

Sentirsi esistente e stare al mondo a certe condizioni. La diagnosi riletta secondo una prospettiva psicoanalitica relazionale

Laura Corbelli, Francesca Piazzalunga***

SOMMARIO. – Questo articolo rivisita il concetto di diagnosi in psicoanalisi da una prospettiva relazionale, cercando di superare le tradizionali interpretazioni che la vedono come un’operazione riduzionista e medicalizzate. La diagnosi viene ridefinita non come una categorizzazione statica, ma come un processo dinamico e co-costruito che si dispiega all’interno della relazione terapeutica. L’articolo considera il processo diagnostico come strumento euristico e narrativo, piuttosto che come un’etichetta fissa, riconoscendo che i sintomi sono espressione degli sforzi che una persona nella sua unicità mette in atto per esistere e dare un significato al mondo. Un’esperienza clinica illustra come la consapevolezza del terapeuta della propria soggettività e del proprio coinvolgimento sia essenziale nel dare forma allo spazio terapeutico. Il caso di Marina, una donna che affronta ansia, pensieri ossessivi e traumi relazionali, rivela come l’intuizione diagnostica evolva attraverso la creazione di significato condiviso, piuttosto che etichettarla in categorie predefinite. Il suo percorso illustra la diagnosi come un atto interpretativo continuo, radicato nel campo relazionale, sensibile al contesto e parte di una nuova lettura di sé.

Parole chiave: diagnosi, clinica psicoanalitica, psicoanalisi.

Il nostro contributo mira a offrire una visione complessa della diagnosi che, spesso, in campo psicoanalitico, tende ad essere vista all’interno di un processo riduzionistico e di etichettamento della sofferenza.

Diagnosi in psicoanalisi entra a far parte, per forza di cose, di ciò che si muove dentro la relazione analitica. L’aspetto manualistico, o prototipo di

*Psicologa e Psicoterapeuta SIPRe; Docente di Psicopatologia alla Scuola di Psicoanalisi della Relazione (SIPRe) sede di Parma, Italia; Referente per lo sportello ‘Gioco Responsabile’ dell’Ente di Stato dei Giochi della Repubblica di San Marino; Direttrice della rivista *Ricerca Psicoanalitica*; Già Presidente Ordine degli Psicologi della Repubblica di San Marino. E-mail: laurac@omniway.sm

**Psicoterapeuta e Supervisore SIPRe; Psico-oncologa presso la Divisione di Oncologia Medica, Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano; Docente di Psicopatologia presso la Scuola di Specializzazione in Psicoanalisi della Relazione, Milano, Italia.
E-mail: francesca.piazzalunga@gmail.com

riferimento, proposto dai sistemi classificatori non ne è che la punta di un contesto più ampio che a breve esploreremo.

È noto che lo scetticismo e la diffidenza che si muovono nel mondo psicoanalitico, non solo per gli strumenti diagnostici, ma per l'idea stessa di diagnosi, sono connessi spesso a una difficoltà nell'identificare, inserire e infine anche districare il lavoro diagnostico nella relazione analitica con il paziente. Questo complesso sistema muta anche in relazione alla prospettiva psicoanalitica teorica da cui si osservano l'uomo, i suoi accadimenti e il declinarsi delle forme di esistenza pensate come 'normali' o propriamente patologiche.

Ben sappiamo che la patologia e la sua definizione diagnostica altro non sono che il modo che quell'essere umano ha trovato per sentirsi esistente. La loro comprensione e la loro narrazione sono momenti unici che nessuna teoria o posizione nosografica possono contenere già. Nella prospettiva che intendiamo sostenere è essenziale far dialogare il modello psicopatologico, e la sua ricaduta diagnostica, con un approccio e una cultura che guardino alla sofferenza del paziente: ciò permette di non cadere nella rete delle considerazioni sviluppate in merito a cosa è patologia, e quindi mancanza e perdita e cosa sia normalità e quindi consuetudine e regola condivisa.

Un noto equivoco che ha reso il diagnosticare terreno alieno agli psicoanalisti – qualcosa di 'brutto' (McWilliams, 2011) e da respingere – è quello di aver accostato il lavoro diagnostico alla diagnosi medica. Sebbene, infatti, il punto di partenza del lavoro clinico possa essere costituito da segni e sintomi, questo non implica (e meno che mai nei tempi attuali) un'equivalenza nella visione delle cose. Se diagnosi per etimologia è 'conoscere attraverso', il processo del diagnosticare ha un valore euristico che consente di esplorare i differenti modi che la sofferenza dell'individuo assume e di associarla a quel soggetto, alla sua personale capacità di organizzare e dar significato alla sua esperienza, rispetto a cui lo psicoanalista non può che fare diagnosi.

Il possibile riconoscimento di una qualificazione (ad esempio: DOC, ansioso, depresso, ecc.) si costruisce e dipana tramite la formulazione del caso (intesa come descrizione narrativa sistematica delle caratteristiche psicologiche del paziente a partire dalla sua storia di vita) e apre la strada alla comprensione della funzione che tale situazione (DOC, ansia, depressione, ecc.) ha per il soggetto, alle sue ragioni e motivazioni soggettive e intersoggettive, coscienti e non coscienti che ne motivano la presenza.

Questo porta già all'impostazione di un tipo di lavoro terapeutico a cui analista e paziente accedono, avendo a disposizione modalità che fungono da strumento-guida e che permettono all'analista di provare a leggere non solo il Soggetto che ha davanti, ma anche se stesso come Soggetto, con tutto ciò che anima il rapportarsi a quel paziente.

Come detto, è inverosimile non trovarsi con un'idea che prova a dire chi

è il paziente seduto davanti a noi, è quindi pressoché impossibile non avere un'idea diagnostica; anzi, il rischio maggiore arriva quando questo sguardo resta implicito e dal sottosuolo guida il ragionamento analitico.

Quella che nel contesto clinico viene chiamata 'diagnosi implicita' è qualcosa che sperimentiamo anche nel quotidiano. Ogni essere umano, per il solo fatto di entrare in relazione con l'altro, attua un meccanismo immediato: ovvero costruisce la rappresentazione dentro di sé del modo di essere dall'altro, funzionale a guidare il proprio comportamento verso di lui, riflettuto o meno, e a interpretare e dar senso all'agire proprio e altrui nei rispettivi confronti. Questo meccanismo guida la direzione dei sentimenti emergenti e la previsione di futuri comportamenti e aspettative.

Il pensiero implicito che sostiene queste credenze è un processo inevitabile, funzionale nella quotidianità alla regolazione reciproca. Nella clinica questo stesso processo spontaneo deve divenire strumento consapevole, oggetto ed elemento di lavoro. È ampiamente documentato e dimostrato infatti che l'affidarsi alla 'diagnosi intuitiva', al buon senso o peggio ancora al proprio sentire non riflettuto, equivalga a uno stare davanti ad un libro senza saper leggere, arrogandosi la capacità di saper far dire all'altro cosa racconta il libro. Non guardare alla relazione analitica o il credere di non far diagnosi, non solo sono un'illusione (in quanto dotazione naturale dell'essere umano), ma si configurano come prospettive dannose per il paziente e per il terapeuta stesso (*cfr.* su tutti il lavoro di Dazzi *et al.*, 2009).

Prendendo a modello una metafora di Fontana (2017), l'effetto di una buona diagnosi è inizialmente quello di fornire un tracciato ben più profondo della mera indicazione del nome del mare in cui si sta per navigare: costituisce al contrario una mappa in cui iniziare a orientarsi e a cui è possibile tornare soprattutto nei passaggi più difficili della terapia, quando il procedere sembra difficile, disorientante o confuso. La mappa però è una mappa e non coincide con l'effettiva navigazione: sono necessarie ad esempio l'analisi delle correnti, l'aggiustamento dei dati e la consultazione delle condizioni meteorologiche per poter far emergere, implementare, e a volte anche solo immaginare, il passo successivo: esse avvengono e sono visibili seduta per seduta.

Lo specifico dell'approccio diagnostico psicoanalitico appare sempre di più essere quello di riportare il soggetto al centro della formulazione diagnostica, basata, come cercheremo di dire anche successivamente, sulla capacità dello stesso di essere l'agente attivo che organizza la sua esperienza e di avere, nel far questo, i suoi motivi profondi (significati) e le sue modalità (mezzi). Parafrasando Westen *et al.* (2006, p. 87), conoscere i sintomi ha senso se si conosce la persona che li abita e, aggiungiamo noi, li abita attivamente. Questo perché l'espressione sintomatologica che un paziente ci porta non fa solo da ospite nella casa del Soggetto, ma viene organizzata e

mantenuta attivamente secondo scopi e significati che dicono del Soggetto e sono del Soggetto in uno scambio continuo tra crisi ed evoluzioni.

Lo specifico del processo diagnostico degli approcci psicoanalitici relazionali è dato, in aggiunta, dal riconoscimento dell'importanza del ruolo del terapeuta e del suo modo di partecipare, che si pone come ulteriore e prediletto veicolo favorente il processo terapeutico. Quello che diventa significativo è il 'come' leggiamo questi movimenti interni del terapeuta. L'essere Soggetto dell'analista si pone al pari dell'essere Soggetto del paziente, con significati e storie uniche e personali.

Uno studio interessante (Colli *et al.*, 2014) hanno messo in luce come l'orientamento teorico del terapeuta non influenzi i sentimenti (intesi come risposte emotive) che emergono in risposta al disturbo portato dal paziente. Pare che queste risposte siano più o meno uguali per tutti. Quello che cambia è l'attribuzione di significato al motivo per cui emergono certi disturbi e la decisione sull'agire successivo dopo averle individuate.

Il prendere in considerazione la posizione intersoggettiva anche nella diagnosi non lascia mai sullo sfondo le caratteristiche individuali di ciascuno Soggetto; al contrario ne rinforza l'importanza enfatizzando il ruolo attivo e l'autonomia che caratterizzano l'individuo, data l'imprescindibilità delle transazioni con l'altro e con l'ambiente. L'interazione, il racconto e la sua interpretazione si configurano in questo senso come il punto d'intersezione di due soggettività (Stanghellini e Rossi Monti, 2009).

In altri termini, la soggettività fa sì che l'individuo addivenga a una stabilità strutturale funzionale (che si traduce in modalità abituale nel sentire, interpretare, comportarsi, ecc.) che si riorganizza continuamente all'interno della relazione, fornendo nuovi modi di presentare quegli stessi 'soliti' aspetti. La concezione dell'individuo come unitario, referente e creatore d'esperienza, in costante relazione col suo ambiente consente il generare di risorse per ulteriori e imprevedibili sviluppi (Fontana, 2017; Minolli, 2009; Oyama, 1998; Sander, 2002; Tricoli, 2017) e contribuisce a inquadrare la diagnosi come lettura e come parte costruttiva del processo, nelle molteplici dimensioni creative del lavoro in seduta.

In aggiunta, il 'conoscere attraverso' proprio del diagnosticare, porta con sé anche il vantaggio rassicurante di un procedere temporale: se da un lato risulta meno tranquillizzante sentirsi coinvolti con la propria soggettività e rinunciare alla comodità del già conosciuto, soprattutto quando si deve tollerare l'essere al buio, dall'altro, l'aver una chiave di lettura e una mappa sono compagni a cui tornare verso la messa a fuoco di una nuova chiarezza per procedere nel lavoro terapeutico (Fontana, 2017; Tricoli, 2018).

Mentre le altre specie viventi si adattano alla realtà in maniera istintuale, è specifico dell'essere umano farlo guidato dai propri significati, rinnovando continuamente i propri equilibri auto-eco organizzatori (La Moigne, 2007; Maturana e Varela, 1980). Il processo analitico consente la continua messa

in discussione della chiusura in sé, anche tramite la relazione, per un'acquisizione dialettica verso l'appropriazione di sé come soggetto agente e autoconsapevole (Minolli, 2009; Tricoli, 2017).

La coppia analitica permette un nuovo processo di significazione di sé e dell'altro secondo i modi propri di ciascuno dei due. I momenti di arresto e di avanzamento devono coincidere con nuove riformulazioni diagnostiche del funzionamento e dei significati che abitano il mondo del terapeuta e del paziente in quel dato momento e che diverranno strumento di significato per ricche possibilità evolutive future.

Una concezione psicoanalitica della diagnosi è, quindi, necessariamente dinamica e interseca sempre il tema del cambiamento. È utile ricordare che non sono le parole che danno forma al nostro pensiero, ma è il modo in cui vengono utilizzate. Lo stesso possiamo dire del diagnosticare, che mai viene dato come atto unico e che prende forma dal mettere insieme la trama dei dettagli e degli spezzoni a cui il paziente ci permette di partecipare; senza dimenticarci che solo in parte possiamo conoscere e comprendere il mondo dell'altro.

A questo proposito, un esempio clinico, che mette in evidenza la lettura 'diagnostica' del processo anche dalla parte del terapeuta, potrà aiutarci a chiarire quanto sopra esposto.

Vignetta clinica

Incontro Marina per la prima volta nel momento in cui sta per finire un dottorato negli Stati Uniti. È una donna di 40 anni e nella vita fa la storica dell'arte. Nei nostri primi incontri l'attenzione di Marina non è sul presente, se non per quella tesi di dottorato che sa di dover iniziare a scrivere; i suoi racconti e le sue emozioni sono rivolte al passato, agli anni in cui è cresciuta in un piccolo paese nella provincia di una grande città. Nelle prime sedute mi racconta di essere figlia unica; durante l'adolescenza i genitori si separano e questo contribuisce a creare un isolamento relazionale in cui si sente immersa già da tempo. In particolare, e con una certa intensità e fatica, ricorda di essere stata una bambina bullizzata, si sentiva diversa dai suoi compagni, più riflessiva e introversa. Veniva spesso derisa, persino ridicolizzata, come quella volta che in piscina un compagno le aveva abbassato il costume davanti a tutti. La trama più dolorosa per lei, però, non è tanto quello che accadeva a scuola o durante i pomeriggi in piscina; quanto il suo sentirsi invisibile agli occhi della sua famiglia. Nessuno a suo dire si accorgeva della sua inquietudine, non la madre che inquadra velocemente come *patologicamente depressa*, né il padre più affettivo e stabile, ma in realtà assente dalla vita di famiglia, forse, come ipotizza Marina, per tenersi lontano dalla depressione della moglie. È proprio il desiderio di appartenenza

che la porta durante il liceo a entrare nei Testimoni di Geova. La descrive come un'esperienza iniziale di grande sollievo, all'improvviso si è ritrovata con un genitore buono e presente, che si occupava di lei, che le diceva cosa fare e cosa pensare, chi frequentare e chi rifiutare, e lei vi aderiva completamente.

Ascolto le varie sedute in cui Marina si racconta all'interno del gruppo dei Testimoni di Geova pensando a come apparentemente questa immagine così passiva di lei – "*bastava seguire le indicazioni*" – strida con la carta di identità che desidera usare oggi: quella di una donna indipendente e orgogliosa del suo funzionare da sola. Il desiderio di frequentare l'università sarà l'elemento di rottura con questo mondo. Marina si ritrova sola, ma la ricchezza viva degli anni universitari compensano la perdita e il cambiamento profondo.

Nelle parole di Marina quello che la porta nello studio di un'analista è qualcosa che non riesce a scacciare dalla sua strada e che la ostacola nel sostenere il paesaggio perfettamente funzionante che vorrebbe definire attorno a sé. È l'ostacolo dell'ansia, quella stessa ansia che sentiva di avere qualche anno prima durante il suo primo periodo negli Stati Uniti. All'epoca si era trovata schiacciata dalle cose da fare e dalle prestazioni da raggiungere; i suoi colleghi stranieri le erano sembrati molto più preparati di lei e questo, unito al fatto di trovarsi in una città straniera senza riferimenti, aveva contribuito a farla sentire sola e non in grado di sostenere quell'esperienza all'estero. Nelle parole di Marina si sente la disperazione che deve aver raggiunto in quel momento di forte spaesamento, arriva a raccontare di giorni interi in cui si trascinava senza meta, in preda a una forte angoscia; all'epoca l'unico pensiero che riusciva temporaneamente ad alleggerirla era pensare che avrebbe potuto farla finita, buttandosi sotto una delle macchine che vedeva passare in strada. L'aiuto le arriva da un consulente scolastico che le alleggerisce il programma di studio e che permetterà a Marina di rintracciare nuovamente le sue risorse. Probabilmente anche su di me la fantasia di ricoprire il ruolo di un consulente ha esercitato inizialmente la sua attrattiva; eliminare lo stato di sofferenza di un paziente, e quindi anche di Marina, facendo in modo che chi lo sta attraversando ne sia in qualche modo sollevato, è una tentazione che non possiamo sottovalutare. Per ridurre il rischio di restare su una dimensione che vede l'incertezza come qualcosa da eliminare e la sofferenza come qualcosa da sistemare, mi sono dovuta accorgere della seduzione che stava esercitando su di me la sicurezza di avere Marina come brava paziente (sempre in orario, nessuna seduta saltata, esplicitazione diretta dell'utilità del nostro spazio...) e questo le ha dato spazio per esprimere la fatica del lavoro di analisi, superando il timore che il toccare questi aspetti potesse diventare un elemento di conflitto nella nostra relazione. Al contrario, questo confronto si è rivelato uno strumento di

elaborazione per non convalidare la visione di un'esistenza ferita che, esposta all'altro e al mondo, debba essere protetta e tutelata.

Al suo rientro in Italia, Marina conosce Marco, un ingegnere di 15 anni più giovane di lei, con cui abbastanza velocemente inizia una relazione stabile. Ci sono alcune preoccupazioni che riguardano la differenza di età, la paura del tradimento, ma la coppia funziona e inizia una convivenza. Durante la sistemazione di alcuni scatoloni nella casa materna, Marina trova delle vecchie fotografie di famiglia e inizia a ricordare la presenza di una figura ambigua, forse una baby-sitter, che era stata allontanata improvvisamente.

Marina passa diverse settimane sullo stesso tema, riprende a sentirsi completamente assorbita dalla madre e dagli anni in cui bambina era vittima di bullismo, ipotizzando anche un approccio fortemente ambiguo da parte di questa figura femminile che per un periodo aveva frequentato.

In una seduta particolarmente concitata, Marina fa un *lapsus* e l'abuso della baby-sitter diventa l'abuso della psicologa. Mi sono chiesta se in qualche misura io abbia forzato Marina verso una strada non completamente sua, come se le avessi chiesto di funzionare secondo un mio modo di vedere e valutare la sua vita; al tempo stesso sentivo di poter riconoscere la fatica che deve aver provato nel non sentirsi pienamente riconosciuta come vittima di un abuso, non quello reale, ma quello della posizione impotente che stava sostenendo attraverso il racconto delle esperienze passate e che io in qualche modo le chiedevo di toccare. Forse era questo il maltrattamento che temeva di star vivendo? Marina si sente invasa: da Marco che occupa i suoi spazi e la impegna in una relazione, dalla depressione della madre e dal fatto di essere la sola a doversene occupare, dalla terapia, che in qualche modo la spinge a stare dentro tutto questo.

Il tema dell'abuso si impone e arrivano pensieri terribili, Marina arriva in seduta terrorizzata, racconta di pensare che potrebbe prendere un coltello e accoltellare Marco, o che mentre dorme potrebbe soffocarlo con un cuscino. Anche in macchina mentre lui guidava ha sentito come l'istinto di prendere il volante e schiantarsi. Come conseguenza, Marina non riesce più ad entrare in cucina, perché terrorizzata dal prendere in mano un coltello, la notte cerca di stare immobile, temendo che ogni movimento sia il preludio di un'azione aggressiva. Arriva a chiedersi se dentro di sé non si nasconda un *serial killer*.

Qual è l'abuso di cui Marina si sente vittima? C'è una parte di lei incline a subire l'altro e chiedere all'altro di riparare i torti subiti. È quasi impossibile lasciare andare questa identità, toccherebbe ribaltare la prospettiva e rovesciare il mondo, un mondo in cui non sarebbe Marina a essere la vittima, ma sarebbe la sua impotenza a farla sentire tale.

Marina, alle prese con il suo mettere le mani dentro il suo crescere e cambiare, smascherando e affrontando i passaggi in cui la passività e la

delega all'altro cercano di riprendere la scena, nel tentativo disperato di ritrovare il controllo della sua vita, diventa colei che aggredisce, come un carnefice, se non altro nei suoi pensieri. Vedere Marina in preda all'esplosione di pensieri ossessivi impulsivi mi ha addolorata, ma non mi ha spaventata; sentivo di avere un nome per quello che Marina stava attraversando che mi ha permesso di conoscerne la natura, ma soprattutto sentivo di avere un'idea del perché Marina lo stesse attraversando, un passaggio obbligato per andare avanti, non senza l'intensità del soffrire. Marina era spaventata dai suoi pensieri e ha cercato di arginare questa paura evitando di esporsi a quello che poteva alimentare questi momenti: non entrava in cucina perché temeva di prendere i coltelli, doveva stare lontana dai cuscini perché temeva di usarli per soffocare Marco. Penso, quindi, dopo qualche seduta in cui sento lo stesso registro di angoscia, di proporre a Marina di parlare con uno psichiatra per aggiungere un aiuto farmacologico che possa allentare la presa di questi pensieri, non perché siano pericolosi o segno di follia, come lei teme, non per mettere un coperchio su quello che sta accadendo, ma per abbassare quel tanto la fiamma da permetterci di seguire la rivoluzione che si sta muovendo dentro di lei. Marina accetta positivamente di confrontarsi con uno specialista, perché sente che questi pensieri e la preoccupazione che ne deriva stanno invadendo tutto il suo spazio con un'intensità che la consuma. Lo psichiatra che le suggerisco prescrive a Marina un farmaco che lei prenderà per qualche mese; le manifestazioni ossessive si placano e Marina costruisce un percorso di avvicinamento e comprensione di quello che le è accaduto. Il percorso che abbiamo seguito sostiene Marina nel passare dallo spavento del sentirsi *matta* e diversa dagli altri, al dare cittadinanza a quello che ha avvertito, provando a riconoscere maggiormente le fatiche affrontate durante il Covid con l'isolamento nella piccola casa di Marco, il prendere le misure dentro la sua relazione e il vedere Marco come la sua famiglia. Riflettiamo insieme sul fatto che quello che ha attraversato con la presenza della terapia e del farmaco sono cose sue, non c'è un esterno che impatta a prescindere da lei. Marina concorda e afferma di non sentire più l'eco dell'abuso e dell'essere vittima degli eventi, non perché gli eventi in sé non si siano verificati, ma perché trova spenta la funzione che hanno assunto.

Marina soffre e questa sofferenza è fatta di spinte che la portano a smantellare un certo modo di stare al mondo, ma smontare e attraversare il guado è un'esperienza di dolore e vuoto; sai più o meno a cosa stai rinunciando, ma non sai ancora come è fatto quello che di nuovo può arrivare. Non sai non tanto cosa farai, ma chi sei in questo passaggio e questo apre al timore di morire, di non esistere più. Il vuoto e la paura della fine sono legati alla perdita della sicurezza e all'accorgersi della profonda esperienza di solitudine che si attraversa quando ci si accorge di essere soli nelle scelte e

nelle espressioni della propria vita. Non nel senso depressivo del termine, ma nel senso creativo: solo io posso muovere i fili e le spinte della mia strada; sono solo mie le gambe che possono reggere le cadute, le trasformazioni e le spinte dell'andare avanti rinunciando a cercare l'altro come risolutore e conferma del mio esistere e andare bene nel mondo.

L'insieme di questi eventi porterà Marina ad affrontare la madre: in occasione di un confronto sui fatti della baby-sitter, Marina, convinta che la madre non si fosse accorta di nulla come per il bullismo e le sue fatiche di quel periodo, intuisce in realtà che fosse consapevole e per questo avesse fatto allontanare la ragazza. Questo evento fa da miccia e sposta qualcosa nella percezione di Marina. Prova da una parte rabbia verso una madre incapace di esprimere vicinanza, per anni trincerata dentro la sua depressione, ma prova anche sollievo nel capire che in qualche modo la madre c'è stata, che si è accorta di un pericolo seppure gestito parzialmente.

Marina riesce a vedere la madre come poco capace, non nei suoi confronti, ma nella sua vita in generale. Inizia a fare spazio a un'immagine diversa, non una madre depressa che non riesce a vivere la sua vita e che ha costante bisogno di aiuto, ma vede una donna che ha scelto di non occuparsi fino in fondo del suo stare male, aspettandosi solo aiuto e riconoscimento da parte degli altri. Descrive questa nuova visione con un'immagine: mia madre non porta più il pigiama a righe. E forse anche lei.

BIBLIOGRAFIA

- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 102-108.
- Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F. (2009). *La diagnosi in psicologia clinica*. Milano: Cortina.
- Fontana, M. (a cura di) (2017). *La diagnosi e le sue implicazioni nella clinica psicoanalitica*. Roma: Fioriti.
- La Moigne, J. R. (2007). I tre tempi della modellizzazione dei sistemi: entropico, antropico, teleologico. Trad. it. in *Ricerca Psicoanalitica*, 18(3), 283-298.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1980). *Autopoiesi e cognizione*. Trad. it.: Venezia: Marsilio, 1985.
- McWilliams, N. (2011). *La diagnosi psicoanalitica*. Seconda edizione. Trad. it.: Roma: Astrolabio, 2012.
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della Relazione*. Milano: Franco Angeli.
- Oyama, S. (1998). *L'occhio dell'evoluzione. Una visione sistemica della divisione tra biologia e cultura*. Trad. it.: Roma: Fioriti, 2004.
- Stanghellini, G., & Rossi Monti, M. (2009). *Psicologia del patologico*. Milano: Cortina.
- Tricoli, M. (2017). Il sintomo: da indice di malattia a espressione di un soggetto unitario. *Ricerca Psicoanalitica* (Franco Angeli), 28(3).
- Tricoli, M. (2018). *Il processo della supervisione psicoanalitica*. Roma: Fioriti.
- Westen, D., Gabbard, G. O., & Blagov, P. (2006). *Ritorno al futuro. La struttura di personalità come contesto per la psicopatologia*. In: Dazzi, Lingiardi, Gazzillo (a cura di) (2009). *La diagnosi in psicologia clinica*. Milano: Cortina, Cap. 7, 87-122.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Albasi, C. (2009). *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Milano: Cortina.
- Seligman, S. (2005). Le teorie dei Sistemi Dinamici come meta inquadramento della psicoanalisi. Trad. it. (2018) in *Ricerca Psicoanalitica*, 18(3), 309-346.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 5 maggio 2025.

Accettato: 9 giugno 2025.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2025

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2025; XXXVI(s1):1042

doi:10.4081/rp.2025.1042

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.