

## Intorno alla diagnosi

**Giovanna Malangone e Anna Celli**

*Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Costruttivista, CESIPc, Firenze*

Il presente contributo si propone di mostrare quanto sia importante tenere sempre aperto il problema della diagnosi, pur essendo essa, entro la teoria dei costrutti personali (TCP), una costruzione transitiva e transitoria. Intendere la diagnosi come un processo interpretativo che in modo ricorsivo ci orienta nella comprensione implica procedere dentro un movimento che dirige ma non determina, che apre possibilità ma non giunge a conclusioni definitive. Dentro a storie vissute mostriamo come l'interrogarsi sulla diagnosi entri nella relazione con il cliente e possa ampliare le scelte all'interno di un processo di conoscenza che può essere percorso e non acquisito.

Parole chiave: *diagnosi transitiva, relazione terapeutica, responsabilità, etica, costruttivismo ermeneutico*

“Ogni sapere che pretenda di ‘stare’  
va fatalmente incontro alla sua catastrofe  
e lo stesso è da dire di ogni identità che pretenda  
di chiudersi e concludersi in se stessa”.  
(Sini, 2006, p. 75)

Considerando che, secondo l'ottica della psicoterapia dei costrutti personali (PCP) proposta da George A. Kelly (1955/91) e del suo sviluppo in chiave costruttivista-ermeneutica (Chiari, 2016; Chiari & Nuzzo, 2010), il senso di una “diagnosi” sia aprire a nuove possibilità, evitando di spiegare tutto, di “oggettivare” ciò che si afferma e di giungere ad affermazioni “conclusive”, riteniamo che metterlo in opera esiga di mantenere continua l'attenzione sul rischio di sfuggire inavvertitamente da ciò. Ogni volta che articoliamo una diagnosi dovremmo essere sempre più capaci di non identificarci in quello che diciamo e in quello che crediamo di sapere, nell'idea di provare a lavorare con una più ampia consapevolezza di ciò che facciamo.

Proviamo, quindi, a guardare al problema della diagnosi tenendo viva l'attenzione sulla difficoltà, che anche noi come terapeuti viviamo, di abbandonare la pretesa di verità.

## Presupposti

A partire da questa idea illustriamo i presupposti teorici, epistemologici ed etici entro i quali ci muoviamo come psicoterapeuti costruttivisti-ermeneutici, intendendoli come modalità pratiche e attive che orientano nel sapere.

1. La conoscenza è un fenomeno relazionale.
2. Conoscere significa porre “relazioni segniche”.
3. Ogni “pratica” specifica il mondo in modo peculiare.
4. Il linguaggio ha un “potere oggettivante in generale”.
5. Il sapere si costituisce in base a un metodo.

Nel vederli uno per volta faremo riferimento alla *teoria dell'autopoiesi* di Humberto Maturana (1987; Maturana & Varela, 1987), per l'originale e preciso invito a collocare l'osservatore al centro del processo e del fenomeno della «conoscenza», e al *pensiero delle pratiche* di Carlo Sini (2009), per l'ampia e rigorosa indagine filosofica sulla questione del segno entro l'orizzonte della riflessione sui fondamenti e sulle radici dei nostri saperi in relazione alla “verità”.

Entro un'epistemologia costruttivista ermeneutica e per quel che concerne la riflessione ivi proposta sulla diagnosi, il *pensiero delle pratiche* di Carlo Sini si inserisce come prezioso contributo che offre da un lato un punto di vista che riafferma il carattere costruttivo/interpretativo dell'esperienza e dall'altro lato la possibilità di affrontare la questione del conoscere a partire dall'analisi del rapporto tra segno, significato e interpretante.

### *La conoscenza è un fenomeno relazionale*

Accogliere l'idea, come afferma Maturana (1987/93), che “l'esistenza sia definita da un'operazione di distinzione” (trad. it. p. 108) vuol dire guardare alla conoscenza come a un processo che implica da una parte un tentativo di avvicinarsi ad un oggetto presupposto e sconosciuto, dall'altra un coglierlo a distanza. Prende forma un processo di costruzione che specifica l'oggetto e costituisce l'osservatore che, in quanto costruttore, vi partecipa. Secondo la prospettiva costruttivista-ermeneutica, la conoscenza è sempre una messa in atto, non si conosce qualcosa che “sta fuori” come se fosse indipendente da colui che conosce, essendo oggetto e soggetto immersi in un medesimo mondo (Armezzani & Chiari, 2014). Come sottolinea Sini (2012), “il sapere è per sua natura prospettico e cioè ‘relativo’ ” (p. 132), è un prender forma posizionandosi a distanza e nel suo accadere, volta per volta nei suoi modi determinati, è relazionale, si costituisce in un sistema di relazioni da cui non è separabile. In questi termini “nulla esiste prima di essere distinto” (Maturana, 1987/93, trad. it. p. 108) e, una volta distinta, un'entità non ha continuità al di là del dominio costitutivo che la specifica e al di fuori dell'essere qualcosa per qualcuno.

Implicazioni per il terapeuta: è importante tenere presente che nessuna interpretazione può essere una più fedele costruzione della cosa in sé, inclusa l'ipotesi diagnostica che andiamo formulando, perché “la cosa in sé” è impossibile da avvicinare e raggiungere.

### *Conoscere significa porre “relazioni segniche”*

Ripartiamo dalla considerazione che benché niente possa esistere, nel senso sopra espresso, in un “substrato indipendente dall'osservatore” (Maturana, 1987/93, trad. it. p. 110), attendersi tale substrato sia una “necessità epistemologica” (Maturana, 1987/93, trad. it. p. 110). Nel momento in cui poniamo una distinzione, agiamo alla luce di una domanda che cerca l'oggetto della nostra distinzione e che presuppone la sua esistenza come antecedente all'operazione di

distinzione. In questa prospettiva conoscere prende forma in funzione del segnalare qualcosa mediante qualcos'altro. Come afferma Sini (1999, 2004), l'oggetto compare in quanto dà segno di sé, "qualcosa cioè assume il valore di segno, esplicita una funzione segnica, solo in quanto trasmette, incarna, 'veicola' un significato, (cioè significa qualcos'altro)" (Sini, 1999, p. 6). Questa è la modalità del conoscere. Il rapporto segno/significato è parte di una relazione segnica il cui schema è triadico, interpretante-segno-oggetto (o significato), e dove la relazione tra segno e significato del segno è messa in opera da un interpretante (Sini, 1999, 2004).

Implicazioni per il terapeuta: l'interpretante non è qualcuno che pre-esiste, che correla da fuori segno e oggetto, che da lì constata che un segno corrisponde a quel significato e quindi, come terapeuti, dobbiamo tener conto di essere immersi in un'esperienza, in una circostanza, che determina il senso del nostro fare, cosicché quell'evento assume quel significato per noi che ne siamo parte.

### *Ogni "pratica" specifica il mondo in modo peculiare*

Nel fare esperienza siamo sempre immersi in mondi, in universi di senso che ci costituiscono come osservatori o, come definisce Sini, "pratiche" a cui siamo soggetti. Ogni sapere è in questo senso "una pratica, una sapienza sui generis" (Sini, 2009, p. 126), ha un carattere attivo ed esecutivo, muove e induce alla risposta. Partecipiamo ad un senso nel quale siamo già preliminarmente presi ed è in relazione al suo essere messo in opera, che significato e oggetto coincidono, che possiamo fare esperienza di un mondo, delle cose e di noi stessi. Entro tale concezione della conoscenza una "affermazione conoscitiva è un invito a partecipare ad un certo dominio di coerenza esperienziale" (Maturana, 1997, p. 17). Come sottolinea Maturana, ciò significa che "i differenti mondi da noi vissuti come esseri umani generano i diversi tipi di cose che facciamo" (Maturana, 2006, p. 97, trad. nostra). Inoltre ogni pratica assume e trasforma elementi di altre pratiche conferendogli un nuovo senso (Sini, 2009).

Implicazioni per il terapeuta: la psicoterapia, come ogni pratica, è in connessione con altre pratiche ed è un intreccio mutevole e indefinito di molte pratiche e non può essere in sé isolata (Sini, 2009).

### *Il linguaggio ha un "potere oggettivante in generale"*

Siamo continuamente immersi in "modi di agire linguisticamente che si attuano come se gli oggetti esistessero fuori del linguaggio" (Maturana, 1987/93, trad. it. p. 91). Il linguaggio "esercita la sua pratica 'oggettivante in generale' stabilendo e veicolando significati 'oggettivi', vale a dire pubblici e intersoggettivi, comuni a tutti" (Sini, 1999, p. 13). In questo senso la pratica del linguaggio è il "luogo generale di traduzione di tutte le altre pratiche" (Sini, 1999, p. 13), da cui assume gli oggetti e, in modo inavvertito, li converte in significati che perdurano al di fuori delle concrete operazioni che li hanno specificati. Noi continuamente parliamo, scriviamo, leggiamo e trattiamo le parole come se riflettessero una corrispondente e presunta realtà in sé. Le parole, invece, sono segno di un oggetto che è il significato linguistico e acquisiscono e mantengono il loro senso solo entro la pratica del linguaggio. La pratica di parola è intrecciata con un'infinità di altre pratiche e ogni volta viene modellata differentemente nella forma di linguaggi distinti e peculiari. Così, quando nominiamo "oggetti", ne parliamo con il nostro linguaggio specifico, ed entro la pratica del linguaggio come pratica comune a tutti (Sini, 2004).

Implicazioni per il terapeuta: il "potere oggettivante in generale" del linguaggio non è qualcosa che si possa pensare di evitare. Dobbiamo comprenderne l'azione, vederne limiti e possibilità così da metterlo in opera in modo utile e consapevole.

### *Il sapere si costituisce in base a un metodo*

Qualsiasi osservazione implica una prospettiva dell'osservazione che prende forma a partire dai concetti teorici, espliciti o impliciti, che la determinano. La prospettiva determina cosa si possa osservare e cosa no, se tal cosa sia convalidabile, spiegabile oppure no (Maturana & Varela, 1992). Ogni metodo, come evidenzia Sini (2013), “incarna un punto di vista, un'opzione definita. Quindi ogni metodo, che lo sappia o no, contiene già un'opzione di sapere. [...] Ogni metodo è pertanto un circolo vizioso: deve già saper qualcosa per raggiungere il sapere che cerca” (p. 15). L'attenzione va sempre quindi portata su questo “saper qualcosa” che rimane immotivato, infondato e infondabile ma che è la base senza la quale l'indagine non potrebbe avviarsi. Il metodo è uno strumento che comporta un disporsi al fare, un gesto che specifica il mondo che distingue. Nel conoscere, nel fare esperienza, c'è sempre un già deciso e già saputo, e non è possibile mettere tra parentesi tutto perché ogni esercizio fruisce sempre di una serie di premesse, di costruzioni.

Implicazioni per il terapeuta: la pretesa di eliminare ogni presupposto è impossibile, dobbiamo aver interpretato per interpretare, ma possiamo iniziare a pensare che i presupposti non nuocciano al sapere, e che avere una prospettiva consenta di avere una visione (Sini, 2013).

### **Il passaggio all'etica**

Dal momento in cui viene meno la pretesa di poter cogliere “l'oggetto in sé”, l'apertura di senso e l'oggetto dei nostri saperi non coincidono più, sono su due piani distinti. Operare questo spostamento mette in mostra il lato duplice di ogni peculiare sapere, di ogni “pratica”: da una parte la sua specifica apertura di senso, che prende forma in una prospettiva particolare; dall'altra i contenuti specificati, coordinati e organizzati in funzione dell'apertura di quel particolare senso (Sini, 2009). Consapevoli di muoversi entro un sapere che pone in essere gli oggetti e orienta nelle scelte, dobbiamo rendere visibili il processo attraverso cui gli oggetti emergono e le relazioni da cui non sono separabili. Non si tratta quindi di chiedersi se quanto viene affermato sia “vero”, né di fare ricorso a un sapere che lo convalidi e lo spieghi, bensì di essere rinviiati ad un'etica che permetta di valutarne il senso ponendo l'attenzione alla “pratica” alla quale si è soggetti (Sini, 2009).

La consapevolezza etica è una particolare disposizione che comporta una specifica assunzione di responsabilità sulle modalità del proprio affermare e agire. Come sottolinea Keeney (1983/85) “il metodo con cui i ‘dati’ sono ‘catturati’ (diagnosi), è uno dei modi con cui il contesto terapeutico viene costruito e mantenuto [...] Le ipotesi del terapeuta servono a creare la realtà del problema di cui ci si occupa” (p. 33). La prospettiva di un'epistemologia autoreferente e partecipe, è un cambiamento paradigmatico in cui, come sostengono Howe e Von Foerster (1975, citati da Keeney, 1983/85), la preoccupazione per l'oggettività viene sostituita dalla preoccupazione per la responsabilità.

Conservare l'interesse verso ciò che di volta in volta ci muove permette di valutare da questa prospettiva il senso del sapere che incarniamo. Soltanto entro l'orizzonte in cui si è collocati qualcosa acquista un significato. Ciò accade secondo prospettive e percorsi che la pratica definisce e delimita e che per la psicoterapia riguardano “la ri-costruzione della vita sul piano psicologico” (Kelly, 1955/1991a/2004, trad. it. p. 19) e sono focalizzati sul cambiamento personale. Come afferma Maturana (1987/1993) dobbiamo valutare l'adeguatezza della nostra condotta con le coerenze operative proprie del dominio al quale apparteniamo così da garantire il criterio di validità. Dobbiamo muoverci e orientarci nel nostro agire professionale sulla base della consapevolezza “del fatto che si ha a che fare con costruzioni che possono dimostrarsi più o meno coerenti, sostenibili e viabili” (Von Glasersfeld, 1999) Quindi il passaggio all'etica significa stare in un esercizio di autoconsapevolezza che non può mai essere concluso, è un di-

stanziamiento che permette di riflettere su di sé e che va a sua volta continuamente ripetuto. La conoscenza può essere percorsa e non acquisita.

Secondo la PCP, soltanto di fronte a una scelta vista come maggiormente “elaborativa” (Kelly, 1955/91a e b) si abbandonano le vecchie abitudini, dunque solo davanti ad una possibilità ricca e fruibile verrà meno il bisogno di fissare la verità nei significati che di volta in volta costruiamo. Questa scelta, che per noi è la “diagnosi transitiva”, non necessita di essere vera, né tanto meno oggettiva/soggettiva, ma una “valida”, “accurata”, “fertile” (Kelly, 1955/91a/04, trad. it. p. 304) e “modificabile” (Kelly, 1955/91a/04, trad. it. p. 21) base da cui si generano ipotesi di trattamento percorribili e verificabili. Se rimaniamo aderenti alla pratica a cui siamo soggetti, il non-fissare e il non-giungere a conclusioni definitive smettono di essere azioni poste al negativo. Entro la pratica psicoterapeutica i significati vengono pienamente e concretamente colti proprio nell’essere messi in opera nella relazione con l’altro. Non è più un difetto il non potersi identificare in una risposta, in un soggetto che incarna la “verità oggettiva”.

### **La diagnosi transitiva**

Su questa proposta proviamo a sviluppare il tema della diagnosi, rendendo visibili le modalità con cui essa ci sostiene e ci orienta nel processo di conoscenza.

Partiamo dal considerare la diagnosi come una porta, una via d'accesso -dal greco ‘dia’, attraverso-, che permette di accedere, di dar forma ad un processo di conoscenza, ‘gnosis’, conoscere. Ma di quale conoscenza stiamo parlando?

La “diagnosi transitiva” riguarda le transizioni nella vita della persona, i “ponti” tra il suo presente e il suo futuro ed è la fase di pianificazione di un possibile processo di ricostruzione, di reinterpretazione. È designata a comprendere l’esperienza della persona così da far emergere i possibili percorsi lungo i quali cliente e psicoterapeuta possono procedere verso una soluzione del problema del cliente.

Intorno al comprendere vorremmo considerare tre aspetti:

- Comprendere l’esperienza dell’altro significa avere a che fare con la costruzione personale che l’altro ha di sé e del mondo. L’oggetto che il nostro sapere presuppone è la persona ma non la persona in senso assoluto. Comprendere il “sapere di sé” della persona.

- Il comprendere è sempre un attivo interpretare che si circoscrive in una “pratica” -che arriva da una lunga catena di pratiche conoscitive e discorsive- che è per noi una professione di cura e “ri-costruzione della vita sul piano psicologico” (Kelly, 1955/91a/04, trad. it. p. 19). Il comprendere volto a prendersi cura per ricostruire.

- Il comprendere è un’interpretazione, una costruzione che non rimane inavvertita e immotivata ma che viene a sua volta interpretata e costruita da colui che comprende. Questa comprensione è sempre particolare e ha senso solo dentro la propria pratica. Il comprendere prende forma da e nel linguaggio peculiare del proprio sapere.

Come evidenzia Chiari (2009, ottobre): “La comprensione, diversamente dalla descrizione e dalla spiegazione, richiede al clinico l’accettazione della persona del cliente, l’assunzione di responsabilità e permette di fare ipotesi sul disturbo del cliente.” (slide 17). Non solo è impossibile “entrare dentro una persona e guardare il mondo con i suoi occhi” (Kelly, 1955/1991a/2004, trad. it. p. 37) ma questo coincidere non sarebbe più un sapere e non permetterebbe alcuna comprensione. L’interpretazione implica una distanza: “un costruito è l’interpretazione di una situazione; esso non coincide con la situazione che interpreta” (Kelly, 1955/1991a/2004, trad. it. p. 101).

Il linguaggio della PCP è stato formulato per rendere esplicita e più possibile avvertita la natura costruttiva del comprendere. In questa ottica il “porsi a distanza” della nostra compren-

sione, non più visto come una mancanza, viene messo in opera dalla teoria attraverso i costrutti professionali. Kelly sottolinea che il comprendere l'esperienza dell'altro, per noi terapeuti, è sempre un processo di costruzione che può essere portato avanti con accuratezza nella misura in cui ne siamo consapevoli, agiamo con differenze chiare, permesse dalla natura dicotomica dei costrutti, e rendiamo esplicite le costruzioni che ci orientano in questo specifico processo.

Fra i costrutti professionali ci sono i costrutti diagnostici –su cui si articola la diagnosi transitiva- che non hanno tanto la funzione di permettere al terapeuta di distinguere un cliente da altre persone, ma postulano i più importanti modi in cui il cliente può cambiare. La formulazione di ipotesi da parte del terapeuta è l'esito di scelte continue (Kelly, 1955/1991a/2004, trad. it. p. 22) che nel loro succedersi richiedono la disposizione e gli strumenti per esaminare ciò che si è agito professionalmente alla luce di quanto accade nella relazione terapeutica. In questo senso la diagnosi transitiva è anche transitoria: non è mai definitiva ma soggetta a evoluzione e revisione. Il terapeuta torna sulle domande iniziali e verifica se le perturbazioni strategicamente orientate hanno permesso di favorire ed innescare il cambiamento atteso ed anticipato professionalmente nel processo costruttivo del cliente.

### **Entriamo nelle storie: Francesco**

Proviamo ora ad accostarci al tema della diagnosi secondo la visuale fin qui delineata, attraverso la storia -in breve- di un percorso terapeutico.

Qualche anno fa venne da me un uomo sulla quarantina, di nome Francesco. Durante il primo colloquio racconta che un giorno, mentre camminava, vide una siringa per terra e da quel momento, "come un clic", iniziò ad avere paura di contrarre l'HIV. Riferisce di "non vivere più per l'ansia continua di infettarsi": ormai non pensa ad altro e deve sempre assicurarsi che non ci siano siringhe dove poggia i piedi. Dice che "si sente incastrato, senza via di uscita" e che ormai si muove il meno possibile.

Ricordo la sensazione che ho provato con lui durante il nostro primo incontro: mi sono sentita "incastrata", proprio come Francesco, impossibilitata a muovermi in qualsiasi altra strada che non fosse quella del sintomo, un "clic" capitato un giorno qualsiasi, una paura ricorrente e pervasiva, un pensiero da cui non ci si può liberare.

Nei colloqui successivi, favorita la disponibilità di Francesco ad ampliare l'argomento della conversazione oltre al problema presentato, emerge che è "felicamente spostato" ed ha un figlio di 4 anni a cui è "molto legato". Sia lui che la moglie lavorano full time e si "appoggiano troppo" ai rispettivi genitori per la cura del figlio e questo è motivo di disagio. Francesco spiega che "ha sempre fatto da sé" ed "è abituato a risolvere da solo i propri problemi", pertanto decidere di rivolgersi ad una terapeuta non è stato facile. Sente di essere poco di aiuto alla moglie e vorrebbe riuscire a sostenerla molto di più contribuendo maggiormente alla gestione della vita domestica. Anche rispetto al figlio sente di essere "in difetto", di "avere poca pazienza tanto da alzare spesso la voce" e si rammarica di non aver previsto che diventare padre avrebbe implicato così tante "responsabilità". Francesco si aspetta che la psicoterapia lo "liberi" dal pensiero ricorrente che lo assilla per tornare a essere quello che era "prima".

Illustriamo adesso una prima possibile comprensione del caso.

Francesco vive un'esperienza ripetitiva e mancante di prospettiva che evidenzia un blocco del processo costruttivo. È una persona con un sistema di costrutti che appare semplice, poco articolato e con pochi costrutti di ruolo. Alcune costruzioni sono divenute così permeabili da poter leggere tutto in termini di "contagio". Ogni spiegazione sembra appoggiarsi sugli stessi significati senza accogliere nuovi elementi ed elaborazioni. Alcune costruzioni sono molto relative, dunque facilmente invalidabili: "bravo padre", "bravo marito", "bravo figlio".

Ipotizzo che Francesco sia andato incontro ad una transizione colpa rispetto al ruolo di chi è “di aiuto agli altri”, “risolve i problemi da solo” ed è in grado di “prenderci le proprie responsabilità”. La sua anticipazione di poter giocare questo ruolo è andata ripetutamente incontro a invalidazioni dovendo viceversa “appoggiarsi” ai propri genitori e sentendo di non riuscire ad “aiutare” la moglie. La sensazione di minaccia è costante e Francesco vi fa fronte mettendo in atto un processo di costrizione su diversi aspetti della propria vita.

### *Domande che dispongono e orientano*

L’ipotesi professionale così raccontata, pur essendo plausibile e coerente con i presupposti e gli assunti della PCP, appare come “fatta a tavolino”. Descrivere un ruolo nucleare “in poche righe”, come se le modalità ricorrenti di muoversi nelle relazioni con gli altri potessero essere riassunte, se da un lato ci aiuta a costruire l’esperienza del cliente, dall’altro ci espone al rischio di farci guardare al ruolo come a qualcosa “che esiste di per sé”.

Ci imbattiamo nei limiti impliciti dell’uso del linguaggio come se le parole ci indicassero qualcosa di “reale”, di statico, di conclusivo, “qualcosa che spiega tutto”. Quale alternativa abbiamo che ci permetta di tener conto del “potere oggettivante” del linguaggio e assieme di scorgere anche altro? Cosa stiamo facendo quando definiamo un ruolo nucleare o un’ipotesi professionale? In che modo possiamo farne esperienza entro il ruolo terapeutico con il cliente?

Domande che ora riesaminiamo alla luce di quanto detto finora.

Di fronte alla complessità e rilevanza delle implicazioni che si aprono sul tema della diagnosi, spesso ci troviamo a sottolineare, parlando della PCP, che non operiamo una distinzione tra momento diagnostico e momento terapeutico. Ciò nell’intenzione di tenere presente il senso di ciò che stiamo facendo, consapevoli che il muoversi in modo terapeuticamente orientato è lo sfondo da cui non si può prescindere. Accomunati da un medesimo fine, il momento diagnostico e il momento terapeutico emergono nella loro differenza solo internamente alla costruzione che il terapeuta ha del processo terapeutico. La diagnosi non è formulata su altri presupposti e fini e poi declinata per “ricostruire la vita del cliente”, ma prende forma su significati che emergono ed esistono solo in relazione a una possibile elaborazione e soluzione del problema. Terapeuta e cliente si ritrovano coinvolti reciprocamente in un’impresa comune, nel tentativo di prendersi cura, comprendere il disagio e ricercare un cambiamento nell’esperienza del cliente. Solo successivamente, nell’esperienza dell’incontro terapeutico, in modo riflessivo, ognuno ne costruisce i significati, professionali da una parte e personali dall’altra. Entro questa cornice diviene ancora più rilevante tenere in considerazione che l’esperienza comune non può e non deve essere data per scontata, ma che è un fare assieme continuo e cooperativo, di cui il terapeuta deve avere una costruzione professionale. Attraverso il dialogo si co-costruisce uno sfondo di riferimento condiviso, la circostanza in cui le esperienze si possono incontrare, una relazione in cui si apre la possibilità di giocare un ruolo con l’altro. In un certo senso i costrutti diagnostici realizzano il loro significato nell’essere eseguiti nella relazione, sono un supporto dinamico e concreto che ci dispone e ci orienta nell’esperienza con il cliente.

La diagnosi transitiva diviene una scelta elaborativa: il nostro linguaggio specifico, i costrutti professionali e diagnostici ci permettono di rendere visibili le pre-costruzioni da cui partiamo, la direzione verso cui ci stiamo muovendo e le ipotesi che ci orientano. Siamo continuamente dentro scelte e interpretazioni che si traducono in azione, entriamo in un’esperienza attraverso domande che danno vita a ciò che accade in quella relazione, in quel momento secondo una prospettiva. Qualsiasi “intervento”, qualsiasi scelta operiamo nella relazione col nostro cliente, implicano un’ipotesi, un’anticipazione, un modo di vedere l’altro e la sua esperienza ed è a partire da questa pre-comprensione che riusciamo a costruire una comprensione e giocare un ruolo con lui nella relazione: bisogna aver già interpretato per interpretare. La conoscenza è dunque un’esperienza che non si esaurisce mai, che si configura come una possibile

parte di ciò che cerca di conoscere e che è sempre un ri-conoscere in modo nuovo. Ma l'esperienza quotidiana con i clienti ci insegna che pur avendo scelto questa prospettiva, ci allontaniamo, talvolta inavvertitamente, da ciò che stiamo facendo e veniamo presi entro la pratica di parola con il suo potere oggettivante in generale. Come sostengono Chiari e Nuzzo (2010), noi terapeuti possiamo scopirci a pensare che "i clienti sono troppo 'lassi' nella loro costruzione di sé, 'troppo impermeabili' o mostrano 'poca aggressività'" (p. 171, trad. nostra), come se si trattasse di 'tratti' che esistono di per sé, dotati di una realtà propria. L'ipotesi professionale, trattata come "reale", rimane slegata dalla pratica da cui emerge, dall'esperienza che stiamo facendo col cliente, nonché dalla sua esperienza personale.

Tornando a Francesco, non esistono "di per sé" né la "fissa" di Francesco, né l'ipotesi fatta dalla terapeuta; la "diagnosi" ha inevitabilmente a che fare con ciò che terapeuta e Francesco costruiscono, agiscono, sperimentano nella relazione terapeutica.

Riprendendo l'esercizio, riproviamo adesso a guardare alla costruzione professionale, vedendone l'esecuzione, l'aspetto cooperativo e creativo e pensando che non sia mai "già fatta", e che a partire da questa consapevolezza possiamo muoverci in modo responsabile nel nostro sapere e con i nostri clienti.

### *Ed ora torniamo a Francesco*

Qualsiasi mio tentativo di ampliare i possibili significati, ovvero la mia iniziale scelta terapeutica, cade inizialmente nel vuoto: per Francesco sembra avere senso solo parlarci in modo ripetitivo ed insistente della paura di avere l'HIV, della necessità di controllare dove poggia i piedi, dell'assurdità di tutto ciò. Mi chiede spiegazioni ma sento che non è disposto ad ascoltare ciò che potrei dire. In questa fase l'ipotesi che mi muove, le domande che mi muovono, il modo in cui guardo Francesco e l'esperienza che fa, è per certi versi staccato da ciò che lui vive con me e nella sua vita. È come se ognuno di noi rimanesse dov'è senza possibilità di incontro. La mia ipotesi è per certi versi "fatta a tavolino", come se guardassi Francesco e il suo disturbo al di fuori di quello che vivo con lui nella stanza della terapia.

Per un attimo cado nella tentazione di "contrappormi" a quei pensieri ossessivi, proprio come Francesco fa con se stesso quando li vede "assurdi" ed "irrazionali". È una partita persa. Lui vede siringhe, le siringhe sono "contatto", il contatto è "contagio". Punto. Siamo entrambi bloccati.

Francesco non mi porta un'etichetta diagnostica, né io la utilizzo, ma l'esperienza che vivo con lui è simile a quella che potrei fare se costruissi Francesco come una persona affetta da un "disturbo ossessivo". Il sintomo, reso "oggetto", visto come se esistesse in sé, al di fuori della nostra personale esperienza, mi incastra in una rete minuscola di significati, costruiti in modo prelativo, da cui non riesco a scorgere alternative. E non si riesce ad uscire da un modo di raccontarsi angosciante, ridondante, ad imbuto.

Forse è questa esperienza che, lasciandomi impotente ed irritata, mi consente di fermarmi e di chiedermi in che modo quello che vivo possa essere restituito a Francesco e possa consentirci di spostare il piano della nostra esperienza. Per Francesco molte cose erano "ovvie", accettate senza elaborarne il senso. Ho provato ad uscire da ciò che appariva ovvio anche a me: è ovvio che si tratti di un "pensiero assurdo"? È ovvio pensare che se si contrae l'HIV si temano la morte o la sofferenza? È ovvio che Francesco non sappia come mai è andato incontro a tutto ciò? È ovvio che si debba andare a cercare un significato che sta "dietro" il sintomo e che Francesco non sa?

Da queste domande nasce una scelta terapeutica diversa volta ad uscire dal piano della spiegazione e del blocco senza via di uscita per accedere al piano del porsi domande assieme e ampliare lo spazio di comprensione e di esperienza, aprendo a possibilità finora poco esplorate. Mi chiedo e gli chiedo come si sente in relazione a ciò a cui immagina di andare incontro, a ciò



che si sta muovendo nelle relazioni per lui importanti, a ciò che non può più essere portato avanti.

Le domande, che nascono dalle ipotesi diagnostiche, mi orientano nella relazione col cliente e si rinnovano di continuo. Dalle domande si generano nuove domande in entrambi aprendo ulteriori possibilità. L'esperienza vissuta insieme è una forma di movimento, cambia mentre la viviamo, mentre ne parliamo, mentre accade qualcosa tra me e lui. Abbandoniamo il piano della "spiegazione", del "pensiero ossessivo" come qualcosa che sta fuori di noi e di cui ci si deve liberare. Passo dal piano della "costruzione fatta a tavolino", a quello della comprensione, dell'esercizio cooperativo, della costruzione condivisa dei significati. La "diagnosi" mi predispone all'azione, permettendomi di immaginare come muovermi nella relazione con Francesco e di costruire con lui nuovi significati. Riusciamo ad uscire dall'impasse. Ad illustrazione di questo cambio di prospettiva e nel tentativo di trascendere ciò che può apparire "ovvio", riporto un passaggio della nostra conversazione terapeutica:

- T.: "Quando pensa alla possibilità di contrarre l'HIV, cosa teme che le accada?"  
F.: "Ho paura di ammalarmi"  
T.: "E se fosse, cosa la spaventa di più?"  
F.: "Gli altri..."  
T.: "Gli altri?"  
F.: "Sì, la paura di contagiare qualcuno"  
T.: "Mmh..."  
F.: "Ho anche pensato qualche volta di andar via di casa..."  
T.: "Per evitare di contagiare gli altri?"  
F.: "Sì"  
T.: "In altri termini Francesco lei sta dicendo che se contraesse l'HIV, la sua principale preoccupazione sarebbe di contagiare sua moglie e suo figlio?"  
F.: "Sì... (si commuove)"

Nei successivi incontri ha preso forma il tentativo di giocare un ruolo assieme che permettesse di porre in dubbio costruzioni agite e portate avanti nonostante le ricorrenti invalidazioni. Come illustrato nel passaggio di cui sopra, emerge che pensando alla possibilità di contrarre l'HIV l'anticipazione non è tanto quella di soffrire o di morire o di non poter essere più di aiuto se si ammalasse, ma di contagiare le persone a lui care. "Recare un danno" agli altri è ciò che Francesco teme maggiormente. Accediamo adesso con più fluidità al piano delle relazioni in cui Francesco prova a raccontare quanto quotidianamente sia difficile per lui non poter mai sentire di "essere di aiuto", ma anzi, "poco utile", "di peso" o addirittura "dannoso" per gli altri. Il tentativo di tenere in piedi il ruolo di persona "responsabile" (vs persona che può danneggiare gli altri), che Francesco cerca di portare avanti con fatica, evitando il contagio e a sua volta di contagiare gli altri, assume nuovi significati.

- F.: "A volte penso di andar via..."  
T.: "Come si sentirebbe se lo facesse?"  
F.: "Sentirei di non dar fastidio a nessuno"  
(silenzio)  
T.: "Oltre alla possibilità di contrarre l'HIV, c'è qualche altra cosa che la fa sentire così...?"  
F.: "Di peso?"  
T.: "mmhh..."

## Intorno alla diagnosi

F.: “Forse sì... diciamo non riesco a dare un aiuto a mia moglie col bambino... tutto è sulle spalle di lei... da questo punto di vista mi sento di peso”

Francesco può adesso raccontarmi quanto si senta triste, dispiaciuto e in colpa per non riuscire più ad essere quello che ha sempre sentito di essere per le persone a cui vuole bene. Mi parla di quanto possa sentirsi “di peso” rispetto a sua moglie per la quale vorrebbe essere per certi versi un marito diverso, per i suoi genitori su cui sente di gravare, e anche per suo figlio con cui non riesce ad essere il padre che vorrebbe e che si sarebbe aspettato di essere.

La conversazione si sposta, io torno a respirare. E credo anche Francesco.

## Conclusioni

Siamo psicoterapeuti e in questo non dobbiamo mai dimenticare di essere soggetti a una lunga catena di “pratiche” conoscitive e discorsive alla luce delle quali l'esperienza, attraverso la parola, diviene per noi “psicologica”. Non dobbiamo e non possiamo, partendo da questa considerazione, scambiare la catena di eventi interpretativi con “l'oggetto”, nel nostro caso “psicologico”, che non esiste in generale, ma vige entro le circostanze della pratica da cui emerge. Ciò che osserviamo non è dunque “l'esperienza psicologica” che la persona fa ma piuttosto il fatto che per noi qualcosa assume il senso di esperienza psicologica che descrive e spiega l'esperienza del cliente.

La “diagnosi” seppur transitiva, il “disturbo”, sono interni alla nostra pratica. Attraverso i nostri significati diamo forma a un'analisi, una traduzione di qualcosa mai propriamente dicibile, di cui il nostro modo di costruire offre una possibile forma.

Se accettiamo che conoscere sia un “porsi a distanza”, la diagnosi acquisisce il proprio valore in quanto, come supporto materiale, ci permette di porci in modo duplice nel sapere: da una parte ci permette, ogni volta, di ancorare i significati alle domande e ai presupposti da cui partiamo e alla pratica a cui siamo soggetti, dall'altra di non rinunciare al tentativo, sempre parziale e ogni volta ripetuto, di cogliere l'oggetto, di identificarlo nel significato. È il passaggio continuo fra questi due aspetti che ci permette di mettere in esecuzione il nostro specifico sapere con un esercizio che è concretamente attuato attraverso una seconda lettura permessa dalla diagnosi stessa.

Come evidenzia Sini (2009) rinunceremo alla pretesa di avere una verità che possa sussistere fuori dalla nostra pratica solo se vedremo nell'esercizio del circolo ermeneutico una possibilità di conoscenza fruibile, ricca e profonda così da agirla fino in fondo, con coerenza e coraggio. Per quanto possa ancora sembrare strano è il tentativo di comprendere e non il comprendere il fondamento della conoscenza ed è ciò che ci mette nelle condizioni di portare avanti un'azione sensata e fertile, attenta al processo e rispettosa della vita delle persone.

### Riferimenti bibliografici

- Armezzani, M., & Chiari, G. (2014). Idee per una interpretazione ed una elaborazione fenomenologica della teoria dei costrutti personali. Part. 1. Kelly tra costruttivismo e fenomenologia. *Costruttivismi*, 1, 136-149. Disponibile in: <http://www.aippc.it/costruttivismi/numero-2/>.
- Chiari, G. (2009, ottobre). *Fare il punto o tracciare la rotta? La diagnosi in psicoterapia costruttivista*. Relazione presentata al convegno del CESIPc sulla diagnosi in psicoterapia, Padova.
- Chiari, G. (2016). *Il costruttivismo in psicologia e in psicoterapia. Il caleidoscopio della conoscenza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Chiari, G., & Nuzzo, M. L. (2010). *Constructivist Psychotherapy: A narrative hermeneutic approach*. London: Routledge.
- Glaserfeld, E., von (1999). *Il costruttivismo e le sue radici*. Disponibile in: <http://www.oikos.org/voncostrutt.htm>.
- Keeney, B. P. (1983). *Aesthetics of change*. New York, London, UK: Guilford. (Trad. it. *L'estetica del cambiamento*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1985)
- Kelly, G. A. (1991a). *The psychology of personal constructs: Vol. 1. A theory of personality*. London: Routledge. (Original work published 1955) (Trad. it. parz. *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*. Milano: Raffaello Cortina, 2004)
- Kelly, G.A. (1991b). *The psychology of personal constructs, Vol. 2. Clinical diagnosis and psychotherapy*. London: Routledge. (Original work published 1955)
- Maturana, H. R. (1987). The biological foundations of self-consciousness and the physical domain of existence. In E. R. Caianiello (Ed.), *Physics of cognitive processes* (pp. 324-379). Singapore: World Scientific. (Trad. it. *Autocoscienza e realtà*. Milano: Raffaello Cortina, 1993)
- Maturana, H. R. (1997). Il pensiero dov'è. Atti del seminario con Humberto Maturana. *Strumenti per la formazione*, 75-76, 12-31. Disponibile in: <http://oppi.it/categoria-biblioteca/oppidocumenti/>.
- Maturana, H. R. (2006). Self-consciousness: How? When? Where? *Constructivist Foundations*, 1, 91-102.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1987). *L'albero della conoscenza*. Milano: Garzanti. (Lavoro originale pubblicato nel 1984)
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1992). *Macchine ed esseri viventi. L'autopoiesi e l'organizzazione biologica*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, (Lavoro originale pubblicato nel 1972)
- Sini, C. (1999). *L'origine del significato. Filosofia ed etologia. Lezioni universitarie*. Milano: C.U.E.M.
- Sini, C. (2004). *L'origine del significato. Filosofia ed etologia. Figure dell'enciclopedia filosofica. Libro terzo*. Milano: Jaca Book.
- Sini, C. (2009). *Etica della scrittura*. Milano-Udine: Mimesis.
- Sini, C. (2012). *Il sapere dei segni*. Milano: Jaca Book.
- Sini, C. (2013). *Il metodo e la via*. Milano-Udine: Mimesis.

## Intorno alla diagnosi

### Le Autrici

*Giovanna Malangone*, psicologa e psicoterapeuta ad orientamento costruttivista-ermeneutico. Specializzata presso il CESIPc di Firenze, ha successivamente svolto attività di co-didattica presso la sede di Padova. Si occupa di psicoterapia individuale, familiare e di coppia a Feletto Umberto - Udine. Da ottobre 2015 segue i seminari del filosofo Carlo Sini presso l'associazione "Mechri, laboratorio di filosofia e cultura".

E-mail: [malangone.giovanna@gmail.com](mailto:malangone.giovanna@gmail.com)  
<http://www.psicoterapeuta-malangone.it>



*Anna Celli*, psicologa e psicoterapeuta, ad orientamento costruttivista-ermeneutico. Ha svolto attività di co-didattica presso la scuola di specializzazione ad orientamento costruttivista del CESIPc di Firenze. Si occupa di psicoterapia individuale e di coppia a Prato e a Pontassieve. Socio dell'AIPPC e *reviewer* di *Costruttivismi*.

E-mail: [anna.celli@icloud.com](mailto:anna.celli@icloud.com)



### Citazione (APA)

Malangone, G., e Celli, A. (2017). Intorno alla diagnosi. *Costruttivismi*, 4, 138-149. doi: 10.23826/2017.02.138.149