

Il processo diagnostico

di Emilio Domenico Fava*

[Ricevuto il 27/09/2025
Accettato il 25/11/2025]

Riassunto

In questo articolo, derivato dalla relazione alle Giornate di Studio Franco Fasolo, l'autore affronta il problema delle basi epistemologiche che sorreggono i procedimenti diagnostici, con le loro implicazioni, potenzialità e limiti. Se la diagnosi è uno strumento di lavoro che deve portare a risultati di efficacia è necessario riflettere sui metodi con cui il processo diagnostico si sviluppa e si attua nella pratica. Vengono presi in considerazione, in una prospettiva di integrazione, i metodi della psicoanalisi classica, dei sistemi categoriali/descrittivi e i metodi collegati ai risultati della ricerca empirica.

Parole chiave: Diagnosi, Ricerca empirica, Psicoanalisi, Sistemi diagnostici.

Abstract. *The diagnostic process*

In this article, based on a presentation at the Franco Fasolo Study Days, the author addresses the issue of the epistemological foundations that underpin diagnostic

* Psichiatra, psicoterapeuta. Ex docente di Clinica Psichiatrica (Università degli Studi di Milano) e docente a contratto di Psicopatologia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore. Già direttore Clinica Psichiatrica Universitaria S.C. Psichiatria 4, A. O. Niguarda. Presidente Associazione Gruppo Zoe (via Carroccio, 3 – 20123 Milano); emiliofava@yahoo.it

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 2/2024
DOI: 10.3280/GRUOA2-2024OA22927

GIORNATE FRANCO FASOLO 2025

procedures, along with their implications, potential, and limitations. If diagnosis is a working tool that must lead to effective results, it is necessary to reflect on the methods by which the diagnostic process is developed and implemented in practice. The methods of classical psychoanalysis, categorical/descriptive systems, and methods linked to the findings of empirical research are considered.

Keywords: Diagnosis, Empirical Research, Psychoanalysis, Diagnostic systems.

Il processo diagnostico

Senza una solida base epistemologica e il riferimento alla storia della psicoanalisi e della psichiatria, qualsiasi procedura diagnostica e terapeutica rischia di diventare, per così dire, “fluttuante” e destinata a essere attratta nell’orbita della credenza e dell’ideologia tesa a confermare quei modelli di terapia, succedutisi nel tempo, che ho chiamato “terapie miracolose”, ma che miracolose purtroppo non sono (Fava, 2013). Conoscere e definire i limiti dei nostri sistemi di conoscenza, come felicemente sostenne Nagel al congresso *Psicoanalisi e Metodo Scientifico* (1959) non diminuisce ma aumenta il valore e la precisione delle nostre conoscenze e l’efficacia delle procedure che ne derivano.

In questo articolo prevale un’attenzione alla clinica, in particolare al rapporto tra sistema diagnostico e intervento terapeutico, cioè ai limiti e alle potenzialità degli approcci con cui viene affrontata la sofferenza psichica a partire dalla definizione/valutazione dei problemi alla base della sofferenza stessa: cioè la diagnosi.

La diagnosi è uno strumento di lavoro. La diagnosi, in quanto strumento di lavoro, ci dovrebbe dare le informazioni necessarie per condurre a buon esito un trattamento. L’immagine del paziente che si costruisce nella mente dell’analista, che contiene l’insieme dei suoi bisogni e desideri, delle sue rappresentazioni interne, delle sue organizzazioni difensive, del suo livello di funzionamento strutturale, contribuisce a determinare via via le scelte e gli interventi dell’analista e la qualità della relazione terapeutica. Ma questo modo di intendere il processo diagnostico si differenzia e in qualche modo confligge con l’esigenza di categorizzare (costruire classi di idee o di esseri reali che è propria non solo della nosografia classica, ma anche alla base di costruzioni teoriche di carattere più generale). In psicoanalisi, nell’attualità, l’attenzione sembra circoscriversi prevalentemente alla dimensione individuale e specifica della conoscenza dell’altro all’interno di un processo interattivo che comprende elementi consci e inconsci. La diffidenza degli psi-

coanalisti è giustificata nella misura in cui l'uso schematico dei sistemi categoriali (come i DSM) comporta una sottovalutazione sistematica di modalità di funzionamento individuate dalla ricerca clinica, delle fluttuazioni nel funzionamento mentale nello stesso individuo e di molte altre variabili da cui dipenderanno nel concreto le specifiche scelte (azioni) terapeutiche. Perciò in campo psicoanalitico il termine diagnosi, nella sua accezione nosografica/descrittiva/categoriale, è stato considerato spesso una “brutta parola” (McWilliams, 2011). Tuttavia, è difficile negare l'importanza del processo attraverso il quale si costruisce l'immagine del paziente nella mente dell'analista. Ogden afferma che già a partire dal primo incontro analitico:

«È importante che l'analista tenti in parte di organizzare il suo pensiero in termini diagnostici, sforzandosi di concettualizzare il tipo di lavoro analitico che il paziente richiederà e il genere di difficoltà cui verosimilmente la coppia analitica andrà incontro» (Ogden (1989, pag. 140).

I limiti dei sistemi nosografici-descrittivi-categoriali sono stati anche segnalati dalla ricerca empirica: pazienti con la stessa diagnosi categoriale possono essere profondamente differenti per molte variabili che hanno un significato prognostico, o che possono orientare in modo differente il progetto terapeutico (Norcross *et al.*, 2011, 2018; Laska e Wampold, 2014). Esiste a questo proposito un'ampia letteratura che si incentra sui predittori di pretrattamento relativi alle condizioni sociodemografiche, alle dimensioni di personalità e temperamentali, a costrutti cognitivi, psicodinamici, sociali e relazionali, a variabili biologiche e genetiche (Fava *et al.*, 2016). Tra i fattori più importanti individuati dalla ricerca empirica si evidenzia per esempio la qualità della partecipazione del paziente alla terapia (Orlinsky *e al.*, 1994; Horvath, 2001) che implica aspetti motivazionali, di affinità culturale (Soto *et al.*, 2019), caratteristiche e specificità degli schemi difensivi e di congruenza fra “le teorie private” di paziente e terapeuta alla base della costruzione dell'alleanza di lavoro. Fattori questi tendenzialmente trasversali rispetto a una qualsiasi diagnosi categoriale.

Ma anche le procedure diagnostiche che fanno riferimento ai modi più classici della psicoanalisi presentano notevoli bias. Massimo Vigna Taglianti evidenzia alcuni rischi collegati a un modo di concepire la messa a fuoco dei problemi del paziente, che definisce “deriva agnostica”, la quale nella sua forma radicalizzata comporta inconvenienti che:

«spaziano dall'arbitrarietà delle osservazioni cliniche che vengono “stressate” per avvalorare una determinata ipotesi o posizione teorica, al rischio di punti di vista ermeticamente chiusi, alla conferma narcisistica al posto della capacità di riflessione

auto-critica, alla attenzione verso casi “eccelsi” rispetto ai casi che pongono difficoltà, al rischio di costruzioni e falsificazioni inconsce e infine alla ripetizione e al conformismo nelle discussioni istituzionali» (Vigna Taglianti, 2018, p. 244).

La valutazione diagnostica è anche, per così dire, il “campo di battaglia” tra concezioni teoriche differenti e contrapposte. Nel lavoro pionieristico di Hunter le differenze di interpretazione, alla base delle valutazioni diagnostiche tra analisti, vengono attribuite a un insieme di parti derivate da teorie ufficiali, elementi della propria esperienza clinica e di vita, valori individuali ed elementi transferali e controtransferali (Hunter, 1996). Anche la prospettiva di lettura in cui gli analisti si pongono (traumatica-relazionale, conflittuale-intrapsichica o deficitaria-strutturale) gioca un ruolo nelle interpretazioni della sofferenza del paziente e delle conseguenti strategie di cura (Sabucco *et al.*, 2020). Altre ricerche hanno messo in luce come le convinzioni teoriche incidano sul lavoro analitico e, in particolare come la discrepanza tra le aspettative e le credenze che pazienti e analisti elaborano sulla terapia e l’inflessibilità dell’analista nel pianificare il lavoro di cura, possono influenzare l’esito dello stesso nei termini di una sua conclusione prematura o negativa (Tzur Bitan *et al.*, 2021; Werbart e Levander, 2006; Wile, 1977).

Un contributo alla comprensione del rapporto tra teorie e “fatto clinico” (Bion, 1967)), su cui fondare il processo diagnostico, proviene dal costrutto di “teorie private” (TP; Werbart e Levander, 2006, Philips *et al.*, 2005). Tale costrutto si basa sull’idea che sin dall’inizio paziente e analista sviluppino credenze esplicite e implicite sulla natura, la genesi e le possibili soluzioni della sofferenza psicologica e che queste, con il procedere del lavoro terapeutico e le relative trasformazioni nella visione di sé e delle relazioni, possano modificarsi ed evolvere. Le TP del paziente si collegano a fantasie sulla genesi della sofferenza, sulla gratificazione dei desideri e sul fronteggiamento o evitamento del dolore (Fava *et al.*, 2025, Chichi *et al.*, 2025). Ciò che appare incidere sul processo e sull’esito del trattamento non è tanto la stretta congruenza tra le diverse teorie di analista e paziente, quanto piuttosto la tensione ideale verso una loro progressiva convergenza, così come la presenza, o meno, di interventi da parte dell’analista che sollecitino un dialogo tra le rispettive teorie, in un’ottica di valorizzazione del punto di vista del paziente (Philips *et al.*, 2005; Weiss, 1998; Von der Lippe *et al.*, 2008) e di sintonizzazione reciproca. Si evidenzia così come la collaborazione consapevole e creativa non viene solo considerata nei suoi aspetti razionali e cognitivi, ma come elemento di un processo interattivo complesso che si integri con gli aspetti inconsce e relazionali, che caratterizzano diversi livelli della relazione terapeutica.

Anche altri costrutti fanno riferimento a modelli prototipici di conoscenza alla base delle valutazioni diagnostiche. Il “fatto scelto” di cui parla Bion indica la capacità di collegare singoli elementi (fatti) percepiti prima che strutturati. Per Bion l’espressione “fatto scelto” descrive un’esperienza emotiva in cui avviene un processo di sintesi che l’analista fa, attraverso sentimenti di coerenza e scoperta. Ne *Il gemello immaginario* (1967) Bion chiama “evoluzione” il:

«collegarsi mediante un’improvvisa intuizione, di una serie di fenomeni apparentemente slegati tra loro e che, dopo l’intuizione, hanno assunto una coerenza e un significato che prima non possedevano» (Bion, 1967).

Bion definisce questi fenomeni “fatto scelto”, prendendo questa espressione da Poincaré che nel 1908 la utilizza per spiegare come avviene la formazione di un pensiero creativo all’interno di una ricerca in campo matematico. L’obiettivo è tendere a un ordine in una complessità altrimenti inaccessibile attraverso la coesistenza di prospettive diverse. Qui torna utile recuperare il passaggio tra “fatto” in sé e “fatto scelto”. Prendiamo per esempio Newton che osserva la mela cadere dall’albero (fatto): se molte persone hanno osservato le mele cadere dall’albero, quello che Newton in realtà osserva è che tutte le mele cadono sempre nella stessa direzione (fatto scelto). Da questa osservazione deriverà le sue scoperte. Anche Fleming non si limita a osservare, come molti, che una piastra è danneggiata da una muffa, ma osserva che dove la muffa (*penicillium*) si è sviluppata i batteri in cultura non ci sono più. Le spiegazioni teoriche vengono dopo.

Britton e Steiner (1994) sottolineano come la ricerca e l’apparente emergenza di una congiunzione costante su cui costruire un’ipotesi interpretativa non ci pone al riparo da false piste o fraintendimenti. Britton e Steiner definiscono *overvalued idea* (idea sopravvalutata) quando i pensieri dell’analista che si presentano come fatti prescelti sono in realtà determinati da reazioni difensive dell’analista, dal suo bisogno di confermare le proprie teorie o di tenere lontana l’ansia relativa a un certo materiale. L’*overvalued idea* si configura quindi:

«come rifugio dell’analista o della coppia per mancanza di stabilità psichica in momenti di particolare confusione, un uso improprio delle proprie teorie che da patrimonio si trasformano in aree di non pensiero» (Britton e Steiner, 1994, pp. 1069-78.).

Ritengo infine che si possa condividere l’idea che i punti di vista (*perspective*) e le opinioni di paziente e analista così come quelli tra psichiatri biologisti e psicoterapeuti appartengano al campo delle “credenze” esplicite

e implicite. Potremmo pensare, con Britton (1998), che credere sia un processo mentale inconscio che produce credenze che possono essere poi modificate con relativa facilità oppure costituire dei solidi baluardi al cambiamento. Britton (1998) osserva che nella letteratura psicoanalitica:

«esiste sorprendentemente poco riguardo all'argomento della credenza», tanto più che «è compito quotidiano degli analisti esplorare le credenze conscie e inconscie dei loro pazienti e le proprie» (Britton, 1998, p. 22).

Qual è allora lo statuto della credenza? La credenza può essere considerata come la funzione che conferisce lo stato di realtà alle fantasie inconscie e alle idee. «La credenza conferisce la forza della realtà a ciò che è psichico» (Britton, 1998, p. 23), come la percezione conferisce lo stato di realtà a ciò che è fisico. Ciò che è percepito richiede pertanto una credenza per divenire conoscenza. Credere in qualcosa significa che la si considera vera. In ogni caso: «le nostre reazioni emotive e le nostre azioni non si basano sulla conoscenza, ma sulla credenza» Britton, 1998, p. 23). La scoperta che si tratti di mere credenze, e non di conoscenze, è un atto di emancipazione e una funzione della psicoanalisi.

«Rendersi conto che si tratta di una credenza è un processo secondario che dipende dalla possibilità di guardare alla credenza dall'esterno di essa ed a sua volta dipende dalla capacità dell'individuo e della coppia terapeutica di trovare una posizione "altra" dalla quale osservare la propria credenza» (Britton, 1998, p. 34).

Questa, resa cosciente e riconosciuta come tale, può esser messa alla prova attraverso il confronto con percezioni, memorie, fatti noti e altre credenze e, di conseguenza, *modificata* (Lichtenberg, 2010). Le nostre credenze hanno la qualità di un oggetto psichico, su cui investiamo. Rinunciare a esse diviene così un processo di lutto. Se ogni legame cognitivo estraneo al sistema di credenze esistente nel sé è trattato come un pericoloso nesso a qualcosa di estraneo, allora tale legame può essere attaccato e distrutto (Bion, 1959).

Anche il dato empirico, inteso come il prodotto della ricerca scientifica nel senso paradigmatico del termine, può essere ingenuamente confuso con il "fatto", ma in realtà è il prodotto di procedure ben definite che riguardano sia la scelta dei "fatti" da considerare, sia le modalità e gli strumenti con cui essi vengono interpretati, valutati e standardizzati. In questo modo i risultati degli studi non possono essere considerati se non come parziali, a maggior ragione se vogliamo studiare fenomeni complessi, cioè determinati da molte variabili interagenti. Maggiore è la complessità di un sistema, cioè il numero

di variabili che lo possono influenzare, tanto più gli strumenti della ricerca empirica appaiono limitati a dare risposte definitive, cioè vere, nel senso della prospettiva positivista. Il considerare i limiti della ricerca empirica non toglie tuttavia valore ai risultati degli studi, se correttamente impostati e condotti, adatti a dare conferme/disconferme a credenze teoriche di per sé inverificabili, agendo sulla cintura protettiva di ipotesi verificabili che circondano ogni teoria (Lakatos, 1978) e ad aprire scenari innovativi. La scelta di strumenti di ricerca e valutazione basati sulla operazionalizzazione di costrutti teorici (Brigman, 1927), cioè di indicatori osservabili collegati da norme di correlazione definite con costrutti teorici permette forme di verifica ma anche di esplorazione di sequenze eventi inaspettati. Il concetto di operazionalizzazione, in termini generali, indica la definizione di osservabili che corrispondano a concetti secondo definite norme di correlazione. Permette cioè, di individuare degli osservabili fenomenici che corrispondano a contenuti non immediatamente osservabili, ma teoricamente prevedibili (Nagel, 1967). Infatti, in molti campi, a partire dalla fisica sino alla ricerca storica, l'oggetto della ricerca può non essere immediatamente osservato nella sua completezza, ma "letto" mediante specifici indicatori come segni, tracce e utilizzo di strumenti di rilevazione. L'indicatore non va confuso, come spesso accade, con ciò che è chiamato a indicare. Questo implica la flessibilità nella scelta degli indicatori e la possibilità di ampliare e perfezionare gli indicatori di un determinato oggetto di studio. Per esempio, la valutazione delle variazioni dei sintomi può essere un buon indicatore dello stato di salute mentale, ma non coincide con il concetto di salute mentale in sé che può implicare altre dimensioni come il benessere soggettivo, la capacità di lavorare e la capacità di avere buone relazioni con l'ambiente e con gli altri. I processi di operazionalizzazione inoltre sembrano poter connettere, in una prospettiva pragmatica, indispensabili aspetti di analisi qualitativa a livelli successivi di analisi quantitativa (Leuzinger-Bolheber e Target, 2002). Le metodologie costruzioniste, basate sulla operazionalizzazione dei costrutti ci costringono a tollerare un grado maggiore di imperfezione ma ci permettono di prendere visione di aspetti essenziali del funzionamento umano (Rizzi, 2010). Le ricerche empiriche, con i loro limiti, hanno prodotto ormai migliaia di studi e centinaia di metanalisi confermando in modo significativo l'efficacia delle psicoterapie, il peso della qualità dell'approccio relazionale, l'individuazione di fattori predittivi di esito e nocivi e gli ambiti in cui realizza il cambiamento (Norcross, 2018). Inoltre, ci permettono di considerare quelle caratteristiche individuali (fattori di personalizzazione) che all'interno di categorie più generali differenziano ciascun individuo e i microcambiamenti attraverso i quali si modifica il funzionamento nel tempo. Quindi *il*

contributo della ricerca empirica al processo diagnostico è quello di fornire dati empirici ed elementi di valutazione empiricamente fondati, basati su osservabili, condivisibili, funzionali alla comprensione delle caratteristiche di ogni paziente e della relazione terapeutica in atto. Questi elementi possono integrare, completare, modificare le valutazioni diagnostiche derivate dall'uso degli altri differenti metodi di conoscenza del paziente e della relazione in atto ai fini di una più accurata valutazione diagnostica.

In definitiva, comprendere il funzionamento di un paziente (o di un gruppo) non sembra così semplice: tra teorie ufficiali e private, idee “sopravalutate”, credenze, generalizzazioni improprie derivate dai risultati di studi empirici di esito e di processo, atteggiamenti ideologici e impostazioni epistemologiche sembra di osservare una navicella che naviga tra scogli e deboli fari.

Come uscirne? Come sviluppare la capacità di fare diagnosi in modo condivisibile, utile e funzionale?

Con gli anni è emersa sempre più l'esigenza sentita dai clinici di orientamento psicodinamico di reintegrarsi all'interno di una comunità più allargata, quella delle neuroscienze, della psicologia cognitiva, dell'*infant research*, e infine della ricerca empirica sulle psicoterapie. Un aspetto fondamentale di questa apertura è però, a nostro parere, il riconoscimento contestuale di uno specifico modo di conoscenza che appartiene alla psicoanalisi e che non può essere sostituito da altri, ma integrato. In questo senso dobbiamo fare una distinzione (come suggerisce Nicolò (2018) riprendendo le idee di Widlocher (2003) e di Leutzinger-Bohleber (2002) tra ricerca *in* psicoanalisi e ricerca *sulla* psicoanalisi, indicando in quest'ultimo modo la possibilità di studiare empiricamente ciò che avviene in un percorso di psicoterapia a partire da osservabili come ad esempio le narrazioni di esperienze relazionali (CCRT, Luborsky), gli stili relazionali ripetitivi (SASB, Benjamin, 1974), gli indicatori delle rotture/riparazioni dell'alleanza e altri aspetti fondamentali del processo terapeutico. I concetti vengono così operazionalizzati e valutati empiricamente.

Il rapporto tra questi due modi di conoscere può essere anche concepito come un processo di influenzamento reciproco nei termini di “perturbante cognitivo” (Piaget, 1972; Fava/Mattana, 2017); cioè di una dialettica tra due poli costituiti, da un lato, dai dati prodotti dalla ricerca empirica e, dall'altro, dalle riflessioni basate sull'unicità e specificità dell'esperienza analitica “vista dall'interno”. In modo simile Kächele *et al.* (2000) osservano che:

«in assenza di un sostegno alle proprie asserzioni basato su osservazioni controllate e ipotesi verificabili, la psicoanalisi si priva dal poter costituire quel gioco reciproco

di dati e teorie che ha contribuito in modo così determinante allo sviluppo della scienza» (Kächele *et al.*, 2000, pp. 337-358).

In questo nuovo scenario ci sembra quindi possibile integrare le differenti prospettive in una prospettiva che consideri gli aspetti relazionali, intrapsichici e deficitari del funzionamento di ciascun paziente e le altre variabili, utilizzando sistemi multiassiali di valutazione diagnostica che permettano una visione ad ampio spettro entro cui operare scelte terapeutiche e valutazioni più accurate attraverso degli “anchor points” predefiniti a cui fare riferimento. Sono diversi i contributi che negli ultimi anni hanno visto prendere la scena nel campo della diagnosi in psicoanalisi, basti pensare al PDM, oggi alla sua seconda versione (PDM-2, Lingiardi e McWilliams, 2018), al metodo OPD2 OPD-2-3 (2006, 2026), alla SWAP-200 (Shedler, Westen e Lingiardi, 2014), alla Diagnosi Psicoanalitica di Nancy McWilliams (2011), ma anche alle meno recenti STIPO (Structured Interview of Personality Organization, Kernberg, 1984) e KAPP (Karolinska Psychodynamic Profile, Weinryb, Rössel e Asberg, 1991) al metodo CCRT di Luborskj (1998). Anche sulla scena della psichiatria le posizioni negli ultimi anni non sono più così univoche e arroccate. Basti pensare agli accessi dibattiti (Spitzer e Frances, 2011) che hanno preceduto l’uscita dell’ultima versione del DSM (DSM-5, APA, 2013), ma anche alle revisioni che hanno cominciato a essere apportate.

La caratteristica di questi sistemi e in particolare quelli più dimensionali, come OPD2 e OPD3 (Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata) è la valutazione ordinata, in termini di qualità e quantità, dei funzionamenti in diverse aree di derivazione psicodinamica (come la valutazione di conflitti tra sistemi motivazionali, il ruolo di schemi relazionali appresi (modelli operativi interni), le aree deficitarie nel funzionamento cognitivo e le loro modificazioni, ma anche vari aspetti del contesto psicosociale, motivazionale, culturale che rendono ogni paziente differente dagli altri, variabili queste che sono state evidenziate da studi empirici come importanti fattori di esito. Se gli approcci categoriali hanno una certa utilità negli studi epidemiologici sui grandi numeri e permettono una prima scrematura, frequentemente problematica, nella individuazione dei disturbi e delle caratteristiche di personalità, la prospettiva dimensionale permette di entrare nel vivo del funzionamento mentale in una linea di continuità tra “sano” e “patologico”. Gradi progressivi di riflessione e astrazione sono previsti a partire dalla osservazione/valutazione fenomenica che si pone alla base del procedimento diagnostico e/o di valutazione del cambiamento (cfr. 3 Level Model, Bernardi, 2014; Leuzinger-Bohlemer, 2018) che prevede tre passaggi: la descrizione fenomenolo-

gica dei cambiamenti, l'individuazione delle dimensioni in cui i cambiamenti sono avvenuti e infine l'individuazione di possibili modelli esplicativi. Queste procedure permettono una visione sistematica di aspetti che rischiano di essere trascurati quando emerge il fascino di uno specifico modello teorico preconstituito, di idee sopravvalutate e, in generale, di quelle modalità distorsive che abbiamo cercato di individuare. Da non trascurare infine la possibilità di un confronto tra orientamenti teorici e appartenenze differenti.

Condizione necessaria per un buon uso di questi strumenti, sia nei percorsi formativi che nelle discussioni istituzionali, è che questa via, orientata a favorire la osservazione sistematica e fenomenologica del materiale clinico non assuma a sua volta quelle caratteristiche di rigidità e limitatezza proprie dei sistemi categoriali. Gradi progressivi di riflessione e conoscenza sono necessari a partire dalla osservazione/valutazione fenomenica che si pone alla base (prima fase) del procedimento. Al tempo stesso il riferimento all'apprendere dall'esperienza e al saper riconoscere il "fatto clinico" è patrimonio indiscutibile della "buona" psicoanalisi così come non possiamo prescindere, con cautela, dal patrimonio costituito dalle teorie derivate dalla ricerca clinica e dai dati della ricerca empirica. Un contributo dall'esterno può venire da teorici della competenza. Come tutte le parole chiave il termine "competenza" è ambiguo. Essa:

«implica da un lato la conoscenza, ma dall'altro anche l'abilità cioè la capacità di impiegare le conoscenze in modo da giungere ad una soluzione accettabile» (Friedson, 2001).

Le competenze presentano in parte un carattere formale, che può essere codificato, ma hanno altresì una dimensione tacita, implicita, basata sull'esperienza del momento. Tali competenze vengono apprese come si dice "nella pratica".

«Il sapere e l'agire competenti si manifestano subordinando un insieme di singoli elementi, come indizi e strumenti, al raggiungimento di un risultato di efficienza» (Polanyi, 1994). Per quanto: «La competenza e la conoscenza di base possano essere intrecciate, i loro diversi ruoli nel lavoro impongono di mantenerne ben salda la separazione» (Polanyi, 1994).

In definitiva le diverse forme della conoscenza, che abbiamo a disposizione, dovrebbero potere essere utilizzate sinergicamente per migliorare la qualità delle valutazioni diagnostiche e di processo. I nuovi strumenti diagnostici, su base dimensionale e fenomenologica, possono costituire una polarità di un percorso diagnostico che prevede all'altro estremo la conoscenza

intuitiva, legata all'esperienza del momento e alla definizione del "fatto scelto" nel suo progressivo apparire.

Per finire una piccola storia:

C'erano una volta sei saggi che vivevano insieme in una piccola città.

I sei saggi erano ciechi. Un giorno fu condotto in città un elefante. I sei volevano conoscerlo, ma come avrebbero potuto?

"Io lo so", disse il primo saggio, "lo toccheremo".

"Buona idea", dissero gli altri, "così sapremo com'è un elefante".

I sei andarono dall'elefante.

Il primo gli toccò l'orecchio grande e piatto. Lo sentì muoversi lentamente avanti e indietro. "L'elefante è come un ventaglio", proclamò.

Il secondo toccò le gambe dell'elefante. "È come un albero", affermò.

"Siete entrambi in errore", disse il terzo. "L'elefante è simile a una fune". Egli stava toccando la coda dell'elefante.

Subito dopo il quarto toccò con la mano la punta aguzza della zanna. "L'elefante è come una lancia", esclamò.

"No, no", disse il quinto, "è simile a un'alta muraglia". Aveva toccato il fianco dell'elefante. Il sesto aveva afferrato la proboscide. "Avete torto", disse, "l'elefante è come un serpente".

"No, come una fune".

"Serpente!".

"Muraglia!".

"Avete torto!". "Ho ragione!".

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Benjamin L.S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review*, 81: 392-425.

DOI: 10.1037/h0037024

Bernardi R. (2014). *Three Level Model (3-LM) for Observing Patient Transformations. Psychoanalysis. The Three Level Model*. London: Karnac Books.

Bion W.R. (1959). *Attacks on Linking Second Thoughts*. New York: Aronson, 1967.

Bion W.R. (1967). *Il gemello immaginario. Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970.

Bridgman P.W. (1927). *La logica della fisica moderna*. Torino: Boringhieri.

Britton R. (1998). *Credenza e immaginazione: ricerche psicoanalitiche*. Roma: Borla, 2006.

- Britton R. e Steiner J. (1994). Interpretation: Selected Fact or Overvalued Idea? *The Int. J. of Psycho-Analysis*, 75, 5/6: 1069-78.
- Chichi M.G., Fava E., Margola D., Vai B., Galvano C., Reatto L., Cumia I. e Linciano A.D. (2025). Le Teorie Private di pazienti e analisti: uno studio esplorativo nella fase iniziale del trattamento, *Riv. di Psicoanalisi*, LXXI, 2: 495-509.
DOI: 10.26364/RPSA20250710511
- Colli A. e Lingiardi V. (2009). The Collaborative Interactions Scale: A new Transcript-Based method for the Assessment of Therapeutic Alliance Ruptures and Resolution in Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19, 6: 718-734.
DOI: 10.1080/10503300903121098
- Fava E. (2013). La formazione psicoanalitica dello psichiatra. *Psiche Online*, 1.
- Fava E. (2017). "Intervista a Emilio Fava sulla ricerca empirica in psicoterapia". A cura di: Mattana G., Testo disponibile al sito: <https://www.spiweb.it/ricerca/ricerca-empirica/ricerca-empirica-in-psicoterapia-intervista-a-emilio-fava-a-cura-di-g-mattana/> data di consultazione 04/08/2018.
- Fava E. – Gruppo Zoe (2016). *La competenza a curare: il contributo della ricerca empirica*. Milano: Mimesis.
- Fava E., Chichi M.G., Galvano G.C., Cumia I., Reatto L., Vai B. e Linciano A.D. (2025). L'alleanza di lavoro nella ricerca clinica e nella ricerca empirica: la costruzione di un progetto di ricerca sul campo con il metodo PTI (Private Theories Interview). *Riv. di Psicoanalisi*, LXXI, 2: 511-529.
DOI: 10.26364/RPSA20250710495
- Friedson H. (2001). *Professionalism: The Third Logic*. Chicago, IL: University of Chicago Press (trad. it.: *Professionalismo: la terza via*. Bari: Dedalo).
- Giaconia G., Pellizzari G. e Rossi P. (2000). *Nuovi fondamenti della tecnica psicoanalitica*. Roma: Borla.
- Horvath A.O. (2001). The Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 4: 365-372.
DOI: 10.1037/0033-3204.38.4.365
- Hunter V. (1996). *Psicoanalisti in azione. I modelli teorici e la loro applicazione clinica*. Roma: Astrolabio.
- Kächele H., Krause R., Jones E., Perron R. e Fonagy P. (2000). Psychoanalysis. Report Prepared by the Research Committee of the IPA at the request of the President. *An Open Door Review of Outcome Studies* https://www.ipa.world/IPA_Docs/Open%20Door%20Review%20III.pdf data di consultazione 04/08/2018.
- Lakatos I. (1978). *La metodologia dei programmi di ricerca scientifica*. Milano: Il Saggiatore, 1988.
- Lambert M.J. (2013). *The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy*. In: a cura di: Lambert M.J., Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th ed.). New York, NY: Wiley.
- Laska K.M. e Wampold B.E. (2014). Ten Things to Remember about Common Factor Theory. *Psychotherapy*, 51, 4: 519-524.
DOI: 10.1037/a0038245.

- Levy R.A., Ablon J.S. e Kächele H., a cura di (2012). *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York, NY: Humana Press.
- Leuzinger-Bohleber M. e Target M. (2002). *I risultati della psicoanalisi*. Bologna: Il Mulino, 2006.
- Leuzinger-Bohleber M., Dreher A.U. e Canestri J., a cura di (2003). *Pluralismo e unità? Metodi di ricerca in psicoanalisi*. Roma: Borla, 2007.
- Lichtenberg J.D. (2010). "Old and New Explanations of Therapeutic Leverage". Communication presented at the annual conference of ISIPsÉ, Milano.
- Lingiardi V. e McWilliams N., a cura di (2018). *Manuale Diagnostico Psicodinamico, seconda edizione. PDM-2*. Milano: Raffaello Cortina.
- Luborsky L. e Crits-Christoph P. (1998). *Understanding Transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method*. New York: Basic Books (trad. it.: *Capire il transfert*. Milano: Raffaello Cortina, 1998).
- McWilliams N. (2011). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
- Nagel E. (1967). *Psicoanalisi e metodo scientifico*. A cura di: Hook S., Torino: Einaudi.
- Nicolò A.M. (2018). La ricerca come sfida per lo psicoanalista. *Riv. di Psicoanalisi*, 2: 225-238.
DOI: 10.26364/RPSA20180640225
- Norcross J.C. e Lambert M.J. (2011). Psychotherapy Relationship that Work. *Psychotherapy*, 48, 1: 4-8.
DOI: 0.1037/a0022180
- Norcross J.C. e Lambert M.J. (2018). Psychotherapy Relationships that Work III. *Psychotherapy*, 55, 4: 303-315.
DOI: 10.1037/pst0000193
- Ogden T.H. (1994). The Concept of Interpretative Action. *Psychoanalytic Quarterly*, 63, 2: 219-245.
- OPD Task Force (2006). *OPD-2 Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. Manuale per la diagnosi e la pianificazione del trattamento*. Milano: FrancoAngeli, 2009.
- OPD-2 Task Force (2009). *OPD Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. Manuale per la diagnosi e la pianificazione del trattamento*. A cura di: Conte M., Fava E.D., Ferrari A., Papini S.P. e Zuglian P., Milano: FrancoAngeli.
- Orlinsky D.E., Grawe K. e Parks B.K. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy: Noch Einmal. In: Bergin A.E. e Garfield S.L., Eds. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4th ed., New York: Wiley.
- Papini S.P. e Fava E.D. (2019). L'integrazione nella valutazione diagnostica dei fattori terapeutici correlati agli esiti: Il sistema di diagnosi psicodinamica operazionalizzata (OPD-2). *Ricerca Psicoanalitica*, XXX, 1: 37-55.
- Philips B., Werbart A. e Schubert J. (2005). Private Theories and Psychotherapeutic Technique. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 19: 48-70.
DOI: 10.1080/02668730512331341573
- Piaget J. (1972). *L'equilibrizzazione delle strutture cognitive*. Torino: Boringhieri.
- Polanyi K. (1967). *La conoscenza inespresa*. Roma: Armando, 2018.

- Rizzi P. (2010). Una storia di metodi: qualitativo verso quantitativo e l'analisi del discorso. In: a cura di: Del Corno F. e Rizzi P., *La ricerca qualitativa in psicologia clinica: teoria, pratica, vincoli metodologici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Sabucco G., Fava E., Agazzi A., Riva E., e Schweizer K. (2020). L'ecclettismo consapevole: una ricerca al Centro Milanese di Psicoanalisi. *Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi*. wwwcmp-spiweb.it
- Shedler J. (2012). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. In: Levy R.A., Ablon J.S. e Kächele H., Eds., *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-based Practice and Practice-based Evidence*. Humana Press/Springer Nature: 9-25.
DOI: 10.1007/978-1-60761-792-1_2
- Shedler J., Westen D., Lingiardi V., a cura di (2014). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.
- Soto A., Smith T.B., Griner D., Rodriguez M.D. e Bernal G. (2019). Cultural Adaptations and Multicultural Competence. In: Norcross J.C. e Wampold B.E., Eds., *Psychotherapy Relationships that Work*. Vol. 2. New York: Oxford University Press.
- Spitzer R.L. e Frances A. (2011). Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5. Intervista. Si apre il vaso di Pandora: le 19 peggiori proposte del DSM-5. *Psicoterapia e scienze umane*, 2: 247-262.
DOI: 10.3280/PU2011-002007
- Stern B.L., Caligor E., Clarkin J.F., Critchfield K.L, Hörz S., MacCornack V., Lenzenweger M. e Kernberg O.F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample. *J. of Personality Assessment*, 92, 1: 35-44.
DOI: 10.1080/00223890903379308
- Tzur Bitan D., Ben David T., Moshe-Cohen R. e Kivity Y. (2021). Patient-Therapist Congruence and Incongruence of Process Expectations During Psychotherapy. *Psychotherapy*, 58, 4: 493-498.
DOI: 10.1037/pst0000410
- Vigna-Taglianti M. (2018). I gruppi di ricerca sulle trasformazioni nel processo analitico. *Riv. di Psicoanalisi*, 64, 2: 239-252.
DOI: 10.26364/RPSA20180640239
- Von der Lippe A.L., Monsen J.T., Rønnestad M.H. e Eilertsen D.E. (2008). Treatment Failure in Psychotherapy: The Pull of Hostility. *Psychotherapy Research*, 18, 4: 420-432.
DOI: 10.1080/10503300701810793
- Wampold B.E. (1997). Methodological Problems in Identifying Efficacious Psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 1: 21-43.
DOI: 10.1080/10503309712331331853
- Weinryb R.M., Rössel R.J. e Asberg M. (1991). The Karolinska Psychodynamic Profile. I. Validity and Dimensionality. *Acta Psychiatr. Scand.*, 83, 1: 64-72.
DOI: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb05513.x.
- Weiss J. (1998). Patients' Unconscious Plans for Solving their Problems. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 33: 411-428.
DOI: 10.1080/10481889809539259

- Werbart A. e Lavander S. (2006). Two Sets of Private Theories in Analysands and Their Analysts: Utopian Versus Attainable Cures. *Psychoanalytic Psychology*, 23, 1: 108-127.
DOI: 10.1037/0736-9735.23.1.108
- Widlocher D. (2003). Prefazione. In: a cura di: Leuzinger-Bohleber M., Dreher A.U. e Canestri J., *Pluralismo e unità? Metodi di ricerca in psicoanalisi*. Perugia: Borla, 2007.
- Wile D.B. (1977). Ideological Conflicts Between Clients and Psychotherapists. *American J. of Psychotherapy*, 31, 3: 437-449.
DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.1977.31.3.437