, sapendo ascoltare e lasciandosi sorprendere. Da questo punto di vista, anche la diagnosi assume una dimensione relazionale, non è una realtà ontologica ma un costrutto intersoggettivo.

Parole chiave: Psichiatria antropologica, Fenomenologia, Diagnosi, Intuizione, Comprensione.

* Psichiatra, psicoterapeuta, didatta alla scuola di psicoterapia Mara Selvini Palazzoli di Milano, è stato professore alla facoltà di biologia e di medicina all'Università di Losanna dove ha insegnato la dimensione antropologica della professione medica (Ruelle Vaucher 7 – 2000 Neuchâtel Svizzera); mvannotti@gmail.com

** Filosofa e psicoterapeuta, ha pubblicato sulla questione del corpo in terapia. Il suo lavoro di ricerca si articola intorno alle questioni filosofiche e psicopatologiche che fondano l'attività di formazione nell'ambito della psicoterapia sistemica. È stata presidente della Società Europea di Fenomenologia e di Psicopatologia (Avenue Druey 1 – 1018 Lausanne Svizzera); gennart@bluewin.ch

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 2/2024
DOI: 10.3280/GRUOA2-2024OA22928

GIORNATE FRANCO FASOLO 2025

Abstract. *Meeting and diagnostic feeling*

This article emphasizes the value of the anthropological and phenomenological approach in psychiatry for both the diagnostic encounter and the therapeutic process. The authors highlight that a psychotherapist approaches the understanding of their patient, in the phenomenological sense of comprehension, not only through their knowledge, mastery of a psychopathological theory, or clinical insight, but above all through their openness to encounter and acceptance of the other, being able to listen and allowing themselves to be surprised. From this perspective, even the diagnosis takes on a relational dimension; it is not an ontological reality but an intersubjective construct.

Keywords: Anthropological psychiatry, Phenomenology, Diagnosis, Intuition, Understanding.

Introduzione

Abbiamo avuto la fortuna e l'onore di essere invitati alle giornate Franco Fasolo perché avevo chiesto a Corrado Pontalti di scrivere la postfazione – erratica e appassionante – di un nostro libro appena uscito Vannotti *et al.*, (2025), in cui abbiamo postulato che l'approccio fenomenologico può avere un impatto sulla conduzione delle psicoterapie e quindi anche sulla gestione della diagnosi nella relazione terapeutica.

La corrente di psichiatria antropologica e fenomenologica ci insegna che l'esserci, l'essere insieme l'uno con l'altro, essere l'uno di fronte all'altro, traduce la radicale intersoggettività dell'esistenza e quindi anche della terapia. È nell'incontro che emerge un'esperienza condivisa, una modalità particolare dell'essere con se stesso e dell'essere con l'altro. Crediamo che il nostro lavoro non dipenda soltanto dall'attenzione che portiamo a un disturbo mentale e ai suoi sintomi. Quest'esperienza nasce dalla preoccupazione per il proprio e l'altrui benessere. Preoccupazione reciproca, perché anche il paziente si preoccupa del nostro benessere! Il tema che mi è stato assegnato è quello dell'articolazione tra l'incontro con il paziente e il sentimento diagnostico del terapeuta.

La cura è un incontro

La questione di base tra terapia e psicopatologia risiede forse nel come avviciniamo e cogliamo e diamo un senso, anche diagnostico, alla sofferenza

del nostro paziente: attraverso quali disposizioni lo vediamo, lo comprendiamo e soprattutto come entriamo reciprocamente in relazione essendo sufficientemente presenti l'uno all'altro.

Comprendere il paziente e formulare una diagnosi non è una mera funzione cognitiva. Come dice Stanghellini (2017) il lavoro terapeutico si articola tra il comprendere e il curare. L'uno e l'altro. La cura è un incontro, la costruzione di una relazione che porta e che apre al futuro. Per costruire una relazione è necessario avere un approccio articolato e pertinente *a)* di ciò che fa sì che l'altro soffra così tanto e *b)* del come e in che misura si intreccia e risuona in noi questa sofferenza prima ancora di inquadrarla in un'area definitoria.

Questa rappresentazione della sofferenza del paziente si basa anche sulla familiarità con le principali classi psicopatologiche e con le conoscenze nosografiche e diagnostiche. I manuali diagnostici derivano da schemi teorici e pratici e non possono fare a meno di riferirsi a fondamenti epistemologici e teorici talvolta incompatibili, nonché a “pregiudizi”. Quanto alla riflessione psicopatologica, questa può prendere direzioni diverse, a volte contraddittorie, a seconda di come comprendiamo i nostri pazienti, come vedremo più avanti a proposito delle forme di conoscenza in terza, prima e seconda persona. La diagnosi dipende ancora dal nostro atteggiamento per avvicinare la sofferenza mentale.

Così, ancor prima di iniziare qualsiasi trattamento, tali categorie possono esercitare un effetto curativo, così come rischiano, al contrario, di avere di per sé un effetto dannoso.

In che senso le diagnosi predeterminano la cura dei loro pazienti? Facciamo un esempio negativo.

Una paziente era in terapia da due anni, per elaborare i suoi traumi precoci. Ma a un certo punto, il suo terapeuta iniziò ad abusare sessualmente di lei e a minacciarla (con il ricovero a vita per infermità mentale). Poi ebbe un episodio psicotico che la portò in ospedale. Lì, parlò di ciò che le stava accadendo con il suo terapeuta, ma non fu ascoltata. Le sue parole furono diagnosticate come “patologiche”; la lettera di dimissione, che menzionava l'abuso, fu inviata proprio al terapeuta! Le sue parole si trasformarono in una riduzione diagnostica a uso di chi l'aveva abusata.

Lo psicoterapeuta approfondisce la conoscenza del suo paziente, nel senso fenomenologico di comprensione, non solo attraverso il suo sapere, la sua padronanza di una teoria psicopatologica o la sua sagacità clinica ma soprattutto per la sua disposizione all'incontro e all'accoglienza dell'altro, sapendo ascoltare e lasciarsi sorprendere.

La diagnosi implica ancora una capacità di discriminare tra ciò che è normale e ciò che è patologico. Solo che questi due termini, apparentemente evidenti, celano numerose insidie. Per chiarire il loro significato vorremmo fare riferimento all'opera fondamentale di Canguilhem (1943).

Il normale e il patologico

L'opera centrale di Canguilhem, che era medico e filosofo, scritta nel 1943 durante la guerra, ci pare ancora la più pertinente su questo tema. Ecco tre delle sue idee chiave.

In primo luogo, mentre la somministrazione di questionari è sempre più incoraggiata per la valutazione delle malattie mentali, la tesi di Canguilhem è che non si può generalizzare né dare un valore normativo alla media:

«Una media statisticamente ottenuta non ci permette di decidere se un dato individuo, presente davanti a noi, sia normale o meno. Non possiamo usarla come punto di partenza per adempiere al nostro dovere medico nei confronti dell'individuo» (Canguilhem, 1943, p. 155).

Il confine tra normale e patologico è molto preciso però per un singolo individuo nel tempo. E il suo attraversamento è segnato dalla sofferenza e dall'impotenza: «È l'individuo il giudice, perché è lui che soffre, nel momento stesso in cui si sente inferiore ai compiti che la nuova situazione gli propone» (Canguilhem, 1943, p. 156).

Da qui la seconda tesi di Canguilhem: il confine tra normale e patologico non è interno al soggetto; implica la relazione tra il soggetto, i suoi familiari e il contesto sociale: «Non esiste un disturbo patologico in sé; l'anormale può essere apprezzato solo in una relazione» (Canguilhem, 1943, p. 162).

La patologia, come esperienza patica soggettiva, influenza la vita stessa del soggetto, i suoi cari, le sue possibilità di esistenza professionale e familiare.

Il patologico emerge quando non siamo più in grado di far fronte ai compiti che ci incombono nell'ambiente in cui viviamo. Siamo quindi nel registro del fare, della prestazione. Ma quando parliamo per esempio, di un padre che ci appare triste e depresso non diciamo che soffre di una forma depressiva ma piuttosto che è *depresso*. Questa frase predicativa nominale considera la qualità intrinseca, ontologica, del padre quella di essere un umano depresso. Essa non tiene conto di tutto ciò che egli è: sia quanto soffre di depressione che quando non ne soffre. Succede lo stesso quando affermiamo che tale madre è simbiotica o che tale padre è violento.

Manifestazioni patologiche si manifestano anche quando la persona vive in contesti professionali umilianti o particolarmente restrittivi, ad esempio quando viene licenziata e non riesce a trovare un lavoro. In questi casi, affermare che il paziente è depresso rasenta spesso un giudizio di valore. Si finisce per pensare, infatti, che se non riesce a trovare un lavoro, si suppone in filigrana che non voglia lavorare e che sia quindi pigro.

Un'attenta valutazione della situazione di esistenza del paziente ci costringe a mettere in discussione l'impatto protettivo o patogeno dei contesti di vita. E non si può sempre distinguere tra fattori presumibilmente "biomedici" e altri che sarebbero "sociali" nella genesi di una malattia.

In terzo luogo, anche se il patologico è definito da una restrizione essenziale delle potenzialità, ci dice Canguilhem, è necessario:

«in qualsiasi interpretazione dei sintomi patologici, tenere conto degli aspetti negativi e positivi (...). La malattia è un'esperienza di innovazione positiva del vivente e non più semplicemente un fatto diminutivo o moltiplicativo» (Canguilhem, p. 160).

È responsabilità del terapeuta accogliere la dimensione patica e il potenziale di tutti coloro che si sentono profondamente smarriti e feriti nell'anima, come molti pazienti psichiatrici, senza usare diagnosi per definire chi può essere curato e chi non ha più speranze e che perciò può essere abbandonato. Impegnarsi per una vita "vivibile", anche per i più disagiati tra noi, è nostra responsabilità in termini di cura e promozione della salute, ma non nel raggiungere una normalità – o assenza di sintomi – che sarebbe assurdo ricercare.

L'umiliazione diagnostica: il dolore cronico

Pensare una diagnosi, credere fermamente che sia quella giusta, scriverla in cartella e trasmetterla al paziente e ai suoi familiari possiede la doppia polarità del bene e del male, per esempio umiliando i pazienti (Gennart e Vannotti, 2015).

Prendiamo come esempio la diagnosi di disturbo da dolore somatoforme (psicosomatico nel senso comune) che ci ha occupato per molti anni in un lavoro di ricerca (Vannotti e Gennart, 2018). Tale diagnosi potrebbe essere dannosa in quanto suggerisce che ciò di cui soffre il paziente abbia solo una "forma", nel senso di un'apparenza somatica, ma sia nella "sostanza" un problema psicologico. Per quanto riguarda il disturbo da sintomi somatici proposto dal DSM-5, la sua definizione si riferisce essenzialmente alla nozione problematica di "pensieri, sentimenti e comportamenti eccessivi e spropor-

zionati” – quindi, non normali, ma patologici – osservati dal clinico, secondo un approccio in terza persona, approccio di cui parleremo dopo. Chi può e come si può dire che un comportamento o un’emozione è eccessiva o sproporzionata?

La nostra ricerca con pazienti affetti da dolore cronico ci ha portato a dare loro voce e a interrogarli sulle loro esperienze. Questi pazienti si sentivano sopraffatti da un senso di impotenza, sia di fronte al dolore che al sistema sanitario. Affermavano che i medici non potevano o non sapevano come rispondere alle loro richieste di sollievo e che, in modo sottile, stavano facendo loro capire di essere responsabili della persistenza del loro dolore. Infatti, definendo il dolore come sofferenza mentale piuttosto che reale, molti di loro finivano per credere che questi pazienti fossero degli impostori che cercavano di frodare il sistema sanitario federale svizzero.

È responsabilità del terapeuta trovare il modo di qualificare questi dolori, indicibili, innominabili nel doppio senso del termine. È ancora responsabilità dei terapeuti di evitare di accrescere la vergogna dei pazienti, già gravati da un dolore insensato con una diagnosi che di per sé li degrada.

Minkowski: una psicopatologia a due voci

In questo lavoro clinico di accoglienza e cura, si tratta di praticare ciò che Minkowski ci invita a fare: “una psicopatologia a due voci”.

«Nella relazione medico-paziente, se da un lato cerchiamo ciò che è ancora vivo nel paziente, dall’altro, e congiuntamente, mettiamo in gioco tutta la nostra persona, [...] anche ciò che “entiamo”. La psicopatologia che tracciamo è una psicopatologia a due voci: nasce dall’incontro umano» (Minkowski, 1966, p. 32).

Ritorniamo al dolore, detto psicosomatico. Parlare del dolore, della sua ingombrante presenza tra le pieghe della vita, è forse anche il modo più ovvio per appellarsi all’altro, per tentare di “riconnettersi” e ritrovare l’affidabilità del legame umano messa alla prova da precoci esperienze di trascuratezza.

Le designazioni diagnostiche proposte ai terapeuti per comprendere questo dolore impediscono loro paradossalmente di rispondere a tale appello. Ricorrere a tali categorie diagnostiche può costituire un brutale rifiuto del paziente, quando suggerisce che il suo dolore non sia in definitiva “reale”.

Tali concezioni – che il paziente non può non percepire nei medici – raddoppiano l’esperienza di vergogna e solitudine.

Condividere l’indicibile è forse un atteggiamento clinico più appropriato di quello che pretende di classificare.

Con questi pazienti dovremmo poter condividere una presenza, dare un senso al dolore *insensato*, ripristinare la capacità di fidarsi, al di là del vissuto di impotenza che può essere sperimentato da entrambe le parti.

Un'altra riflessione di Minkowski (1966) distingue due tendenze contrastanti nell'evoluzione delle idee in psicopatologia: *a)* si concentra sulle nozioni negative, su ciò che appare definitivamente distrutto nei pazienti; *b)* non si limita ai sintomi negativi, ma evidenzia ciò che rimane vivo, creativo per adattarsi come può alla realtà: a una interna, il male, e a una realtà esterna che è lo sguardo dei curanti e della famiglia su di lui.

Minkowski afferma ancora che è il ventaglio dei sintomi che ci porta a una data diagnosi. Ma se per curare noi vogliamo diminuire i sintomi del paziente, questi a poco a poco si troverà in un vuoto inquietante.

Dementia praecox e schizofrenia

Minkowski (1966) ci dice che ci sono stati due modi di nominare la psicosi: la diagnosi di demenza precoce e quella di schizofrenia, due approcci teorici allo stesso disturbo. Nella demenza precoce, la diagnosi si concentra esclusivamente sul deficit: secondo questo modello, le misure terapeutiche non avrebbero alcun senso o fondamento logico. Quale cambiamento, a suo avviso, comporta la nozione di "schizofrenia"?

È molto più di un semplice cambiamento di termini, dice Minkowski. Questa nozione modifica il nostro atteggiamento nei confronti di questi pazienti e crea una nuova atmosfera relazionale che ci permette di curarli.

E Minkowski prosegue: «Le nostre nozioni psichiatriche possono avere in sé, cioè al di fuori di qualsiasi misura medica in senso stretto (...), una portata curativa» (Minkowski, 1966, p. 106).

Questo dimostra il legame interno tra il modo in cui concepiamo o teorizziamo le malattie (cosa che non possiamo astenerci dal fare) e le possibilità che ci diamo – o meno – di curare chi ne soffre. Non possiamo quindi rivendicare la neutralità di una classificazione a-teoretica e dobbiamo assumere con lungimiranza la valenza strettamente terapeutica delle nostre categorie diagnostiche.

Sentimento diagnostico. Sagacità clinica e intuizione

Vorremmo spendere qui una parola sull'intuizione e sulla relazione che l'intuizione ha con la teoria alla quale il terapeuta si riferisce. In effetti l'in-

tuizione ha delle ragioni che non corrispondono necessariamente alle ragioni della teoria o del senso comune. La modalità conoscitiva intuitiva, si riferisce a quello che Merleau-Ponty (1964) definiva come conoscenza della dimensione invisibile. In una prospettiva fenomenologica, il terapeuta comprende l'altro attraverso un'esperienza intersoggettiva. Attraverso l'emergere di aspetti preverbal e corporei si conosce e si comprende l'altro al di là della teoria e della logica razionale (Jaspers, 1913; Stern, 2015).

Attraverso l'intuizione percepiamo un disordine dell'intersoggettività quando incontriamo soggetti che soffrono di psicosi. È un'intuizione che nasce e che si avverte nell'interazione. Si tratta di un'atmosfera interpersonale disturbante, caratterizzata da una mancanza di reciprocità, reattività o accordo. Nel suo testo sulla *Praecox Gefühl*, Rümke (1942) parla di questa atmosfera, che si percepisce quasi immediatamente nella relazione con i pazienti affetti da schizofrenia. Afferma inoltre che i terapeuti più empatici tendono a sottovalutare i tratti schizofrenici di un paziente, mentre quelli meno empatici generalmente li sopravvalutano. È inoltre degno di nota, secondo Rümke, che i pazienti che soffrono di schizofrenia manifestino meno sintomi in presenza di un terapeuta empatico.

Ma l'intuizione, nel caso seguente, non è stata illuminante riguardo alla diagnosi già nota. Piuttosto, è stata utile per prendere una decisione terapeutica, una decisione non scontata e forse temeraria, come possiamo vedere nel nostro racconto.

Anni fa ricevevo regolarmente, circa una volta al mese, in un consultorio pubblico Alessio, un paziente di 31 anni che soffriva di una schizofrenia paucisintomatica intercalata da crisi di esacerbazione dei sintomi negativi con una sorta di paralisi del movimento e del pensiero. Una volta venne nel mio studio accompagnato da sua madre perché questa aveva visto che Alessio stava di nuovo piuttosto male. Ci confrontammo sulla situazione di disagio risentita da entrambi.

Dopo aver legittimato la loro sofferenza e aver calibrato la terapia farmacologica, arrivò il momento del congedo. Ambedue si alzarono, ma Alessio mi abbracciò, potremmo dire si avvinghiò, con insistenza a tal punto che non riuscivo, imbarazzato, a distaccarmene. La madre rimase come paralizzata senza poter dire niente, come se si sentisse invasa da un vissuto analogo a quello di suo figlio.

Devo dire che il mio disagio fu davvero grande. Lo presi poi per le spalle, lo feci sedere, e cominciammo a discutere. Riuscimmo a postulare la necessità di un ricovero ma, dopo un momento di esitazione, madre e figlio rifiutarono con un certo vigore. Per una sorta di intuizione, correndo io un rischio, convenimmo un altro appuntamento qualche giorno dopo. Appuntamento al quale è venuto, così come ai seguenti, anche un po' più stabilizzato.

Partendo da una metafora potremmo pensare che i presupposti teorici sulle diagnosi siano come una buona conoscenza del solfeggio e dello spartito, mentre l'intuizione è quel tocco inconsapevole ma creativo dell'artista o quella capacità di improvvisare che sfociano in una melodia (relazionale). Il terapeuta lavora con un pensiero intuitivo; il riferimento consapevole alla teoria non è sempre la motivazione diretta dei suoi interventi. La sua capacità intuitiva nasce dalla sua esperienza umana, anche clinica e da quanto emerge nell'incontro.

Questo è il paradosso della diagnosi: essa è necessaria ma probabilmente non sufficiente per comprendere, avvicinare e sostenere il paziente. Questa affermazione stimola comunque numerose questioni.

Formulare una diagnosi nell'incontro

Vorrei sottolineare la radicale dimensione relazionale della diagnosi. Questa non possiede una realtà ontologica, ma è un costrutto intersoggettivo. Ciò che funziona in terapia è la dimensione della presenza, l'intuizione preriflessiva che emerge dall'intersoggettività. Potremmo, quindi, dire che per formulare una diagnosi ci vuole una approfondita conoscenza diagnostica e una fiducia nella nostra intuizione, ma soprattutto, come vedremo, in un'umana capacità di stare con l'altro. Svilupperemo questa idea quando parliamo di conoscenza alla seconda persona (v. infra).

Secondo Minkowski (1966) alla *diagnosi attraverso la ragione* si sarebbe aggiunta una *diagnosi* ancor più importante, che sarebbe avvenuta mediante il sentimento, per "penetrazione".

Propongo allora di trasmettervi quanto appreso da Giovanni Stanghellini sulla conoscenza dell'altro in terza, in prima, in seconda persona.

Conoscenza in terza, in prima, in seconda persona

Terza persona

In psicopatologia l'approccio in terza persona si ispira alle scienze esatte e per far questo utilizza generalizzazioni, astrazioni, statistiche. Privilegia ciò che è esterno alla soggettività, non dà importanza al particolare e al ruolo dei significati nella vita. La tentazione di seguire principalmente la via della conoscenza in terza persona è presente nella psichiatria tradizionale e qualche volta anche nelle scuole di psicoterapia.

Questo approccio è sostanzialmente quello che sta alla base della psicopatologia clinica da Kurt Schneider (1946) e ispira da decenni il metodo classico ancora oggi presente nel DSM 5. L'uso pragmatico delle classificazioni è incontestabilmente utile per intenderci e sapere di cosa parliamo. Ma ci troviamo davvero ancora nel registro della terapia allorché, con un approccio riduttivo, reifichiamo una malattia, per esempio una struttura di personalità, costringendola in una classe? O litigando per sapere se una paziente è borderline o istrionica. Facendo così, ci fermeremo alla superficie dei fenomeni senza voler guardare oltre e senza tener conto del contesto in cui i fenomeni avvengono.

Esistono altri limiti legati a questo modo di conoscere i nostri pazienti. Innanzitutto, la diagnosi in terza persona rischia di stigmatizzare l'identità del soggetto. *È un folle che non capisce niente e che non sa stare al mondo.* Così la diagnosi si concentra sull'aspetto deficitario legato ai sintomi patologici e alla loro pervasività, trascurando ciò che resta di creativo e vitale dell'individuo (Minkowski, 1966). Minimizzare le risorse rischia di far perdere al clinico uno sguardo benevolo e di speranza verso le potenzialità del paziente. La prima esigenza cui dobbiamo sottoporci come terapeuti – l'esigenza di non nuocere – consiste nell'evitare di ripetere una diagnosi in sé degradante e che aumenti la vergogna del paziente che soffre già abbastanza della sua solitudine e della sua perdita di senso (Gennart e Vannotti, 2015).

Rimane vero comunque che, come dice Pontalti:

«Solo una conoscenza approfondita della psicopatologia può dare significato ai fenomeni, in una tessitura capace di creare collegamenti simbolici con i luoghi delle fratture del mentale» (Pontalti, 2014, p. 36).

Prima persona

La conoscenza in prima persona è un approccio che cerca di assumere il punto di vista dell'altro attraverso l'atteggiamento empatico, di cogliere lo schema del mondo interno dell'altro, delle sue rappresentazioni del mondo esterno, del suo singolare modo di entrare in relazione. Tale conoscenza cerca di rispondere alla domanda: "Qual è il vissuto del paziente?". Il terapeuta cerca di capire il paziente grazie all'ascolto e alla curiosità empatica che permette di avvicinare il dolore dell'esistenza dell'altro. Il terapeuta tenta di attribuire un senso al vissuto del paziente attraverso la propria comprensione, legittimando e dando ragione a quel particolare vissuto ancor prima di formulare una diagnosi.

La ricostruzione si compie all'interno del soggetto che lo esplora – il terapeuta – che si astiene da rapide interpretazioni, ipotesi eziologiche, classificazioni nosografiche. Il terapeuta si interessa al vissuto e non alla descrizione nosografica; si interessa al particolare, non al generale.

È l'approccio che sospende la descrizione del paziente, legata ad esempio ad affermazioni predicative come “lei è depresso perché...” oppure “lei soffre di depressione”. La comprensione in prima persona ci porta a domandare al paziente “qual è il suo personale vissuto di una così grande tristezza, fatica e perdita di slancio vitale?”. E dovrebbe aggiungere qualcosa della legittimazione: “dev'essere terribile quello che lei prova”.

La conoscenza in prima persona è alla base della *psicopatologia descrittiva* di Jaspers (1913) perché è attenta all'espressione del vissuto quale viene comunicato dal paziente.

La riflessione e il metodo psicopatologico di Jaspers distinguono tra *spiegare* (*erklären*) come conoscenza delle cause viste *dall'esterno* (cioè, *oggettivate* come a proposito della conoscenza in terza persona) e *comprendere* (*verstehen*) come visione empatica di una dimensione di senso, compresa *all'interno* dell'osservatore, quindi *soggettivata*.

Seconda persona

L'approccio in seconda persona va alla ricerca di una comprensione che si compie nello spazio intersoggettivo. Utilizza, solitamente, una struttura narrativa, dialogica che emerge dall'incontro tra il terapeuta e il paziente. La comprensione dell'altro apre parallelamente alla comprensione di sé.

La ricostruzione dell'esperienza dell'altro non si compie solo “all'interno” del terapeuta – come in prima persona – quanto piuttosto, come dice Francesetti (2020), nello spazio di frontiera. Lo spazio intersoggettivo, di frontiera, nell'incontro terapeutico può rivelarsi difficile da abitare perché nei pazienti che soffrono di disturbi mentali la capacità di rapportarsi con l'altro è variamente compromessa.

La conoscenza in seconda persona, comunque, è fondata sul “noi”, e il suo presupposto è la co-presenza, l'incontro degli interlocutori. Di Petta (2020) parla di una *noità* che precede, che già esiste ancor prima della distinzione tra un terapeuta e il suo paziente:

«L'essenza di molte esperienze psicopatologiche rimane qualcosa che non può essere spiegato, né con il linguaggio della medicina e né con la psicologia, ma è solo possibile percepirlo. Il linguaggio fenomenologico in questo caso deve adattarsi al cuore dell'esperienza vissuta ed è soprattutto l'atteggiamento fenomenologico che

ci consente di cogliere ciò che accade prima (a priori) della distinzione tra soggetto e oggetto» (Di Petta, p. 102).

Esempio. Quando incontriamo un paziente depresso, il nostro linguaggio spesso rallenta, si attenua un po'; percepiamo qualcosa di doloroso e pesante nell'atmosfera. E partecipiamo, in un certo senso, alla modalità depressiva di presenza che riempie la stanza e che, nel momento stesso in cui la sentiamo nella nostra pancia, ci parla della sofferenza dell'altro, anche se non ne abbiamo una chiara coscienza immediata.

Può anche capitare durante l'incontro di avere difficoltà a condividere l'atmosfera emotiva dell'altro: ci sembra strana, sconcertante, abbiamo difficoltà a identificare i suoi vissuti e il suo tono emotivo. E questa difficoltà di partecipazione manifesta ciò che è in gioco nella sofferenza dell'altro, che potrebbe essere dell'ordine della solitudine schizoide.

L'azione terapeutica si indirizza verso la comprensione di quello che succede nell'incontro terapeutico. Viviamo così una presenza, meglio, una co-presenza come luogo in cui noi terapeuti non possiamo non vibrare, risuonare, sentire quasi nella nostra carne la dimensione patica¹ del paziente.

Ma quello che emerge viene da una relazione che va oltre le parole, viene simultaneamente dalla condivisione di emozioni mostrate dal nostro volto ed espresse dalle nostre parole, da una dimensione corporea – quasi di danza. Questo profondo e complesso incontro al confine ha un impatto trasformativo rendendo gli interlocutori diversi, non solo più esperti ma anche più vicini e meno soli e la conoscenza reciproca diventa progressivamente più ampia.

L'assenza di questo tipo di incontro non solo non ci permette di conoscere bene l'altro, ma può fargli anche del male.

La psicopatologia segue un mancato incontro, e genera un'alterata esperienza di contatto con l'altro e quindi perturba il confine, la frontiera tra il sé e l'altro. Come afferma una poesia di Alda Merini citata dallo stesso Francesetti: «Il dolore non è altro/che la sorpresa/ di non incontrarci» (Merini in Francesetti, 2020).

Vorremmo ricordare che non esiste una modalità esclusiva né considerata come la migliore. Praticamente anche gli psicoterapeuti più formati che difendono con entusiasmo delle forme di psicopatologia in terza persona, ai nostri occhi correndo il rischio di reificare i loro pazienti, in quanto dotati di umana empatia, possono curarli e accompagnarli positivamente. Questo è possibile perché, al di là delle teorie, ogni terapeuta in principio utilizza la

¹ Per dimensione patica intendiamo l'insieme dei vissuti, delle percezioni, dei sentimenti attraversati nell'incontro con i pazienti.

propria umanità per curare e quello che dice e fa col paziente va al di là delle sovrastrutture teoriche con cui di solito ragiona.

Di fatto i terapeuti utilizzano tutte e tre queste modalità per avvicinare i loro pazienti o le famiglie che hanno in cura. Purtroppo, quando si parla di psicopatologia si precisa raramente il tipo di conoscenza che sottende la nostra analisi. Ciascuna delle tre, infatti, appartiene a tipi logici differenti e ha una propria coerenza logica e clinica: vorremmo affermare che una terapia, per essere trasformativa, deve basarsi *anche* su una conoscenza in seconda persona.

Per concludere

Una delle tesi sottolineata nel nostro libro (la presentazione del quale è stata la spinta a invitarci al convegno di gruppoanalisi) è che il paziente e il terapeuta vivono in seduta e fuori dalla seduta una intensa e ineffabile relazione: due soggetti interferiscono, plasmano costantemente il loro vissuto in modo reciproco.

Ci siamo posti allora la domanda in che misura l'eventuale esigenza istituzionale o la tendenza personale del terapeuta a classificare i pazienti attraverso una diagnosi più o meno rigida interferisce in questa relazione. Riprendiamo l'esempio di Rümke: questi afferma che i terapeuti più empatici hanno tendenza sottovalutare gli elementi psicotici di un dato paziente, mentre quelli meno empatici di solito li sopravvalutano. Ma i pazienti affetti da disturbi schizofrenici sono meno sintomatici in presenza di un terapeuta empatico.

La terapia, condotta con la nostra fiducia e la nostra presenza, può alleviare il male e proteggere i nostri pazienti dalla prova della sofferenza e dal terrore di esistere. Con la terapia, i pazienti soffrono meno della loro solitudine. Non si tratta di cadere nella trappola dell'onnipotenza che pensa di poter curare tutto, ma nemmeno in quella di utilizzare la diagnosi per dare un giudizio negativo dei pazienti per giustificare l'assenza di un impegno, l'indifferenza e l'abbandono.

In origine, *therapeuein* significa: servire gli dèi. Nella nostra professione, si tratta di *servire* con pazienza, e non di guarire, chi è vulnerabile. Concluderemmo queste considerazioni con una citazione di Binswanger (1942):

«Il rapporto tra il terapeuta e il paziente non è l'incontro tra il terapeuta e una persona con una diagnosi nosografica, ma una dimensione intersoggettiva dell'essere reciprocamente con l'altro, di saper prenderci per mano per attraversare un guado» (Binswanger, 1942, p. 86).

Riferimenti bibliografici

- Binswanger L. (1942). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Munich-Bâle: E. Reinhardt, 1973.
- Canguilhem G. (1943). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF, Quadrige, 2023 (trad. it.: *Il Normale e il Patologico*. Torino: Einaudi, 1998).
- Di Petta G. e Tittarelli D. (2020). La Noità-che-cura: Il setting “fuori dallo spazio-tempo” della Gruppen Dasein Analysis. *Quaderni di Cultura Jungiana* 1, 101-112.
- Francesetti G. (2011). “Il Dolore e la Bellezza: dalla psicopatologia all’estetica del contatto”. Relazione di apertura al III Convegno della SIPG (Società Italiana Psicoterapia Gestalt), Palermo, 9 dicembre.
- Francesetti G. (2020). *Fondamenti di Psicopatologia fenomenologico-gestaltica: una introduzione leggera*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Gennart M. e Vannotti M. (2015). Le risqué d’humiliation diagnostique. *Douleurs: Évaluation – Diagnostic – Traitement*. Vol. 16, 4: 172-178.
DOI: 10.1016/j.douleur.2015.06.009
- Jaspers K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer-Verlag (trad. it.: *Psicopatologia generale*. VII ed. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1964).
- Merleau-Ponty M. (1964). *Le visible et l’invisible*. Paris: Gallimard.
- Minkowski E. (1966). *Traité de Psychopathologie*. Paris: PUF. 2e ed. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1999.
- Pontalti C. (2014). Psicopatologia e controllo: Il sottile confine tra il comprendere e il denominare. *Plexus Rivista del Laboratorio di Gruppoanalisi* 7, 1, 2: 36-48.
- Rümke H.C. (1942). Das Kernsymptom der Schizophrenie und das “Praecox Gefühl” . *Zentralblatt gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 102: 168-169.
- Schneider K. (1946). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme Georg Verlag (trad. it.: *Psicopatologia clinica*. Roma: Giovanni Fioriti, 2004).
- Stanghellini G. (2017). *Noi siamo un dialogo: Antropologia, psicopatologia, cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stern D.B. (2015). *Relational Freedom: Emergent Properties of the Interpersonal Field*. New York: Routledge (trad. it.: *Libertà relazionale. Caratteristiche del campo interpersonale*. Sesto San Giovanni: Mimesis, 2017).
- Vannotti M. e Gennart M. (2018). *Corpo e storia di vita. La sfida della cronicità*. Roma: Alpes.
- Vannotti M., Redaelli L., Montanaro M. e Pé G. (2025). *Incontro e presenza: appunti sulla conduzione delle sedute*. Roma: Giovanni Fioriti.