

IL PROCESSO DIAGNOSTICO

Holt¹ afferma che “ogni classificazione, nella psichiatria, come nella medicina o nella biologia descrittiva, è basata sull’assunto esemplificatore che la natura sia particolare ma anche tipica, che gli individui in ogni loro unicità rientrino in tipi definibili e descrivibili. Però, se si guardano da vicino, i contenuti di tutti questi tentativi tassonomici sembrano continui: a un esame ravvicinato i contorni non sono più così netti e si trasformano in sfumature”.

La logica classificatoria ha quindi un valore limitato in quanto tende a ridurre la complessità della realtà psicologica, presumendo che la malattia rappresenti qualcosa di nettamente delimitabile, cioè un fenomeno determinato nell’individuo da un agente patogeno. Sempre Holt ribadisce che questo orientamento è semplicistico e improduttivo perfino sul piano medico; la diagnosi si configurerebbe come l’arte, meccanica e ristretta, di risalire dal sintomo all’agente patogeno, individuando così la malattia.

L’obiettivo del clinico non è tanto quello di etichettare, bensì di capire il più possibile e ampliare gli elementi di conoscenza e comprensione della persona. Per risolvere un qualsiasi problema è necessario “diagnosticarlo” correttamente. Sia che si abbia a che fare con un elettrodomestico difettoso nel suo funzionamento o con una persona che soffre di disturbi o con delle nazioni in conflitto, la via alla soluzione parte dalla conoscenza della natura e delle cause del problema in oggetto².

La diagnosi spesso comporta, o dovrebbe comportare, uno studio sistematico del paziente mediante apposite interviste, test e osservazioni svolte durante varie fasi del processo clinico. Qualsiasi sia la forma in cui avviene, la diagnosi è un processo continuo ed è utile al costante bisogno del clinico di prendere decisioni sullo stato del paziente. Egli, infatti, deve decidere se e come il problema può essere trattato, che cosa accadrebbe se non avesse luogo alcun intervento o se avvenissero particolari mutamenti nella vita del paziente.

Allora la valutazione clinica si configura come il processo mediante il quale il clinico perviene alla comprensione del paziente necessaria a prendere delle decisioni consapevoli. Compito del clinico è descrivere la struttura e la dinamica della personalità del paziente, le sue risorse e le sue debolezze, le pressioni che sono esercitate su di lui e le sue capacità di controllo.

La diagnosi medica

Il concetto di diagnosi, nel Gould Medical Dictionary³ viene inteso sia come “l’arte o l’atto di determinare la natura della malattia di un paziente”, sia come “un’entità specifica” rappresentante la somma totale di numerose espressioni di uno o più processi patologici. In questa logica si può osservare che il processo di conoscenza è piuttosto un processo di ri-conoscimento, che presuppone che esista una malattia, come entità specifica, manifestatesi con i suoi segni nel caso particolare, che va con arte svelata”.

¹ Psicologo, psicoterapeuta, socio dell’Alleanza per la Salute Mentale

Nel Dizionario medico Larousse si legge che la diagnosi “è una distinzione che il medico deve fare tra le diverse malattie delle quali il malato presenta alcuni sintomi: analisi, di conseguenza, delle analogie e dei caratteri differenziali”.

È innegabile un’evoluzione nel concetto di diagnosi nel pensiero medico se leggiamo nel manuale di Medicina generale (Bernabè, Benincasa, Danti)⁴ che “... in medicina generale il processo diagnostico non si limita ad avere il fine scientifico di classificare i pazienti attribuendo i disturbi che essi presentano a un’entità nosologica nota.

È, piuttosto, un evento sociale e negoziale, che si realizza con l’utilizzo di metodologie diverse e complementari rispetto a quelle della medicina specialistica e ospedaliera. Ha lo scopo di ricongiungere, nella ricostruzione di una storia biologica, la visione delle componenti oggettive (patologia) e soggettive (infermità) per definire un piano di lavoro in grado di guidare efficacemente le decisioni terapeutiche.”

Il medico nel compiere il suo processo diagnostico emette almeno tre tipi di giudizio:

- anatomopatologico, costituito da una proposizione relativa ad un’alterazione evidenziabile nel corpo del paziente (ad esempio, stenosi mitralica);
- eziologico, contenuto in una proposizione che identifica la causa della malattia (ad esempio, stenosi mitralica post-reumatica);
- funzionale, che sottolinea la capacità di quel tessuto, organo o apparato, ad assolvere alla propria funzione in relazione ad un determinato standard (ad esempio, stenosi mitralica post-reumatica, in fase di compenso).

Quindi il processo diagnostico della diagnosi medica si presenta come una successione di eventi, tra loro connessi in modo tale che ad ogni tappa vi sia la possibilità di tornare sulla tappa precedente per confermarla o per negarla.

Ciò vuol dire che, una volta pronunciata un’ipotesi di danno anatomopatologico, se il seguente giudizio eziologico non corrobora la prima ipotesi, questa può essere abbandonata in favore di altre ipotesi; lo stesso dicasi per il giudizio funzionale rispetto alle due tappe che lo precedono.

In conclusione, si può riassumere che:

- la diagnosi è un processo che si svolge in un tempo finito e si articola in una successione di eventi tra loro criticamente connessi;
- in essa è fondamentale, in ordine alla presa di decisione, il rapporto tra parti e funzioni sane e parti e funzioni malate;
- prende l’avvio, sul piano concettuale ed operativo, dall’esistenza accertata di entità denominabili come “malattie”.

La diagnosi psichiatrica

Complesse sono le questioni relative all’attendibilità della diagnosi psichiatrica, ad un suo uso nei più vari contesti, alla sua evoluzione in rapporto ad altri sviluppi della disciplina (ad esempio la psicopatologia, la farmacoterapia, la psichiatria sociale, la psicoterapia), al suo tormentato rapporto con il pensiero medico.

Probabilmente non esiste nella letteratura psichiatrica un termine più centrale di “vissuto” e più difficile da intendere, significando sia l’aspetto interiore dell’esperienza vissuta sia la possibilità di conoscerla per comprensione. Il vissuto si presenta come un flusso di eventi unici e irripetibili ed

appare irriducibile ad un linguaggio formalizzato, tollerando unicamente un discorso evocativo e metaforico.

L'opera dello psichiatra che compone la sua diagnosi raccogliendo, elaborando, valutando e classificando i vissuti propri e quelli del paziente, si realizza a condizione di riuscire a confrontarsi con le suddette valenze irrazionali mantenendo una sua "ragione", vale a dire una serie di principi che guidano la sua condotta e ne costituiscono un punto di riferimento.

Questi principi si incarnano in quelle regole spaziali, temporali ed economiche, che fanno da sfondo alle operazioni diagnostiche che ne rappresentano la cornice normativa denominata *setting*. Ciò vuol dire che il luogo della diagnosi (istituzione ospedaliera, carceraria, ambulatorio pubblico, studio professionale ecc.), il tempo della diagnosi (brevissimo, intermedio, ritmato ecc.) e il costo della diagnosi (dalla prestazione assolutamente gratuita a quella fornita dietro pagamento diretto, dalla diagnosi fatta in regime di assistenza convenzionata a quella compensata da un giudice, come in psichiatria forense) imprimono sull'operazione stessa, di volta in volta, uno stigma ben riconoscibile e denso di significati.

La polemica scientifica, comunque, sulla funzione nosografia della diagnosi ha visto, nel tempo, impegnati studiosi di differenti discipline per attaccare e demolire, difendere e ricostruire i principi della ragione nosografia che resta uno dei punti più controversi dell'intera questione.

Ha una sua innegabile funzione (Jaspers)⁵ considerare la nosografia come uno strumento concettuale capace di ordinare ed organizzare determinate entità (le malattie in astratto), allo scopo di poterle conoscere e capire le une in relazione alle altre, rifiutando la ragione nosografia come criterio di assegnazione di determinati pazienti a specifici trattamenti.

Diverso è quindi riconoscere in una persona l'esistenza di una particolare patologia ed altro è decidere un trattamento: nel primo caso si opera un'organizzazione delle "parti malate", definendo la malattia, nel secondo si procede ad una valutazione delle "parti sane", decidendo l'intervento più appropriato. In questa prospettiva la psicodiagnosi diventa quello strumento concettuale ed operativo in grado di articolare i due sistemi della psicopatologia e della psicoterapia.

Se la diagnosi medica può essere denominata come *diagnosi critica*, le connessioni culturali, l'attenzione al vissuto, l'ateoricità della classificazione consentono di definire la diagnosi psichiatrica come *diagnosi fenomenologia*.

La diagnosi psicoanalitica

La diagnosi psicoanalitica si differenzia da altre formulazioni diagnostiche per il suo preciso riferimento ad una teoria della mente umana che si fonda sull'esistenza e sul funzionamento di strutture, contenuti e dinamiche mentali inconsce, che gli vale l'attributo di *diagnosi metapsicologica* (A. Freud)⁶.

Se la diagnosi di "nevrosi ossessiva" in campo psichiatrico viene formulata per la presenza evidente di idee, immagini o impulsi ricorrenti, non controllabili con la volontà, in psicoanalisi la stessa diagnosi rinvia, per esempio, anche a specifici rapporti tra Io, Es e Super-Io, alla costellazione dei meccanismi di difesa tipici dell'ossessione (annullamento, isolamento, formazione reattiva), alle dinamiche edipiche e preedipiche.

Le stesse parole stanno a significare cose diverse o, meglio, tendono ad evidenziare aspetti diversi dello stesso oggetto ed assumono una grande rilevanza nei confronti della decisione terapeutica. Infatti, dal punto di vista psicoanalitico, la decisione di trattamento sta nella posizione di

essere idoneo all'analisi o non esserlo, senza alternative e senza considerare trattamenti terapeutici d'altro genere.

Anche se recenti evoluzioni culturali tendono a modificare questa posizione diagnostica dello psicoanalista, resta la distinzione tra il clinico in generale che “diagnostica e decide” rispetto ad un ventaglio di alternative terapeutiche e lo psicoanalista, tenuto a decidere “sì” oppure “no” rispetto ad un sol tipo di trattamento.

È opportuno, comunque, che chi pratica la professione diagnostica, nel momento della decisione, posseda un bagaglio culturale sufficientemente ampio in termini di indicazioni e controindicazioni verso differenti trattamenti.

Va ricordato che molti psicologi clinici sono di formazione psicoanalitica senza essere psicoanalisti: ciò significa che hanno avuto un percorso formativo centrato sulla propria analisi personale e successivamente “addestrati” in supervisione da analisti o psicoterapeuti di orientamento psicoanalitico, ma non hanno intrapreso l'iter per entrare a far parte come membri della Società di Psicoanalisti.

Nella “quotidianità” clinica spesso si incontrano ottimi clinici di formazione psicoanalitica che si rifanno alla lettura della personalità in chiave psicoanalitica e che sono anche abilitati alla psicoterapia “orientata psicoanaliticamente”. Sono quindi proprio questi psicologi che possono assumere i parametri psicoanalitici nel fare una diagnosi e nell'indicare un possibile intervento, senza per questo decidere se il paziente può essere preso “in analisi” come tipologia di trattamento.

La mente umana segue una tendenza naturale che consiste nel dare un senso alle cose, mettere ordine dove c'è disordine, cercare conclusioni e certezze. Anche la mente del clinico, ascoltando il paziente, non si presenta mai vuota, bensì piena della storia personale, della propria formazione e cultura, delle vicende di tutti i pazienti precedentemente incontrati e di quelle di questo particolare soggetto che ha di fronte a sé.

Dal momento che non è possibile avere una mente completamente libera nell'ascoltare, è importante essere consapevoli di “che cosa ascoltiamo”, cioè a quale costrutto teorico facciamo riferimento nel mettere in ordine i racconti del paziente, perché queste categorie ci siano di aiuto e non attivino “pregiudizi” distorti il lavoro diagnostico.

La psicoanalisi ha dato origine a “quattro psicologie” (Pine)⁷:

- la psicologia delle pulsioni, che sottolinea l'addomesticamento, la socializzazione e la soddisfazione degli istinti;
- la psicologia dell'Io, che fa riferimento allo sviluppo delle difese rispetto al mondo interno, l'adattamento rispetto al mondo esterno e l'esame di realtà rispetto ad entrambi;
- la psicologia delle relazioni d'oggetto, che pone l'accento sul compito di contenere contemporaneamente all'interno di noi (mediante identificazione e relazioni d'oggetto internalizzate) il ricordo della storia delle nostre relazioni significative (che è essenziale per la nostra umanità ed è una base della vita sociale) e, d'altra parte, la necessità di liberarci dal soggiogamento assoluto a quelle relazioni così da poter andare incontro a nuove esperienze a cui rispondere in modo adeguato e attuale;
- la psicologia del sé, che pone infine l'accento sui diversi compiti legati alla formazione di un pieno e differenziato senso del sé (sia distinto che in relazione con l'altro), sullo stabilire il sé come un centro di iniziative e come proprietario della propria vita interiore, e sullo sviluppo di un senso progressivo di valore soggettivo.

Ciascuna di esse assume un punto di vista differente sul funzionamento della psiche umana. Se è vero che per alcuni aspetti le quattro psicologie si sovrappongono, ciascuna di esse aggiunge qualcosa di nuovo alla nostra comprensione teorica, così come ciascuna ha una rilevanza significativa nella situazione clinica.

La diagnosi psicologica

La diagnosi psicologica si qualifica come *psicometria*. Questa denominazione si giustifica perché lo strumento concettuale specifico è la teoria della misura mentale che si traduce nella tecnica dei test.

Nella diagnosi medica, in realtà, si compiono numerosissime operazioni di misura di tipo fisico, chimico e biologico che vengono successivamente organizzate e messe a confronto; in questo senso il modello della diagnosi psicologica assomiglia di più al modello della diagnosi medica che a quelli psichiatrico e psicoanalitico.

In linea generale un test ben tarato fornisce, in quelle dimensioni psicologiche che intende metricamente esplorare, una stima abbastanza precisa “dell’uomo medio”, vale a dire di certi valori o quantità (di intelligenza, memoria, apprendimento ecc.) che fungono da punto di riferimento.

Può essere infatti di grande utilità, in certi casi, sapere con esattezza quanto un soggetto particolare scarti dalla media, in un senso o nell’altro. È anche vero che molti dati possono essere raccolti anche da un colloquio ben condotto. Però se in luogo del problema del rapporto quantitativo di una persona particolare con “l’uomo medio” ci si pone il problema di stabilire, all’interno della persona, il rapporto quantitativo tra parti, allora il test diventa uno strumento assolutamente insostituibile.

Lo psicologo procederà a raccogliere le evidenze psicopatologiche e ad emettere, sulla base di queste, un’ipotesi di terapia; successivamente studiando le “parti sane” del paziente, cercherà, fin che è possibile, le prove dell’idoneità alla terapia ipotizzata e infine esplorerà la motivazione del paziente al trattamento.

Il clinico impegnato nell’azione diagnostica, non potrà, quindi, non conoscere le caratteristiche di base di numerosi interventi psicoterapeutici, vale a dire indicazioni e controindicazioni.

Dovrà conoscere anche quali risorse interiori sono da considerare indispensabili per poter accedere ai vari trattamenti in modo da poterle ricercare nel corso delle operazioni psicodiagnostiche. In base a questi elementi potrà poi fare al paziente la sua proposta terapeutica e incominciare a sondare la motivazione per quella terapia.

Riassumendo le caratteristiche della diagnosi psicologica si può dire:

- che trae fondamento dalla capacità dello psicologo di procedere a operazioni di misura mentale ed è, pertanto, *psicometria*;
- si dispone prevalentemente alla misura delle *parti sane* che possono essere specificatamente utilizzate in una determinata psicoterapia;
- si configura spesso con la proposta di un *programma terapeutico* piuttosto che con l’indicazione di una sola terapia;
- è guidata dal criterio pratico della *fattibilità* al trattamento.

La diagnosi di personalità

La valutazione psicologica ha come suo obiettivo principale quello di costruire un profilo psicologico della persona, attraverso la descrizione delle caratteristiche psicologiche del paziente in riferimento alle diverse componenti della sua personalità.

È compito della diagnosi di personalità chiarire in quale forma e con quale intensità sono presenti le varie dimensioni della personalità e se tra di esse vi sia un rapporto equilibrato o disarmonico. Le domande che il clinico deve porsi possono essere riassunte come segue (Amadei)⁸:

- Quali sono i bisogni prevalenti alla base della condotta del soggetto (ad esempio, autonomia, dipendenza, affermazione, consenso ecc.)? Di che natura sono e che intensità hanno i conflitti di cui è portatore e quali sono le forze in gioco? Quali i desideri e le paure maggiormente presenti (ad esempio, fallire, essere abbandonato, essere invaso dagli altri ecc.)?
- Quanto è strutturata e salda la sua capacità di tener conto della realtà, di percepirla in modo realistico? È in grado di prevedere le conseguenze delle proprie azioni? Quanto è in grado di tollerare le frustrazioni, soprattutto in merito ai bisogni sentiti come irrinunciabili? Quali reazioni abitualmente adotta di fronte agli eventi frustranti? Quali sono e come vengono impiegati i meccanismi di difesa abitualmente utilizzati?
- La persona possiede un senso di sé stabile, ha una identità abbastanza solida o è particolarmente bisognosa di conferme, incerta sui propri modi di pensare e di sentire, vulnerabile?
- Quali sono i progetti, gli ideali che guidano la sua condotta e quali caratteristiche hanno? Sono realistici, adeguati alle capacità o, invece, grandiosi e velleitari? Sono perseguiti con determinazione e realismo o in modo rinunciatario?
- Il senso morale è saldo, ma allo stesso tempo flessibile e realistico? Si presenta eccessivamente rigoroso e severo o, al contrario, scarso, assente, corruttibile?
- Ci sono le capacità di instaurare relazioni affettive, amicali, sociali adeguate e soddisfacenti o queste sono carenti e vengono impostate con modalità disfunzionali nel senso, ad esempio, dello sfruttamento dell'altro o, all'opposto, della sottomissione?
- Quali sono state le esperienze del passato in relazione alla vita familiare, alle relazioni sociali, ai legami affettivi? Ci sono stati eventi traumatici, e come hanno inciso sul percorso evolutivo?

L'insieme delle informazioni così raccolte costituisce la base per tracciare un profilo psicodinamico del soggetto, le cui caratteristiche risultano fondamentali sia per collocare correttamente le manifestazioni sintomatologiche presentate al fine di meglio comprenderle, sia per poter ipotizzare interventi riguardanti il suo futuro (Gabbard)⁹. A seconda poi delle finalità della consultazione, diversa varierà la scelta delle aree ed il modo in cui saranno indagate.

Come già ricordato, ogni indagine psicologica è condizionata dai presupposti teorici che la guidano. Si possono ad esempio tenere presenti maggiormente le manifestazioni osservabili, come disposizioni psicologiche e modelli di comportamento, o gli aspetti psicodinamici, intesi come processi intrapsichici attivi e in interazione reciproca, sottostanti alle condotte manifeste.

In altri casi si può porre l'attenzione invece sulla dimensione inconscia dei processi psichici o su quella consapevole; ancora si può valorizzare la componente cognitiva dell'adattamento o quella affettiva e via dicendo.

A differenza del modello di cura medica, che fa riferimento alle condizioni oggettive del malato e la cui efficacia è legata alla sua effettiva esecuzione, l'intervento psicologico non può prescindere dalla collaborazione del paziente e dalla sua consapevolezza che, nel disagio presentato, lui stesso svolge un ruolo importante, anche se involontariamente.

Pertanto, è importante valutare:

- il grado di consapevolezza della natura psicologica dei suoi problemi (può accadere che un paziente sia inviato dal medico allo psicologo perché ipotizza un'origine psicosomatica dei sintomi fisici, senza però che lo stesso paziente condivida il percorso clinico);
- la sua motivazione ad affrontare la conoscenza di aspetti della personalità che possono spiegare le manifestazioni del suo disagio (come avviene spesso nei minori o di persone inconsapevoli delle proprie difficoltà che sono spinte da familiari);
- il grado di sofferenza soggettiva per le difficoltà che incontra (molte persone pur lamentandosi dei propri sintomi possono non avvertire una sofferenza soggettiva né essere consapevoli di quella che arrecano agli altri);
- le aspettative che nutre nei confronti dell'intervento richiesto (possono essere presenti aspettative magiche ed irrealistiche per ottenere un cambiamento).

La diagnosi sistemico-relazionale

L'osservazione relazionale si propone di evidenziare la singolare impalcatura che ogni famiglia presenta, scandita da quel tempo familiare che le è proprio e che, con il divenire delle generazioni, dà vita ad una complessa architettura, delineata dal passato, dalle generazioni degli avi e da un presente ed un futuro fatti di attese e cambiamenti operati dalle nuove generazioni (Andolfi)¹⁰.

Per Whitaker¹¹ una coppia rappresenta lo sforzo di fondere due culture in una sola ritenendo che il matrimonio sia costituito mediante un contratto tra due famiglie e che esse siano esplicitamente coinvolte non fa nessuna differenza.

Tipica della prospettiva sistemica è quindi una particolare attenzione alla connessione dei molteplici livelli in gioco: l'individuo viene re-integrato nel suo sistema di riferimento e a partire da qui, un livello orizzontale e di contesto, delle relazioni o delle situazioni attuali, si intreccia e si interseca con un livello verticale, storico, delle vicende personali e collettive precedenti, ed entrambi rinviano necessariamente "oltre" il paziente e il suo "qui e ora" di sofferenza.

Nella diagnosi sistemica, a differenza che in quella medica, viene recuperata la dimensione del tempo: passato, presente, futuro ritrovano la loro continuità che non è mai causalistica, ma evolutiva. Sotto questo profilo, la diagnosi sistemica equivale alla ricostruzione di una trama dai molteplici livelli, che è perpetuamente dinamica e che implica un ruolo partecipe e attivo del terapeuta che non può scindere l'atto del valutare da quello dell'intervenire. Ecco perché qui la "diagnosi" diventa davvero "conoscere attraverso", diventa da un lato processo di conoscenza che non può mai ridursi alla valutazione del momento singolo e, dall'altro e al tempo stesso, progetto di cambiamento.

È indubbio che le valutazioni diagnostiche che abitualmente accade di fare in psichiatria, come in medicina, ispirandosi a una tradizione empiristica e positivista, si presentino come procedure "oggettive", che presuppongono un osservatore esterno, distaccato e neutrale, rispetto all'oggetto di osservazione. In queste condizioni, la descrizione proposta dal terapeuta ha l'oggettività dei "fatti": fatti e dati oggettivi sono i comportamenti del paziente, e il paziente stesso finisce per essere oggettivato in una "somma di dati", i sintomi.

Ma questa concezione è oggi in crisi in vari settori della scienza e la crisi nasce dalla consapevolezza che un osservatore interferisce con il campo di osservazione, cioè lo “influenza” e lo “modifica”, nel momento stesso in cui lo osserva. A questa crisi l’orientamento sistemico ha certo dato un importante contributo, specialmente con i suoi più recenti sviluppi epistemologici.

Bateson¹² parlava della psichiatria come “scienza riflessiva”. Laing¹³ trent’anni fa scriveva: “non appena interagiamo con una situazione, abbiamo già cominciato, volenti o nolenti, a intervenire.

A questo punto Onnis¹⁴ si domanda cosa rimane al terapeuta qualora, nella sua diagnosi, non può più descrivere “fatti”, “oggetti” e cose. Di conseguenza non gli rimane che formulare “ipotesi”, interrogandosi su quelle possibili. Relativamente a ciò Onnis ritiene che non sia possibile classificare le ipotesi in “vere” e “false” poiché nessuna ipotesi, per sua natura, può contenere la “verità totale” di problemi complessi come quelli che accadono agli uomini.

La validità di un’ipotesi può, invece, essere verificata in base alla sua efficacia terapeutica, ossia in base alla sua capacità di avviare movimenti di cambiamento. Se, seguendo Bateson, riteniamo che un sistema patologico sia un sistema che ha perduto la capacità di ricevere informazioni perché filtra e seleziona solo i messaggi che sono coerenti con la propria organizzazione interna, il processo di ipotesi ha innanzitutto la funzione di introdurre nel sistema “differenza” nel senso batesoniano, cioè nuove informazioni.

Davanti a un sistema che, ha nella rigidità delle sue “certezze” il fulcro della patologia, è sterile che il terapeuta contrapponga a queste le proprie “certezze”, come avviene con le categorie diagnostiche tradizionali. È invece più utile che, attraverso la formulazione di ipotesi che sono al tempo stesso già “interventi”, il terapeuta attivi nel sistema la possibilità di rimettere in discussione quelle “certezze”.

Un’altra differenza fondamentale con la diagnosi medica è che, mentre quest’ultima precede cronologicamente l’atto terapeutico ed è separata da esso, come è separata dall’oggetto della sua osservazione, la diagnosi in senso sistemico è immediatamente atto terapeutico, è essa stessa intervento, perché non si può diagnosticare senza intervenire. Secondo Laing la diagnosi ha inizio dal momento in cui ci si trova di fronte a una particolare situazione e non finisce mai fino alla fine della terapia.

Dalla diagnosi come “descrizione di oggetti o di fatti” si è dunque arrivati alla diagnosi come “formulazione di ipotesi”, che è una “costruzione di realtà terapeutiche”. Tuttavia, sarebbe più opportuno parlare di “co-costruzione”, perché il coinvolgimento e la co-partecipazione del terapeuta e del sistema al processo è così inestricabile che il processo stesso diventa, in ogni momento, una “costruzione a due”.

Si può concludere affermando che, il terreno privilegiato della diagnosi non è più il paziente, come presunto “oggetto da valutare”, ma diventa l’intero sistema terapeutico nel suo complesso e le modalità con cui di volta in volta, all’interno del sistema, si definisce e si articola la relazione tra il terapeuta e il paziente o la sua famiglia. E sia le premesse sia gli esiti di questo incontro e di questa valutazione reciproca sono assolutamente non programmabili e imprevedibili. Questo perché, come dice Laing, “diverse definizioni generano diverse storie”.

Bibliografia

- 1 Holt R.R., The Past and Future of Ego Psychology, in «Psychoanal. Q.», 44, 4, 550-76, 1975
- 2 Dazzi N., Lingiardi V., Gazzillo F. (a cura di), La diagnosi in psicologia clinica. Personalità e psicopatologia, Cortina Raffaello, Milano, 2009
- 3 Gould Medical Dictionary, Mc Graw Hill B.C., N.Y., 1972
- 4 Bernabe S., Benincasa F., Danti G., Il processo diagnostico, in Caimi V., Tombesi M. (a cura di), Medicina generale, UTET, Torino, 2003
- 5 Jaspers K., Psicopatologia Generale, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1965
- 6 Freud A., The Ego and Mechanisms of Defence, Hogarth, London, 1937 (tr. It. L'Io e i meccanismi di difesa, Martinelli, Firenze, 1969)
- 7 Pine F., Le quattro psicologie della psicoanalisi, in Gli Argonauti, Vol. 45, 1990
- 8 Amadei G., De Coro A., Lang M., Madeddu F., Rizzi P., La comprensione clinico-dinamica del colloquio, Cortina Raffaello, Milano, 2003
- 9 Gabbard G.O., Psichiatria psicodinamica, Cortina Raffaello, Milano, 2002
- 10 Andolfi M., *Manuale di psicologia della famiglia*, Accademia di Psicoterapia della Famiglia, Roma, 2003
- 11 Whitaker C.A., Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia, Astrolabio, Roma, 1990
- 12 Bateson G., *Mente e natura*, Adelphi, Milano, 1984
- 13 Laing D., *La politica della famiglia*, Einaudi, Torino, 1973
- 14 Onnis L., La psicoterapia relazionale o sistemica, in Lalli N., (a cura di), *Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*, Liguori, Napoli, 1999