

Psicoterapia dei disturbi alimentari

Il modello relazionale integrato
per l'inquadramento e l'intervento

A cura di Francesco Greco

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Psicoterapia dei disturbi alimentari

Il modello relazionale integrato
per l'inquadramento e l'intervento

A cura di Francesco Greco

FrancoAngeli

PSICOTERAPIE

Progetto grafico della copertina: Elena Pellegrini

Immagine di copertina: Camilla Pozzi

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

ISBN: 9788835189046

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.

Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

I link attivi presenti nel volume sono forniti dall'autore. L'editore non si assume alcuna responsabilità sui link ivi contenuti che rimandano a siti non appartenenti a FrancoAngeli.

Indice

Gli Autori	pag.	9
Introduzione , di <i>Francesco Greco</i>	»	10
 Parte I		
1. Da una diagnosi categoriale a una diagnosi esplicativa , di <i>Jacopo Stringo, Antonino La Tona, Agostino Brugnera,</i> <i>Angelo Compare</i>	»	19
1.1. Inquadramento nosografico ed epidemiologia dei di- sturbi alimentari	»	22
1.2. L'importanza della diagnosi differenziale: tra cate- goria e funzionamento	»	26
2. L'approccio Cognitivo-Comportamentale , di <i>Teresa</i> <i>Manoli, Silvia Cerea</i>	»	31
2.1. Cenni storici	»	31
2.2. L'approccio Cognitivo-Comportamentale e i processi di mantenimento dei sintomi	»	33
2.3. L'approccio Cognitivo-Comportamentale per i disturbi alimentari: il modello transdiagnostico	»	38
2.4. Implicazioni per la formulazione del caso e l'interven- to clinico	»	44
3. Il contributo del Cognitivismo Post-Razionalista , di <i>Eleonora Zini, Silvio Lenzi</i>	»	46
3.1. Il modello psicopatologico Post-Razionalista	»	47

3.2. Metodologia di intervento terapeutico e formulazione del caso	pag.	53
3.3. Il contributo del Post-Razionalismo alla psicoterapia dei disturbi alimentari	»	56
4. Il contributo dell'Evoluzionismo , di <i>Camilla Pozzi, Francesco Greco</i>	»	61
4.1. La Teoria Evoluzionistica	»	61
4.2. I Sistemi Motivazionali Interpersonali	»	64
4.3. I Sistemi Motivazionali Interpersonali nel dialogo clinico	»	68
4.4. Il contributo dell'Evoluzionismo alla psicoterapia dei disturbi alimentari	»	71
5. Teoria dell'Attaccamento e rappresentazioni del sé , di <i>Greta D'Orsi, Agostino Brugnera, Francesco Greco</i>	»	78
5.1. Cenni storici	»	78
5.2. Dai pattern di attaccamento alla costruzione dei Modelli Operativi Interni	»	82
5.3. Rappresentazioni del sé, corpo e regolazione emotiva	»	85
5.4. Attaccamento e rappresentazioni del sé nei disturbi alimentari	»	88
6. L'approccio Sistemico nei disturbi alimentari , di <i>Chiara Comi, Martina Fusar Imperatore, Giada Sempione</i>	»	92
6.1. Introduzione	»	92
6.2. La svolta di Bruch: dall'intervento individuale all'attenzione al sistema familiare	»	94
6.3. Selvini Palazzoli e l'approccio Sistemico Relazionale	»	95
6.4. Minuchin e l'approccio strutturale	»	96
6.5. I modelli di intervento familiare	»	97
7. La formulazione del caso in ottica integrata , di <i>Barbara Poletti, Luca Pievani, Angelo Compare, Francesco Greco</i>	»	103
7.1. Formulazione del caso clinico	»	104
7.2. La diagnosi di funzionamento	»	108
7.3. La diagnosi esplicativa	»	110
7.4. Fattori personali e sociali	»	111
7.5. Restituzione della formulazione del caso e definizione degli obiettivi terapeutici	»	114

Parte II

8. Una proposta di modello integrato per la psicoterapia dei disturbi alimentari , di <i>Camilla Pozzi, Francesco Greco</i>	pag. 117
8.1. Il razionale del modello e la proposta di una mappa concettuale	» 117
9. Il lavoro sull'alleanza terapeutica , di <i>Camilla Pozzi, Greta D'Orsi, Francesco Greco</i>	» 124
9.1. Le difficoltà relazionali nei disturbi alimentari	» 124
10. Stabilizzazione della sintomatologia e lavoro sui processi di mantenimento , di <i>Camilla Pozzi, Greta D'Orsi, Francesco Greco</i>	» 133
11. Lavoro su significati personali e sulle relazioni interpersonali , di <i>Camilla Pozzi, Eleonora Zini, Francesco Greco</i>	» 142
11.1. Focalizzazione e riordinamento dell'esperienza immediata appartenente al repertorio attuale	» 144
11.2. Ricostruzione della storia affettiva	» 148
11.3. Ricostruzione della storia di vita	» 150
11.4. Il lavoro sulle relazioni interpersonali	» 151
12. Le rappresentazioni del sé e il lavoro sull'integrazione , di <i>Francesco Greco, Camilla Pozzi</i>	» 152
12.1. La Compassion Focused Therapy	» 156
12.2. Il Chairwork	» 157
13. L'immagine corporea: costrutti e tecniche di intervento , di <i>Roberta Covezzi, Pietro Grenzi, Greta D'Orsi</i>	» 161
13.1. Schema corporeo e immagine corporea	» 161
13.2. Alterazione dell'immagine corporea: disagio, insoddisfazione, disturbo	» 165
13.3. Le influenze socioculturali	» 167
13.4. La valutazione dell'immagine corporea	» 169
13.5. Trattamento delle alterazioni dell'immagine corporea	» 170
Riferimenti bibliografici	» 178

Gli Autori

Agostino Brugnera: PhD, psicologo, Professore Associato di Psicologia Clinica e Psicosomatica presso l'Università degli studi di Bergamo.

Silvia Cerea: psicologa, psicoterapeuta, ricercatrice presso il Dipartimento di Psicologia Generale, Università degli Studi di Padova.

Chiara Comi: psicologa, psicoterapeuta sistemico, PhD, dirigente psicologo presso il DSM-D dell'ASST Bergamo Ovest.

Angelo Compare: PhD, psicologo, psicoterapeuta, Professore Ordinario di Psicologia Clinica e della Salute presso l'Università degli studi di Bergamo. Responsabile del servizio di psicologia del Centro Diagnostico Italiano.

Roberta Covezzi: psichiatra, psicoterapeuta, responsabile del centro DCA - AUSL di Modena.

Greta D'Orsi: psicologa, psicoterapeuta in formazione presso la Scuola di Psicoterapia Integrata, ricercatrice presso I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele, Milano.

Martina Fusar Imperatore: psicologa libero professionista, specializzanda in psicoterapia sistemica.

Francesco Greco: psicologo, psicoterapeuta, specialista ambulatoriale presso il centro DCA - AUSL di Modena. Docente presso le Scuole di Psicoterapia Integrata di Bergamo, Milano e presso l'istituto M.IN.D di Saronno.

Pietro Grenzi: psichiatra, centro DCA - AUSL di Modena.

Antonino La Tona: PhD, psicologo, assegnista di ricerca presso Università degli Studi di Bergamo, specializzando presso Scuola di Psicoterapia Integrata.

Silvio Lenzi: psichiatra e psicoterapeuta, Socio Didatta della Società Italiana di Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, Direttore della Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva.

Teresa Manoli: psicologa e psicoterapeuta, esercita presso lo Studio di Psicoterapia Cognitiva - Bologna, socio corrispondente della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC).

Luca Pievani: psicologo, psicoterapeuta, direttore didattico della Scuola di Psicoterapia Integrata, Professore a contratto di Psicologia Clinica e della salute presso l'Università degli studi di Bergamo.

Barbara Poletti: PhD, psicologa, psicoterapeuta, docente di Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Milano, direttore didattico della Scuola di Psicoterapia Integrata. Coordina il Servizio di Neuropsicologia e Psicologia Clinica presso l'IRCCS Istituto Auxologico Italiano di Milano.

Camilla Pozzi: psicologa, psicoterapeuta a orientamento Cognitivo-Costruttivista, Bologna.

Giada Sempione: psicologa libero professionista, specializzanda in psicoterapia sistemica.

Jacopo Stringo: PhD, psicologo, candidate presso Università degli Studi di Bergamo, specializzando Scuola di Psicoterapia Integrata.

Eleonora Zini: psicologa, psicoterapeuta a orientamento Cognitivo-Costruttivista, Bologna.

Introduzione

di *Francesco Greco*

Negli ultimi anni l'interesse per l'inquadramento e l'intervento dei disturbi alimentari (DA)¹ è cresciuto esponenzialmente. Abbiamo molti dati epidemiologici sulla distribuzione geografica, sui fattori socioculturali, sull'influenza dei media. Recentemente la ricerca in psicologia clinica si è sforzata di offrire informazioni preziose sulle variabili psicologiche che influenzano l'esordio dei disturbi alimentari come perfezionismo, standard elevati, immagine corporea e tanto altro. Inoltre numerosi lavori oggi suggeriscono che il gold standard per il trattamento delle fasi acute è di tipo multidisciplinare, cioè eseguito da équipe composte da psicoterapeuta, medico internista, dietista e psichiatra/neuropsichiatra infantile (Nizzoli, Melchionda, Tarrini, 2013; Comi, Monzani, 2023).

Questi traguardi, insieme ad altri dati, rendono l'intervento molto più efficace rispetto al passato, con trattamenti che arrivano in alcuni casi a estinguere la sintomatologia attiva quasi completamente, per poi avere la possibilità di lavorare sugli aspetti personologici e sulla prevenzione delle ricadute.

Nonostante ciò, il trattamento dei disturbi alimentari resta uno degli interventi più complessi da attuare, specialmente nell'area della psicoterapia, che rimane sempre molto eterogenea, con molti approcci diversi, ognuno dei quali tenta di focalizzarsi su alcuni aspetti a scapito di altri.

Nel volume verrà presentato un lavoro di integrazione di alcuni approcci che nel tempo hanno provato a dare risposte efficaci a problemi specifici, con l'obiettivo di generare un trattamento capace di sequenzialità e ricorsività dei vari contributi psicoterapici, in un'ottica integrata.

1. Per semplicità frequentemente useremo questo acronimo (DA) per riferirci ai disturbi alimentari.

Gli approcci qui selezionati e approfonditi provengono da tradizioni cliniche talvolta molto diverse ma che hanno un elemento fondamentale in comune: immaginano il “sé” (qui inteso come le forme implicite ed esplicite del senso di identità) come un prodotto per lo più intersoggettivo, quindi animato dalle relazioni interpersonali.

Tale premessa è importante perché spiega quale sarà la cornice di riferimento nella quale proveremo a integrare i vari approcci, in un modello che resta ancorato al concetto di relazione e alleanza terapeutica.

Al fine di rendere il volume più fruibile è stato scelto di dividerlo in due parti: nella prima parte verranno approfonditi i contributi teorici selezionati sulla base della loro specificità, mentre nella seconda parte ci concentreremo sull'intervento e sulle sue implicazioni pratiche.

Come il lettore noterà, ogni contributo della prima parte è stato organizzato rispettando la seguente suddivisione:

1. cenni storici e teoria generale dell'approccio in esame;
2. elementi specifici su cui si concentra l'approccio;
3. focus dell'approccio sui disturbi alimentari.

Tale suddivisione è stata pensata per offrire al lettore delle basi storiche, metodologiche e tecniche per comprendere al meglio la scelta degli interventi che saranno illustrati nella seconda parte. Non è escluso che qualche lettore, specialmente più esperto, possa trovare nelle parti generali dei vari capitoli informazioni che già conosce. Tuttavia crediamo che, soprattutto per il lettore meno esperto, sia fondamentale un accenno sui principi, anche storici, che caratterizzano un approccio, al fine di offrire una lettura di senso e non una mera elencazione di tecniche di cui magari non si conoscono le origini e gli scopi per cui sono state pensate e strutturate.

Più nel dettaglio, il **primo capitolo** si concentrerà sull'analisi epidemiologica e sulla classificazione categoriale, dimensionale e di funzionamento dei più frequenti² disturbi alimentari, al fine di illustrare lo stato dell'arte sulle diagnosi e sui dati di ricerca. La scelta di inserire questo come punto di partenza è stata suggerita dall'idea che sia importante avere il quadro generale di una certa condizione psicopatologica in termini di classificazione e ricerca, per meglio comprendere le differenze tra una valutazione categoriale e una valutazione funzionale nei disturbi alimentari.

2. Nel volume verranno considerati in generale i disturbi alimentari intesi come condizioni psicopatologiche che compromettono il rapporto con la propria immagine corporea e conseguentemente con il cibo. Per ragioni di spazio è stato scelto di focalizzare le riflessioni e alcuni esempi su condizioni con maggior incidenza (anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating). Tale scelta non esclude dalla riflessione generale molte altre condizioni (meno frequenti) per le quali ben si adatta il modello proposto.

Nel **secondo capitolo** vi sarà un breve excursus storico sulle origini del Cognitivismo, su come vengono inquadrati i disturbi alimentari e quali sono i principali strumenti di intervento di questo approccio, che basa la concettualizzazione e l'intervento su processi cognitivi e di mantenimento della sintomatologia. Successivamente verrà introdotta l'evoluzione della CBT e si illustrerà come si è passati da una visione di terapia cognitiva classica (o standard) a un'ottica Costruttivista/Post-Razionalista, fino alle terapie di terza ondata.

Il **terzo capitolo**, appunto, sarà dedicato al Cognitivismo Post-Razionalista Costruttivista, nel quale verranno discussi i principali temi che il Costruttivismo affronta, allo scopo di offrire una lettura strutturale della persona, comprenderne i significati personali e utilizzarli per processare il cambiamento.

Nel **quarto capitolo** approfondiremo i principi dell'evoluzionismo applicati alla psicoterapia, grazie alla trattazione preziosa della Teoria Evoluzionistica della Motivazione (Liotti, Fassone, Monticelli, 2017), con il focus su come si costruisce e si ripara l'alleanza terapeutica. In questo contributo gli autori hanno riportato le conoscenze provenienti dalla letteratura scientifica grazie alle quali è possibile ipotizzare un collegamento tra il funzionamento motivazionale della mente e alcune attività del cervello (come ad es. il ruolo del nervo vago nella modulazione dell'arousal).

Alla base dell'intero lavoro vive l'idea che ogni intervento e tentativo di comprensione debba essere *Attachment Informed*, ovvero tener conto di tutti i postulati della teoria dell'attaccamento e di come essa spieghi la formazione di pattern comportamentali, ma soprattutto la costruzione di rappresentazioni mentali strutturate sulla base delle esperienze relazionali precoci. A questo tema è dedicato il **quinto capitolo**.

Il **sesto capitolo** si focalizzerà sulla visione Sistemica dei DA e su come questa si è evoluta nel corso dei decenni, passando da teorie embrionali sui modelli familiari a concezioni più evolute e complesse. Nella trattazione saranno discussi i principali modelli teorici che hanno contribuito a conoscenze strategiche per l'intervento sui DA, come l'invischiamento, l'identità, la separazione/individuazione e l'emotività espressa (EE). Eccezionalmente questo capitolo presenterà una rassegna dei principali modelli di intervento, poiché questi non saranno specificatamente oggetto della trattazione nella seconda parte del volume, sebbene le preziose conoscenze ottenute da questo approccio siano implicitamente considerate in ogni intervento proposto.

Nel **settimo capitolo** verrà esposta la formulazione del caso in ottica integrata, grazie alla quale il clinico può avere informazioni dettagliate dei diversi domini significativi per il paziente e costruire l'intervento su misura, senza rinunciare alle evidenze scientifiche.

La **seconda parte** del volume sarà dedicata alla pratica clinica. È importante specificare che questa seconda parte non ha la pretesa di essere esaustiva nel descrivere la miriade di interventi possibili nei vari domini, ma piuttosto si pone l'obiettivo di offrire al lettore, attraverso degli esempi, degli spunti di riflessione sui principi che guidano il lavoro psicoterapico in momenti e fasi diverse della terapia.

Più nello specifico, verrà descritto nell'**ottavo capitolo** un modello generale di intervento che tenga conto delle tipiche aree problematiche da trattare durante la psicoterapia dei disturbi alimentari, associate ai principi che guidano i diversi approcci illustrati nella prima parte. Lo schema proposto nel presente lavoro non vuole essere protocollare, ovvero un trattamento strutturato da seguire pedissequamente, ma al contrario vuole essere una mappa concettuale capace di orientare il clinico nelle varie fasi dell'intervento, dandogli l'opportunità di cogliere, di volta in volta, le aree tematiche che sta trattando con il paziente, allo scopo di riflettere su possibili ostacoli, implementare tecniche o attingere da approcci diversi, al fine di risolvere eventuali impasse.

Da qui in poi l'organizzazione dei capitoli resta fedele alla strutturazione del modello generale presentato in precedenza. Tuttavia è importante sottolineare che, nonostante la sequenzialità (cioè l'organizzazione gerarchica) proposta sia frutto di lunghe riflessioni e abbia per noi un senso clinico, il modello è anche ricorsivo, ovvero prevede una certa mobilità tra gli elementi di cui è composto. Questo perché nei disturbi alimentari troviamo livelli di compromissione molto differenti, con conseguente necessità, talvolta, di anticipare l'implementazione di un intervento postulato come successivo, agendo in modo sintonizzato con la necessità del paziente.

Da qui, come anticipato, i contributi avranno un taglio pratico, con breve descrizione dell'area tematica in oggetto ed esempi di casi clinici commentati.

Il **nono capitolo** sarà dedicato all'applicazione dei postulati teorici provenienti dalla psicologia clinica e dalle neuroscienze legati all'alleanza terapeutica e alle difficoltà che si possono riscontrare nel costruirla, prevenirne e ripararne eventuali rotture in condizioni psicopatologiche egosintomiche come i disturbi alimentari.

Abbiamo poi ritenuto importante inserire nel **decimo capitolo** quegli interventi sulle funzioni cognitive che in alcune situazioni diventano provvidenziali, come ad esempio il lavoro sui pensieri intrusivi e sui condizionamenti comportamentali, elementi che talvolta impediscono il procesamiento metacognitivo, facendo ridondare il paziente nei loop sintomatici.

Nell'**undicesimo capitolo** abbiamo tentato di applicare i fondamentali contributi del Costruttivismo a quello che crediamo sia il "core" del lavoro

psicoterapico nei disturbi alimentari, cioè il lavoro sui significati personali attraverso l'applicazione del repertorio di questo approccio.

Il **dodicesimo capitolo** sarà dedicato agli interventi sulle rappresentazioni del sé e su come tali rappresentazioni, conseguenti perlopiù alle relazioni primarie (nei più giovani ancora attuali), abbiano potuto impattare sul funzionamento mentale. Ragioneremo dunque su come sia possibile integrare tali rappresentazioni, in un lavoro che potrebbe avere molta rilevanza nella prevenzione delle ricadute.

Infine, il **tredicesimo capitolo** sarà dedicato a una approfondita trattazione sull'immagine corporea, come focus centrale e caratterizzante di questi disturbi. Quest'ultimo contributo risulterà differente nella forma dai precedenti, per offrire al lettore una rassegna dei più noti lavori effettuati a oggi sul tema dell'immagine corporea, area molto vasta e trasversale a quasi tutti i DA.

Il lettore noterà che non sono stati considerati nel lavoro una serie di grandi assenti. Prima di tutto, come scritto in premessa, il modello proposto non pretende di essere esaustivo per la cura dei DA, specialmente in fase acuta. La letteratura di riferimento (comunicazione Ministero della Salute, 2017), infatti, chiarisce che, aldilà della psicoterapia, sarebbe importante trattare queste condizioni psicopatologiche con un approccio multidisciplinare, grazie al quale è possibile tenere sotto controllo i vari domini che rendono questi disturbi così invalidanti. Ci si riferisce ai domini organico e dietistico, oltre a quello psichiatrico, quando si rende necessario l'intervento psicofarmacologico. La scelta di non inserire il trattamento multidisciplinare, quindi, è basata sulla consapevolezza che questo, in alcuni casi, si rende indispensabile e numerose sono le trattazioni sul tema già disponibili per l'approfondimento (Nizzoli, Melchionda, Tarrini, 2013; Comi, Monzani, 2023).

Lo scopo di questo lavoro, infatti, è quello di concentrarsi sulla quota psicoterapica, che resta comunque decisiva per traghettare il paziente in una fase di remissione sintomatica, lavoro che richiede tempo e impostazione metodologica, ragione per la quale nasce l'idea del presente contributo.

Un altro assente è il lavoro focalizzato sulla personalità. Grazie all'esperienza sul campo abbiamo potuto osservare che esistono dei limiti a causa dei quali questo tipo di intervento rischia di bloccarsi. Uno di questi, ad esempio, è rappresentato dall'età dei pazienti, spesso molto giovani e con una personalità ancora in via di sviluppo. L'altro elemento è l'acuzie sintomatica che spesso si osserva in questi casi, acuzie che rende molto complesso il lavoro sulla struttura di personalità e che necessita, dal nostro punto di vista, di un intervento che la preceda. Siamo consapevoli che

alcuni approcci, centrati sugli aspetti personologici, siano molto efficaci e di fatto, dopo aver attraversato con il paziente la fase acuta del disturbo alimentare, sarebbe auspicabile suggerire sempre di proseguire con il percorso psicoterapico, lasciandosi alle spalle gli interventi più focali, come quelli necessari in fase acuta e lavorando quindi sulle componenti legate alla personalità, anche in via di sviluppo.

Il terzo grande assente (certamente non l'ultimo) di questa trattazione è il lavoro sul trauma. Tale scelta ha alla base la consapevolezza che tutta l'area traumatica è assolutamente trasversale a ogni condizione psicopatologica conosciuta. Ci riferiamo al trauma in senso stretto, a quello che il DSM-5-TR (APA, 2023) definisce come evento che fa temere per la propria incolumità o di chi è prossimo. In tal senso ci sono diversi approcci che offrono un lavoro focalizzato su eventi traumatici attraverso l'uso di tecniche specifiche.

Diverso è per lo sviluppo traumatico (o PTSDc): in questo caso, sebbene si sia scelto di non inserire un capitolo dedicato, il lettore più esperto si accorgerà che le trattazioni sull'alleanza terapeutica e sull'attaccamento tengono conto, nella sostanza, delle complessità che si celano dietro alcune traiettorie di sviluppo, traiettorie che in alcuni casi passano, per così dire, per un disturbo alimentare in adolescenza, per poi approdare, se non opportunamente trattate, verso disturbi di personalità, tendenzialmente del cluster B.

Infine teniamo molto a specificare che la proposta di una parte pratica all'interno del volume non vuole sostituirsi in nessun modo all'approfondimento, teorico e pratico, di ogni tecnica menzionata e descritta. Il lettore noterà come, seppur descritte e commentate con esempi di casi clinici, tali tecniche meritano senz'altro un approfondimento specialistico attraverso una formazione specifica per ognuna di esse. Lo scopo del volume resta quello di offrire un campo di osservazione allargato e integrato, al fine di promuovere stimolazione e curiosità nel lettore che voglia utilizzarlo per orientare la sua pratica verso un lavoro di integrazione.

Parte I

1. *Da una diagnosi categoriale a una diagnosi esplicativa*

di Jacopo Stringo, Antonino La Tona, Agostino Brugnera,
Angelo Compare

Introduzione

La diagnosi rappresenta, non senza la presenza di diverse posizioni al riguardo, uno dei pilastri fondamentali dell'intervento psicologico e psicoterapeutico, costituendo il primo passo verso una comprensione strutturata del disagio psichico e l'elaborazione di un percorso terapeutico coerente e mirato. È estremamente informativo partire dall'etimologia del vocabolo: *diagnosi* proviene, come molto del lessico medico e della salute, dal greco *διάγνωσις*, derivato da *διαγιγνώσκω* e composto dalle particelle *διά* (*attraverso*) e *γνώσις* (*cognizione*), per cui potremmo tradurlo essenzialmente con “conoscere attraverso”. Questa componente conoscitiva della diagnosi vorrebbe essere la lente prospettiva attraverso cui osservarla nell'ambito clinico: la valutazione diagnostica si configura non soltanto come un atto tipico¹, ma come un processo complesso e articolato, che implica riflessioni *epistemologiche, metodologiche e deontologiche*². All'interno di questo

1. Quello che la Legge istitutiva della professione psicologica richiama nella *Definizione della professione di psicologo*, la quale “comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito” (L. 56/1989, Art. 1). La diagnosi è, a tutti gli effetti, quella che Eugenio Calvi definisce “atto tipico” della professione psicologica, e ne rappresenta pertanto un nucleo impossibile da trascurare (Calvi, Gulotta, Leardini, 2018; p. 246).

2. A questo proposito, interessante la riflessione tratta da German Berrios riportata da Awais Aftab ed Elizabeth Ryznar (2021; p. 486): “Classifications are shaped by the scientific and social world in which they exist. The methods and implementation of psychiatric nosology exist within a specific ‘paradigm’ or ‘episteme’, and the assumptions of psychiatric nosology, therefore, cannot be taken for granted” (Berrios, 1999). Essa abbraccia lo spirito di complessità che è insita nel processo non solo diagnostico, ma ancor prima decisionale e strutturale della sistematizzazione della classificazione come dimensione a sé stante.