

Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. **Realizzare un abito su misura: l'esperienza d'incontro con il paziente nella diagnosi e nel processo terapeutico**

Silvia Paola Papini, Edoardo Vassallo,** Lorenzo Fiorina,***
Alessandro Ferrari,**** Carmen Baldi,***** Emilio Domenico Fava******

SOMMARIO. – L'articolo presenta la *Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata*, oggi arrivata alla sua terza versione (OPD-3), come strumento clinico, formativo e di ricerca capace di rispondere alle esigenze delle cosiddette “terapie reali” nei contesti istituzionali e nella pratica clinica quotidiana. Muovendo da una riflessione critica sui limiti dei sistemi diagnostici categoriali e sulle difficoltà intrinseche alla definizione del “fatto” in clinica, il contributo esplora il ruolo delle teorie, delle credenze e delle “teorie private” di paziente e terapeuta nel processo di osservazione e di comprensione psicodinamica. Viene discusso il rischio di una chiusura prematura del pensiero clinico, collegato al concetto bioniano di “fatto scelto” e alla nozione di “*overvalued ideas*”, sottolineando l'importanza di strumenti di tipo *bottom-up* che favoriscano una descrizione fenomenologica rigorosa, ma aperta alla complessità. In questo quadro, l'OPD viene presentata come un modello diagnostico multiassiale e processuale, in grado di integrare differenti livelli di osservazione – esperienza di malattia, relazioni interpersonali, conflitti intrapsichici e struttura di personalità – mantenendo un equilibrio tra standardizzazione e attenzione alla singolarità del caso. Ampio spazio è dedicato all'impianto teorico e clinico dell'OPD-3, alle principali

*Psicologa, Psicoterapeuta; Associazione Gruppo Zoe “per lo studio e la formazione sulla qualità e l'efficacia delle cure psichiche”; Coordinatore Italiano OPD-3; International Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS); SIPRe, Italia. E-mail: sppapini@yahoo.it

**Psicologo, Psicoterapeuta; Associazione Gruppo Zoe “per lo studio e la formazione sulla qualità e l'efficacia delle cure psichiche”; Santagostino Psiche, Italia.
E-mail: vassallo.edoardo@gmail.com

***Psicologo, Psicoterapeuta; Associazione Gruppo Zoe “per lo studio e la formazione sulla qualità e l'efficacia delle cure psichiche”, Italia. E-mail: lorenzo.fiorina@fastwebnet.it

****Psichiatra, Psicoterapeuta; Associazione Gruppo Zoe “per lo studio e la formazione sulla qualità e l'efficacia delle cure psichiche”; ASP – Associazione Italiana Psicologi, Italia.
E-mail: ferrale76@gmail.com

*****Psicologa, Psicoterapeuta; Associazione Gruppo Zoe “per lo studio e la formazione sulla qualità e l'efficacia delle cure psichiche”, Italia.
E-mail: carmen.baldi.cb@gmail.com

*****Associazione Gruppo Zoe “per lo studio e la formazione sulla qualità e l'efficacia delle cure psichiche”, Italia. E-mail: emiliofava@yahoo.it

innovazioni introdotte nella terza edizione del manuale e al suo utilizzo per la diagnosi, la pianificazione e il monitoraggio del trattamento.

Parole chiave: Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata, OPD-3, diagnosi psicoanalitica, fattori terapeutici, terapie reali.

“Se vogliamo conoscere il mondo dobbiamo cominciare a capire come è fatta la mente, o meglio i principi che ne regolano il funzionamento rendendo possibile l’esperienza.”

(Kant, 1781)

La *Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata* (OPD) è storicamente nata dall’esigenza di considerare diverse aree del funzionamento umano, utili a disegnare una mappa che sia d’aiuto al clinico attento a raccogliere dati partendo da fatti clinici rilevabili, nell’incontro con il paziente o con la sua storia e la sua narrazione. L’enfasi su un approccio *bottom-up* ha il vantaggio di favorire la rilevazione di dati “grezzi” e quindi anche il riconoscimento, da parte del clinico, della complessità del campo osservativo e della tensione costante tra elementi clinici specifici nella loro continua evoluzione, stimolando uno sforzo di lettura integrativa che consenta di tenere insieme e dotare di senso quanto osservato.

L’OPD è stato pensato come sistema diagnostico, ma nel corso del suo sviluppo sempre più si è orientato al processo, alle indicazioni al trattamento e alla pianificazione della terapia. Questa impostazione *bottom-up*, infatti, rende il sistema particolarmente fruibile non solo in fase di inquadramento ma anche nell’analisi del processo di cambiamento, che spesso parte dal tentativo di riconciliare e dare senso a variabili ulteriori, precedentemente non ancora emerse o riconoscibili. L’attenzione al dato clinico osservabile, riconoscibile attraverso lo sforzo dell’operazionalizzazione dei concetti pensati importanti per comprendere il funzionamento dell’individuo, ha dato inoltre prova di grande utilità anche nella sua funzione formativa, abituando i clinici – anche di diversi orientamenti teorici – ad una costante attenzione al sostanziare le proprie ipotesi a partire da quanto emerso e poi a cercarne una configurazione di senso, invece che partire da categorie costruite *ex ante*, dentro le quali cercare punti di contatto con l’esperienza del paziente.

Nell’OPD, gli osservabili, ovvero le aree di funzionamento, sono stati suddivisi in quattro assi che organizzano le informazioni cliniche raccolte e si pongono come vertici a partire dai quali si sviluppa il lavoro di integrazione e di costruzione della diagnosi funzionale; gli assi hanno come oggetto l’esperienza di malattia e i presupposti per il trattamento, le relazioni interpersonali, i conflitti intrapsichici inconsci e gli aspetti strutturali che caratterizzano il funzionamento della persona. Queste aree sono state poi

approfondite, tenendo conto anche della letteratura esistente, per arrivare a descriverle con sufficiente chiarezza e avvicinarle ad esempi clinici che possano fungere da efficace confronto con le sfumature cliniche con le quali siamo alle prese nell'incontro con quello specifico paziente.

Il nostro gruppo, Associazione Gruppo Zoe, si è occupato, sin dalle origini e in una prospettiva di integrazione dei saperi, dei processi che definiscono i percorsi di terapia, i loro esiti, i fattori che vi contribuiscono, in senso positivo o negativo, sino allo sviluppo di sistemi diagnostici in grado di funzionare come strumento di inquadramento e monitoraggio del trattamento. Ci siamo sempre occupati di comprendere e sperimentare questo insieme di fattori nel contesto di quelle che abbiamo definito "terapie reali", intendendo le terapie diffuse in ambiti pubblici e privati, piuttosto che i "casi particolari" o "esemplari" alla base di molti lavori clinici, oggetto di successive generalizzazioni.

Il lavoro di integrazione dei saperi è necessario affinché le conoscenze che dipendono da ambiti disciplinari differenti, fondate su basi teoriche ed epistemologiche diverse, possano essere utilizzate sinergicamente nelle prassi quotidiane. Un obiettivo importante nel nostro lavoro è stato il buon funzionamento dei servizi di salute mentale. Ottenere buoni risultati – come vedremo – non è solo il frutto di investimenti sul personale addetto, ma dell'uso di procedure efficaci; si può "fare molto anche con meno, ma bene". Un altro interesse è quello di contribuire ai percorsi formativi, con metodi innovativi e alle discussioni istituzionali, migliorando la comunicazione tra operatori di diverso orientamento e scuole di appartenenza.

Dalla sua introduzione in Italia con la seconda edizione, l'OPD è stato usato con soddisfazione in ambito clinico, in contesti istituzionali pubblici (ASST Lecco e AUSL di Parma, Italia), privati (Santagostino Psiche, Italia), così come nell'attività specialistica in studio privato, oltre che come strumento formativo per molti giovani psicoterapeuti (citiamo come esempio a Milano la scuole di specializzazione in psicoterapia che lo hanno integrato nella loro proposta di formazione: Coirag, Isipsè, Nuove Cliniche Nuovi Setting).

Comprendere come migliorare la qualità e l'efficacia delle terapie "reali" nei disturbi psichici è quindi un obiettivo che va perseguito. Per raggiungere questo scopo occorre cercare di essere il più possibile indipendenti, cioè il riuscire a mettere da parte appartenenze, convinzioni teoriche personali e definizioni ristrette di ambiti disciplinari, secondo il pragmatico principio "Non importa se il gatto è bianco o nero, importa che prenda il topo", variante orientale di "*Hypotheses non fingo*" ("non invento ipotesi") con cui Isaac Newton (1713) sottolineò il valore dell'osservazione dei "fatti" e delle loro concatenazioni. Questo obiettivo, cogliere i "fatti", cioè ciò che è direttamente osservabile, nasconde una notevole complessità. In particolare ci riferiamo ai metodi che si possono usare a questo scopo, ai

loro limiti e potenzialità; il processo diagnostico, alla base del capire e quindi del curare, risente della molteplicità e diversità degli approcci che caratterizzano il nostro campo di azione.

Riteniamo necessario quindi anteporre una riflessione sugli strumenti concettuali impliciti in questo tipo di percorso e sul significato dei termini che verranno utilizzati. Ogni tipo di “fatto” presuppone una prospettiva di osservazione, quindi la conoscenza della prospettiva attraverso cui osserviamo un “fatto” e lo ridefinisce nei suoi limiti e nelle sue caratteristiche è una tappa obbligatoria. Questo argomento, di solito usato per sostenere i punti di vista “soggettivisti” radicali, può essere considerato da un altro punto di vista: come felicemente osservava E. Nagel (1967), conoscere i limiti dei nostri metodi di conoscenza non ne sminuisce il valore ma li rende più accurati e precisi. È questo il senso con cui intendiamo la frase di Kant *in exergo*: riflettere sul modo con cui conosciamo.

Se è chiaro che non esistono fatti del tutto indipendenti dalle teorie/credenze/prospettive/contesti di chi li osserva, questo argomento è troppo spesso usato per valorizzare le proprie convinzioni evitando le valutazioni empiriche, il confronto con altri punti di vista e sminuendo il potere delle idee innovatrici. Anche l'esperienza soggettiva del momento può essere considerata un “fatto”, anzi – potremmo dire – “il fatto” per eccellenza. Ma cos'è un “fatto”? Zenone, caposcuola degli stoici, sosteneva che: “Il falso non può essere percepito; soltanto il vero può essere percepito”. Il “fatto” quindi viene collegato a ciò che può essere percepito con i nostri sensi, comprese le sensazioni personali, e che tende a perturbare ogni costruzione teorica preesistente. Il concetto viene ripreso da Aristotele e San Tommaso con la nota formula “*Contra factum non valet argumentum*” (ad indicare che una cosa non può essere e non essere nello stesso tempo e sotto lo stesso aspetto). Goethe (1833, 1840), secoli dopo, sostenne che “ogni fatto è già teoria”. La storia della medicina è piena di esempi di come il contraddire le teorie dei maestri, anche mostrando “fatti”, ha spesso suscitato reazioni pericolose e non raramente il rischio di finire sul rogo. Da Michele Sevetto, primo a negare la permeabilità del setto interventricolare basandosi su osservazioni anatomiche a Semmelweis che scoprì il ruolo delle infezioni indotte dalle manovre non sterili durante il parto, che morì solo e dimenticato. Possiamo quindi dire che “la teoria falsifica l'osservazione”? Forse è un punto di vista troppo radicale, ma certamente, come ha mostrato Piaget (1972), quando una convinzione incontra un fatto che sembra contraddirla, dapprima è il fatto stesso che non viene percepito, poi il fatto è modificato nel suo senso per farlo aderire alla convinzione e solo alla fine può dar luogo ad un cambiamento accrescitivo che Piaget chiama “equilibrante maggiorante” (Mattana, 2017). Anche Britton (1998) parla dell'esigenza di superare le proprie credenze, su cui investiamo, come di un atto liberatorio che presuppone un lutto.

Questa premessa nasce dall'esigenza di recuperare, in particolare nei percorsi formativi, nei procedimenti diagnostici e nella percezione delle modificazioni che avvengono in terapia, la capacità di cogliere i "fatti" che nascono dall'esperienza/osservazione diretta e che possono appartenere all'area dei contenuti delle narrazioni, dei comportamenti, di ciò che viene percepito, e anche all'area di ciò che viene sperimentato soggettivamente dal terapeuta in termini di emozioni, pensieri, fantasie.

Il "fatto scelto" di cui parla Bion indica la capacità di collegare singoli elementi (fatti) percepiti prima che strutturati in forma teorica. Per Bion l'espressione "fatto scelto" descrive un'esperienza emotiva in cui avviene un processo di sintesi che il clinico fa attraverso sentimenti di coerenza e scoperta. Ne *Il gemello immaginario*, Bion (1970) 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". Connessioni che emergono dal discorso del paziente inimmaginabili ma inequivocabili.

Questo non riguarda solo il mondo della psicoanalisi e della psicologia in generale, ma è esperienza comune in infiniti campi. Anche un calciatore all'atto di scendere in porta segue le idee teoriche e i suggerimenti dell'allenatore, ma il momento del tiro è guidato dall'istinto. Inoltre può casualmente provare a fare qualcosa che prima non aveva mai fatto, in relazione a certe specifiche circostanze, e sperimentarne l'effetto.

Britton e Steiner (1994) tuttavia, partono dalla considerazione di un'estrema vicinanza tra il "fatto scelto" e "un'idea sopravvalutata" (*overvalued idea*). I sentimenti di incertezza e di confusione provocati a volte dal materiale della seduta spingono paziente e analista a cercare un senso compiuto con sentimenti di urgenza. 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*" i pensieri dell'analista che si presentano come fatti prescelti, in realtà determinati da reazioni difensive dell'analista, dal suo bisogno di confermare le proprie teorie o di tenere lontana l'ansia relativa ad 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.

Un contributo alla comprensione del rapporto tra teorie e "fatti" proviene dal costrutto di "teorie private" (Werbart & Levander, 2006). Questo costrutto si basa sull'idea che sin dall'inizio paziente ed analista sviluppino credenze sulla natura, la genesi e le possibili soluzioni della sofferenza psicologica (diagnosi/terapia) e che queste, con il procedere del lavoro terapeutico e le relative trasformazioni che questo comporta nella visione di sé e delle relazioni, possano modificarsi ed evolvere. Le teorie private del

paziente si collegano a fantasie sulla genesi della sofferenza, sulla gratificazione dei desideri e sul fronteggiamento o evitamento del dolore (Chichi *et al.*, 2025; Fava *et al.*, 2025). Nel terapeuta le teorie private possono invece essere descritte come un amalgama di 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 evidenza come la natura e le caratteristiche di queste teorie 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 & Levander, 2006; Wile, 1977).

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) e di sintonizzazione reciproca. Si evidenzia così come la collaborazione consapevole e creativa non viene solo considerata appunto nei suoi aspetti razionali e cognitivi, ma come espressione di un processo interattivo complesso che implica aspetti impliciti, inconsci e relazionali, che caratterizzano i diversi livelli della relazione terapeutica.

Questo processo inizia sin dal momento in cui formuliamo una "diagnosi", cioè sviluppiamo idee sulla natura dei problemi del paziente per poi procedere nel definire il focus del trattamento e prospettive di cura.

Consideriamo infine che si possa condividere l'idea che i punti di vista (*perspective*) e le opinioni di paziente e analista così come quelle tra psichiatri biologi e psicoterapeuti di diverso orientamento appartengano al campo delle "credenze" esplicite e implicite. Lo stesso Freud affronta il problema del credere in diversi contesti. Egli equiparava la credenza a un giudizio di realtà, fenomeno che apparteneva al sistema dell'Io e quindi al conscio. Successivamente riconobbe che "anche una porzione dell'Io possa essere, anzi è indiscutibilmente inconscia" (1922, p. 481). In definitiva 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 osserva che nella letteratura psicoanalitica "esiste sorprendentemente poco riguardo all'argomento della credenza", tanto più che "è compito quotidiano degli analisti esplorare le credenze cosce e inconscie dei loro pazienti e

le proprie” (*ibidem*, 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” (*ibidem*, p. 26), 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” (*ibidem*, p. 26). La scoperta che si tratti di mere credenze, e non di conoscenze, è un atto di emancipazione ed 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 ed a sua volta dipende dalla capacità dell’individuo e della coppia terapeutica di trovare una posizione “altra” dalla quale osservare la propria credenza. Questa, resa cosciente e riconosciuta come tale, può esser messa alla prova attraverso il confronto con percezioni, memorie, fatti noti ed altre credenze e, di conseguenza, modificata (Lichtenberg, 2012). Le nostre credenze hanno la qualità di un oggetto psichico, su cui investiamo. Rinunciare ad 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).

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 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. La complessità non appartiene solo a chi osserva ma riguarda il modo con cui è strutturata la realtà. I sistemi complessi hanno la caratteristica di essere determinati da diverse variabili e sono altamente sensibili alle perturbazioni che incontrano nel loro sviluppo (Ceruti & Damiano, 2018). Tuttavia i risultati degli studi empirici, correttamente impostati e condotti, sono particolarmente adatti a dare parziali conferme/disconferme alle credenze teoriche e ad aprire scenari innovativi. La ricerca empirica ha per esempio confermato in modo significativo l’efficacia delle psicoterapie, ha evidenziato importanti fattori predittivi di esito e di personalizzazione, ha messo in luce le profonde differenze tra pazienti con la stessa diagnosi categoriale, ha mostrato rilevanti aspetti del funzionamento delle terapie “reali” e infine il valore e le caratteristiche di base delle “relazioni che curano” e, in particolare, dell’alleanza terapeutica (Fava *et al.*, 2016; Norcross & Lambert, 2018).

Ciascuno dei metodi diagnostici comporta vantaggi ma anche possibili

bias. I sistemi categoriali, come il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM; American Psychiatric Association, 2013), sono utili per costruire categorie generali, oggetto di studi epidemiologici, per le indicazioni farmacologiche e per facilitare le comunicazioni tra terapeuti di differente formazione. Sono inadeguati, invece, a parere degli stessi estensori (Spitzer & Frances, 2011) a dare informazioni accurate sul funzionamento psichico del singolo paziente, delle sue risorse, dei possibili ostacoli nel percorso di cura, della qualità della relazione che si può instaurare con il paziente, sul riconoscimento di segnali che indicano potenzialità di cambiamento/non cambiamento e del mancato riconoscimento del ruolo che il paziente ha nello strutturare le proprie sofferenze e nel partecipare al processo di cura (Papini & Fava, 2019). Inoltre i sistemi categoriali suggeriscono procedure terapeutiche troppo standardizzate e prefigurate *a priori* (*top-down*), favoriscono la creazione di stigmi e possono essere utilizzati per la strutturazione di schemi difensivi. 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 (Laska & Wampold, 2014; Norcross & Wampold, 2011a, 2011b; Norcross & Lambert, 2018). I metodi della psicoanalisi classica, che pure permettono la conoscenza di livelli impliciti del funzionamento psicologico, comportano notevoli rischi quali la selezione di casi particolari per confermare modelli teorici preesistenti, il conformismo istituzionale, l'assenza di strumenti e procedure di verifica delle convinzioni teoriche dei singoli terapeuti (Vigna-Taglianti, 2018).

In definitiva, cogliere un "fatto" non sembra così semplice: tra teorie ufficiali e private, idee "sopravalutate", credenze e generalizzazioni derivate dai risultati di studi empirici, atteggiamenti ideologici e impostazioni epistemologiche disconosciute sembra di osservare una navicella che naviga tra gli scogli e deboli fari. La capacità di integrare conoscenze derivate da diversi approcci e metodologie può aiutarci a sviluppare forme di trattamento più efficaci e personalizzate.

Sia ben chiaro che questo non significa che non vada considerata l'importanza delle concezioni teoriche attraverso le quali concettualizziamo le nostre esperienze, né quella dei risultati degli studi empirici, ma che alla base della lettura di qualsiasi esperienza o dato empirico ci debba essere la capacità di cogliere il "fatto", anzi il "fatto clinico". Nella pratica troppo spesso osserviamo che le concezioni teoriche e altre credenze si sovrappongono all'attenzione nel cogliere i fatti, influenzandoli *a priori*. Su questo ci può essere un ampio accordo, ma occorre andare a vedere se nella pratica terapeutica, nei percorsi formativi e nelle discussioni istituzionali questo principio sia realmente messo in atto. In questo senso parliamo di terapie "reali" secondo il noto principio del "tra il dire e il fare..."

Come riuscire a far convivere concretamente le prospettive categoriali, basate sull'identificazione dei sintomi, gli insostituibili metodi propri della psicoanalisi (e non solo) fondati sull'esperienza soggettiva nel suo divenire e le indicazioni che provengono dalla ricerca empirica? Occorre innanzi tutto che la valutazione clinica si basi sulla individuazione dei vari aspetti e dimensioni che sottendono la sofferenza psichica: in questo senso l'uso di sistemi multiassiali, che prevedono l'analisi sistematica di diversi aspetti del funzionamento mentale della persona e della relazione terapeutica che si instaura, utilizzando una serie di "anchor points" (esempi di situazioni cliniche che orientano nelle osservazioni e nella valutazione rispetto ad uno specifico concetto teorico) che consenta una visione di insieme, non polarizzata su singoli aspetti e prospettive aprioristicamente determinati. Ciò non è troppo differente dal bravo medico che prima visita e poi costruisce la sua diagnosi, rispetto al cattivo medico che invece formula la sua diagnosi a partire dai sintomi che il paziente mette in primo piano, trascurando di esplorare le diverse aree di funzionamento del paziente in una visione di insieme.

In secondo luogo, in sintonia con quanto detto precedentemente, occorre recuperare una dimensione fenomenologica/descrittiva come base di partenza per successivi approfondimenti e confronti.

Questi aspetti vengono non casualmente ripresi dal "modello a tre livelli" (Bernardi, 2014). Il modello dei tre livelli è stato sviluppato dal *Project Committee on Clinical Observation* dell'*International Psychoanalytical Association*, per "migliorare l'osservazione clinica sistematica dei cambiamenti dei pazienti durante la terapia". Questo modello prevede uno sviluppo in tre fasi di cui la prima adotta una prospettiva fenomenologica/descrittiva. Le fasi successive prevedono un graduale passaggio che riguarda i cambiamenti osservabili e infine considera ipotesi interpretative più orientate teoricamente. Secondo Marianne Leuzinger-Bohleber (2018): "Considerando la molteplicità dei linguaggi teorici della psicoanalisi è utile cominciare a descrivere la discussione utilizzando un linguaggio fenomenologico tentando di standardizzare i concetti usando le parole che comprendono il minimo comune multiplo delle diverse versioni teoriche di questi concetti (OPD-2)". Marianne Leuzinger-Bohleber fa esplicito riferimento agli attuali sistemi diagnostici e in particolare al modello OPD-2 che "offrono una descrizione utile" di queste dimensioni in particolare nei percorsi formativi (Leuzinger-Bohleber, 2018). Deve essere chiaro che, dal nostro punto di vista, non si tratta di proporre un nuovo sistema a sfondo categoriale, magari più sofisticato, ma di un percorso di conoscenza del singolo caso nel suo divenire. Se utilizzassimo l'OPD-3 come un sistema per creare categorie, incorreremmo negli stessi difetti di tutti i sistemi categoriali. In questo senso il sistema OPD si pone in una prospettiva dimensionale/fenomenologica e di analisi di processo.

Anche nella pratica della supervisione e nelle discussioni di casi clinici

abbiamo osservato la tendenza a descrivere i casi partendo da diverse prospettive: quella storica/patogenetica, quella condizionata da credenze teoriche precostituite, quella descrittiva di sequenze di avvenimenti da impressioni soggettive del terapeuta e da narrazioni del paziente. L'insieme di queste informazioni costituisce un *corpus* estremamente ricco, ma che si presta, all'atto di trarne conclusioni, ad interpretazioni selettive e potenzialmente deformanti. In altre parole, ognuno può trarre da questa pletora di dati conclusioni condizionate dalle proprie credenze e impressioni. Un altro modo di analizzare il caso clinico o, come si dice, ciò che avviene nella stanza dell'analisi, consiste nel concentrarsi, passo dopo passo, sugli eventi che si attivano nella terapia: narrazioni, silenzi, agiti, fantasie, sogni, reazioni controtransferali, ecc. Ciascuna di queste unità viene osservata nella prospettiva di individuare il "fatto scelto" su una base fenomenologica, astinente, concava, potenzialmente condivisa perché dotata di una sua evidenza, modificabile man mano che altre informazioni si aggiungono a quelle già considerate. Una cosa è cogliere il senso di una narrazione estremamente ricca e complessiva, ma aperta a infinite possibilità interpretative, un'altra è stabilire il senso di una transazione delimitata e procedere per apposizioni successive e progressive.

Occorrerebbe quindi procedere con una esplorazione fenomenologica, che prenda in considerazione diverse aree potenzialmente critiche, le raccolga, le sintetizzi sino a definire una prima focalizzazione del problema. Come in quel gioco enigmistico in cui si colorano le singole parti e poi compare la figura completa, nel nostro caso non già predefinita, ma nel suo divenire. Questa modalità ben si accorda, anche se non coincide, con l'utilizzo di sistemi diagnostici multiassiali come l'OPD-3 che prevedono livelli di osservazione in diverse aree distinte, facilitando un'osservazione sistematica e accurata di ogni avvenimento e la sua collocazione finale in un focus definito anche se modificabile.

Esempio clinico: una paziente arriva leggermente in ritardo alla seduta. Si siede in sala d'aspetto e nonostante la porta dello studio sia socchiusa, non si fa avanti. L'analista pensa che non sia arrivata, ma poi si affaccia per vedere e scorgendola la invita ad entrare, la paziente entra scusandosi per il ritardo. Si potrebbe proseguire con la seduta come se niente di significativo fosse accaduto, ma l'analista è colpito da questa situazione. Pensa che questo potrebbe essere un comportamento dettato semplicemente dall'educazione, ma non è convinto, ci pensa. Qui il fatto importante è il concentrarsi su questo avvenimento. Il terapeuta chiede alla paziente se aveva pensato di bussare o di entrare direttamente nello studio, visto che la porta era socchiusa. La paziente dice qualcosa come: "Io non oserei mai!", segnalando la presenza di uno schema relazionale che contrasta visibilmente con le sue dichiarazioni di trovarsi molto bene e in sicurezza con l'analista: c'è un'altra verità. Le successive associazioni portano alla identificazione di uno

schema relazionale in cui un analista estremamente autoritario può accettarla a patto che lei si comporti in modo sottomesso e subordinato (Asse II, OPD-3). La non accettazione porterebbe inoltre al pericolo, segnalato dall'angoscia, di un abbandono portatore di morte. Questo diventerà uno dei focus principali della terapia. La valutazione finale si costruisce per apposizione di singoli elementi.

Entriamo ora maggiormente nel merito di questo sistema, l'OPD, che abbiamo già identificato come diagnostico-processuale proprio in virtù dell'intenzione di fornire non solo una modalità complessa e transteorica di inquadramento, ma anche strumenti utili all'analisi del processo terapeutico. Nel 2024 è stata pubblicata la terza versione, in lingua originale tedesca, del manuale OPD; attualmente è in corso la revisione per la prossima pubblicazione in lingua italiana, che il nostro gruppo ha curato in continuità con la precedente edizione. La terza versione del manuale OPD presenta una rifinitura dei contenuti, anche a valle dei recenti sviluppi in termini di ricerca, oltre che una riorganizzazione della loro presentazione (nella nuova edizione tutte le informazioni relative a ciascun asse sono raccolte in un unico capitolo), in modo da rendere la consultazione più lineare e agevole, evitando al lettore la necessità di continui rimandi interni e favorendo una maggiore chiarezza complessiva dell'impianto diagnostico.

L'Asse I – *Esperienza di malattia e presupposti per il trattamento* – integra elementi che riguardano la malattia/il disturbo/il problema e i sintomi correlati (come la gravità del quadro clinico, la cronicità del disturbo, l'età di esordio), per una valutazione obiettiva, ad elementi che emergono dalla prospettiva soggettiva del paziente, come, ad esempio, il modo con cui il paziente vive il proprio disagio, qual è la sua teoria sulle cause e sulle aspettative e strategie per farvi fronte, le risorse di cui dispone, i possibili ostacoli interni ed esterni, le modalità di *coping* che quotidianamente impiega per gestire le difficoltà. Vi è anche un approfondimento rispetto alla psicoterapia, utile da una parte a capire i desideri del paziente rispetto ad un eventuale percorso, ad esempio l'essere supportato, la riduzione dei sintomi o l'esplorazione di sé e dall'altra anche a valutarne risorse, mentalità psicologica o vantaggi secondari nel mantenimento del problema. Le componenti indagate da questo asse provengono da concettualizzazioni del problema di diversi orientamenti teorici e sono strettamente collegate all'idea che "il paziente deve essere preso là dove si trova e tenendo conto delle sue aspettative" (OPD Task Force, 2006, p. 40). Ogni tipo di trattamento richiede infatti al paziente una disponibilità, sia emotiva che cognitiva, a intraprendere un percorso che implicherà comunque una certa tolleranza a mettersi in contatto con sé stessi. Nel valutare l'opportunità di un intervento psicoterapeutico, ma anche nella sua pianificazione iniziale è fondamentale tenere conto di diversi fattori, tra cui l'intensità del disagio vissuto dal paziente, la sua capacità di comprendere e attribuire significato a ciò che sperimenta

in termini emotivi, motivazionali e relazionali, nonché il livello di disponibilità ad avviare il percorso terapeutico proposto. È inoltre necessario considerare la reperibilità di risorse personali e di supporto sociale che possano sostenere il processo di cura. La chiarificazione di tali dimensioni all'interno della fase diagnostica risulta pertanto essenziale per orientare in modo appropriato la scelta del trattamento. In questo senso, l'Asse I dell'OPD include elementi centrali per la costruzione dell'alleanza terapeutica e per l'individuazione di un intervento mirato, coerente e condiviso.

Nell'Asse I dell'OPD-3 confluiscono le principali categorie diagnostiche descrittivo-fenomenologiche tratte dai sistemi maggiormente utilizzati a livello internazionale (*Classificazione Internazionale delle Malattie* [ICD]-10/ICD-11, DSM-IV/DSM-5). Tale integrazione sottolinea l'importanza di una definizione accurata dei fenomeni psicopatologici, che trova pieno riconoscimento anche all'interno di una cornice diagnostica psicodinamica. I criteri fondamentali di valutazione dell'Asse I sono stati nel complesso mantenuti, ma riformulati in modo più essenziale e accessibile.

Tra le innovazioni più rilevanti figurano l'introduzione di concezioni "alternative" rispetto all'origine del problema e rispetto al cambiamento; nell'ambito della valutazione oggettiva del disturbo, la stima della gravità complessiva e del decorso è stata allineata agli standard internazionali. Al fine di incrementare attendibilità e validità, la valutazione globale del funzionamento è stata articolata in tre ambiti distinti: sintomatologia, funzionamento lavorativo e funzionamento sociale. Inoltre, il modulo di psicoterapia, precedentemente separato nell'OPD-2, è stato completamente integrato nell'Asse I.

L'Asse II – *Relazioni interpersonali* – esplora il modo in cui il paziente vive e organizza i rapporti con gli altri, consentendo di individuare eventuali modelli relazionali disfunzionali che tendono a ripresentarsi nel tempo, evidenziando al contempo anche le risorse relazionali disponibili per l'individuo. Il comportamento nelle relazioni viene concepito come la manifestazione di dinamiche che emergono dall'interazione tra i desideri relazionali del paziente, le ansie che tali desideri possono attivare – con ricadute anche sul piano intrapsichico – e le aspettative o i timori legati alle possibili risposte dell'altro. Questi aspetti risultano profondamente connessi alle rappresentazioni interiorizzate, spesso inconse, delle figure significative; il funzionamento relazionale viene dunque considerato in stretta continuità con livelli più profondi dell'organizzazione psichica, che possono riguardare sia aree conflittuali sia aspetti strutturali della personalità. La valutazione dell'Asse II si fonda su due principali fonti di osservazione: da un lato, i racconti del paziente relativi a esperienze e situazioni relazionali significative; dall'altro, ciò che prende forma nel qui e ora dell'incontro clinico, all'interno della relazione tra paziente e terapeuta. L'attenzione è rivolta a quattro prospettive fondamentali: come il paziente percepisce abitualmente

gli altri e sé stesso nelle relazioni; come gli altri, incluso il terapeuta, tendono a percepire il paziente e sé stessi in rapporto a lui. L'integrazione di questi diversi punti di vista consente di elaborare la cosiddetta "formulazione dinamica relazionale" che descrive il pattern relazionale disfunzionale caratteristico del paziente. A titolo esemplificativo, si può pensare a un soggetto che riferisce di sentirsi trascurato dal partner e reagisce a tale vissuto ritirandosi e chiudendosi. Questo comportamento può essere interpretato dall'altro come una richiesta, più o meno esplicita, di spazio o autonomia, inducendolo a prendere distanza; tale risposta, tuttavia, rischia di essere vissuta dal paziente come ulteriore conferma della propria sensazione di non essere considerato, rinforzando così il circuito relazionale maladattivo. In ambito psicoterapeutico, il lavoro sulle relazioni assume un ruolo centrale poiché offre al paziente la possibilità di passare da un sistema rigido di aspettative a un ventaglio più ampio di possibilità relazionali: attraverso esperienze emotivamente correttive, il soggetto può sperimentare modalità di relazione più soddisfacenti rispetto ai propri bisogni e desideri, con ricadute anche sul funzionamento intrapsichico. La possibilità di riconoscere che alcuni comportamenti relazionali possono contenere "offerte relazionali" inconsapevoli – come nel caso del ritiro vissuto dall'altro come una richiesta di spazio – favorisce l'assunzione di una posizione più attiva e responsabile all'interno delle relazioni e rispetto alla loro modificabilità. Dal punto di vista teorico, l'operazionalizzazione dell'Asse II si ispira al modello circomplesso originariamente elaborato da Sullivan (1970) e successivamente sviluppato da Benjamin (1974), integrando inoltre alcuni elementi del modello "Tema Relazionale Conflittuale Centrale" di Luborsky (Luborsky & Crits-Christoph, 1998) per l'analisi delle narrative relazionali. Questo asse si collega in modo privilegiato a specifici fattori terapeutici, quali l'accuratezza delle interpretazioni relazionali, la gestione della relazione interpersonale reale e il lavoro sul e attraverso il controtransfert.

L'Asse II nell'OPD-3 mantiene, come nella precedente versione, l'esplorazione e l'identificazione dei principali schemi relazionali ripetitivi e disfunzionali del paziente a partire da due prospettive complementari: l'esperienza soggettiva del paziente e il punto di vista dell'altro significativo nella relazione. Il materiale clinico di riferimento resta costituito dagli episodi relazionali narrati, sui quali si innesta la selezione degli item descrittivi più pertinenti al caso. L'elenco degli item rimane invariato nella sua composizione e continua ad essere organizzato secondo il modello circomplesso del comportamento interpersonale, rispettando la logica del modello circolare. Sono inoltre confermate le due prospettive esperienziali e il processo di integrazione degli item selezionati in una formulazione dinamico-relazionale, che costituisce il nucleo della diagnosi dell'Asse II. La principale innovazione riguarda l'introduzione di una valutazione dimensionale degli item. Ogni pattern relazionale può ora essere collocato lungo un continuum

di disfunzionalità, distinguendo tra: non problematico/non rilevante; presente in modo accentuato; presente in modo disfunzionale. Per ciascun item sono previste descrizioni specifiche dei diversi livelli, raccolte in una tabella riassuntiva. Inoltre, ogni pattern può essere indicato separatamente come risorsa qualora venga valutato come adeguato. L'OPD-3 distingue chiaramente tra una modalità di valutazione clinica e una di ricerca: in ambito clinico, gli item ritenuti significativi vengono selezionati e valutati dimensionalmente, per poi essere ridotti, come in precedenza, a tre item per ciascuna prospettiva esperienziale. Nella versione destinata alla ricerca, invece, coppie di item adiacenti e concettualmente affini vengono accorpate, in analogia con i cluster del modello *Structural Analysis of Social Behavior*; il numero complessivo di item risulta così dimezzato, ma ciascun item deve essere valutato in modo completo e indipendente, consentendo una descrizione più precisa dell'intensità dei pattern, la costruzione di profili relazionali e una maggiore facilità di analisi statistica dei dati.

L'Asse III – *Conflitti* – affonda le sue radici nella tradizione psicodinamica classica – in particolare per quanto concerne temi quali autonomia, controllo, colpa e autostima – e nelle teorie più recenti sui sistemi motivazionali che orientano lo sviluppo dell'individuo lungo l'intero arco di vita (Lichtenberg, 1995; Stern, 1995). I conflitti emergono quando bisogni, desideri, impulsi o rappresentazioni entrano in contrasto tra loro; quando tali tensioni danno origine a modalità comportamentali rigide, persistenti e non pienamente accessibili alla consapevolezza o al controllo volontario, si parla di conflitti intrapsichici inconsci. Nel modello OPD sono stati individuati sette principali ambiti conflittuali: Dipendenza vs. Individuazione; Sottomissione vs. Controllo; Bisogno di cura vs. Autosufficienza; Conflitto di autostima; Conflitto di colpa; Conflitto edipico; Conflitto di identità (nell'OPD-3 viene anche valutata la situazione in cui vi è una difesa dalla percezione del conflitto e delle emozioni). Ciascun conflitto viene valutato lungo un continuum che va dall'assenza a una rilevanza estremamente significativa, con l'obiettivo di individuare uno o più conflitti predominanti e disfunzionali, pur registrando la presenza di tutti gli elementi in campo. Per il conflitto principale viene inoltre esplorata la modalità espressiva prevalente, che può collocarsi su un versante più regressivo o su uno controfobico rispetto al tema in questione. Ad esempio, nel caso di un conflitto marcato tra bisogno di cura e autosufficienza, un paziente può presentarsi come fortemente dipendente, bisognoso di rassicurazione, con difficoltà di separazione e una rete relazionale ristretta ma intensa, caratterizzata da affetti di tristezza e paura dell'abbandono: tale configurazione suggerisce una modalità regressiva. Al contrario, un soggetto che nega i propri bisogni di accudimento potrebbe sovraccaricarsi di responsabilità e presentarsi come eccessivamente autonomo, esprimendo lo stesso conflitto in forma attiva e controfobica. In molti casi, tuttavia, possono emergere modalità miste o

oscillanti. La valutazione dei conflitti si basa principalmente sull'anamnesi e sulla ricostruzione della storia di vita del paziente, con particolare attenzione agli eventi scatenanti e alle situazioni vissute come problematiche. Ulteriori indicazioni provengono dall'osservazione della relazione terapeutica, includendo l'analisi degli affetti prevalenti – quali rabbia, vergogna, invidia, colpa o tristezza – che fungono da indicatori utili per orientare la comprensione del conflitto sottostante. Quando il lavoro terapeutico si concentra su questo asse, e la struttura del paziente risulta sufficientemente integrata, l'obiettivo principale è favorire un equilibrio più flessibile e stabile tra le polarità conflittuali e una migliore capacità di autoregolazione.

Nell'OPD-3 vengono mantenuti i sette conflitti già presenti nelle versioni precedenti, ciascuno articolato nelle due modalità di elaborazione, insieme alla categoria relativa alla difesa dalla percezione del conflitto e degli affetti. Contestualmente, sono state introdotte importanti innovazioni concettuali e operative, in particolare, viene esplicitato il sistema motivazionale sottostante a ciascun conflitto e viene descritta la traiettoria di sviluppo considerata funzionale, ovvero quanto è osservabile quando il conflitto non è presente e il sistema motivazionale risulta ben integrato. Un'ulteriore distinzione rilevante riguarda quella tra affetti centrali, dolorosi e tendenzialmente rimossi e affetti guida, più facilmente accessibili alla consapevolezza (e che, come la definizione suggerisce, possono condurre al riconoscimento degli affetti sottostanti). È inoltre possibile differenziare tra conflitti persistenti lungo l'arco di vita e conflitti attuali, facilitando la descrizione di eventuali cambiamenti nel tempo, anche in relazione alle modalità di elaborazione. La categoria autonoma di "conflitto attuale", spesso oggetto di dibattito, è stata superata e la dimensione dell'attualità viene ora utilizzata per descrivere tematiche motivazionali-conflittuali che permeano l'esperienza psichica quotidiana, pur in assenza di un conflitto strutturalmente grave e persistente. Un cambiamento significativo riguarda l'estensione della valutazione dei conflitti a tutti i livelli strutturali, includendo anche quelli scarsamente o non integrati. A questo scopo sono state formulate descrizioni specifiche delle manifestazioni conflittuali nei livelli "ben integrato", "moderatamente integrato" e "scarsamente integrato". Un'altra sezione del manuale approfondisce inoltre l'integrazione del concetto di "dilemma", secondo il modello di Mentzos (2015), all'interno dell'Asse Conflitti.

L'Asse IV – *Struttura* – riguarda infine la struttura di personalità ed è l'ultimo asse di derivazione psicodinamica del sistema OPD; la struttura può essere pensata metaforicamente come la configurazione di un cristallo, il cui sviluppo dipende da condizioni originarie ma rimane aperto a trasformazioni nel tempo. Questa visione si avvicina ai modelli dei sistemi dinamici non lineari, descritti da Sander (2005) come sistemi in continuo movimento, sensibili alle condizioni iniziali ma non rigidamente determinati da esse. In ambito psicologico, la "struttura" fa riferimento all'insieme relati-

vamente stabile delle disposizioni psichiche che organizzano l'esperienza e il comportamento dell'individuo, costituendo una base su cui il soggetto tende a ristabilire il proprio equilibrio intrapsichico e interpersonale. In una prospettiva evolutiva e dinamica, la struttura di personalità origina dall'interazione tra fattori costituzionali e relazionali precoci, in particolare nelle esperienze di accudimento, ma resta suscettibile di modificazioni anche significative nel corso della vita. Di conseguenza, ogni descrizione strutturale è necessariamente inferenziale, parziale e provvisoria. L'articolazione dell'Asse IV si ispira al lavoro di Rudolf e Henningsen (1993) e mira a descrivere la struttura del sé nelle sue funzioni osservabili, sia riguardo se stessi che nella relazione con gli altri. Vengono considerate le competenze cognitivo-affettive lungo un continuum che va dalle funzioni più basilari – come la distinzione tra sé e non-sé – fino alle capacità metacognitive e riflessive, all'integrazione delle diverse aree del funzionamento psichico e ai processi di autoregolazione. Dal punto di vista clinico, l'obiettivo terapeutico di questo asse consiste nell'individuare le aree strutturali maggiormente deficitarie e nel modulare l'intervento in modo da favorirne lo sviluppo, evitando interventi prematuri, incomprensibili o potenzialmente iatrogeni. Ciò risulta particolarmente rilevante nei casi in cui il paziente non disponga ancora delle capacità necessarie per beneficiare di interventi interpretativi e necessiti invece di un lavoro di sostegno sulle funzioni di base, quali l'esame di realtà, la distinzione sé-altro e la mentalizzazione.

L'Asse IV dell'OPD-3 conserva la sua impostazione di fondo ma presenta numerose revisioni e ampliamenti: la dimensione della difesa è stata reintrodotta come nona dimensione strutturale, completamente rinnovata nei contenuti, mentre le altre otto dimensioni sono rimaste sostanzialmente invariate nell'oggetto d'osservazione. Sono state apportate modifiche significative alle sfaccettature: alcune sono di nuova introduzione, come quelle relative alla Fiducia, all'Esperienza del piacere o alla Differenziazione affettiva relativa all'oggetto; altre sono state accorpate o riformulate in modo più preciso. Un'ulteriore innovazione riguarda la manualizzazione dei livelli strutturali intermedi, precedentemente solo impliciti; la loro formulazione esplicita rende la *checklist* strutturale più dettagliata, differenziata e clinicamente utilizzabile. Parallelamente, il contenuto dei livelli meno integrati è stato profondamente rivisto, con l'obiettivo di aumentarne la compatibilità con il linguaggio e i modelli della psichiatria, evitando descrizioni basate su quadri psicopatologici specifici; questo lavoro è stato reso possibile anche grazie al contributo di esperti nel trattamento psicodinamico delle psicosi. Una tabella descrive tutte le sfaccettature a ciascun livello, inclusi quelli intermedi, e costituisce ora il corpo centrale dell'Asse IV.

Infine, l'OPD-3 introduce due valutazioni opzionali della variabilità strutturale: una di tipo temporale, utile per rappresentare cambiamenti nel tempo (ad esempio in seguito a eventi traumatici), e una specifica per area

di vita, che consente di evidenziare differenze nel funzionamento strutturale tra diversi contesti, come lavoro e intimità; questa possibilità di descrivere le oscillazioni strutturali conferisce alla diagnosi una maggiore finezza clinica e una capacità descrittiva più aderente alla complessità dei pazienti.

In conclusione, per aiutare il lettore che ancora non conosce il sistema OPD ad intuire la sua specificità anche rispetto al panorama dei sistemi diagnostici contemporanei, proviamo ad usare la metafora dell'abito.

Esistono diagnosi che assolvono efficacemente alla funzione del *prêt-à-porter*: modelli standardizzati, costruiti su taglie predefinite, indispensabili per orientarsi rapidamente, per comunicare tra professionisti, per garantire una base comune di riferimento. Come gli abiti prodotti in serie, queste diagnosi sono funzionali, accessibili, spesso necessarie. Tuttavia, per quanto ben confezionate, restano pensate per un "corpo standard" che raramente coincide con quello reale del singolo individuo.

Vi sono poi sistemi più raffinati, paragonabili alle boutique di alta moda: capi di grande qualità, ispirati a scuole stilistiche riconoscibili, capaci di cogliere aspetti profondi ed eleganti del funzionamento psichico. Anche questi abiti, però, restano legati a collezioni già disegnate, a linee teoriche definite, entro cui il paziente viene invitato a rientrare, talvolta adattandosi più all'abito che l'abito a lui.

L'OPD si colloca altrove; è più simile al lavoro del sarto. Un sarto che non parte da un modello prestabilito, ma che osserva, prende le misure, ascolta le esigenze, tiene conto delle asimmetrie, delle posture, dei movimenti. Un sarto che sa che non sempre occorre confezionare un abito completo, a volte è necessario intervenire su una manica, rinforzare una cucitura, allentare una tensione, rispettando ciò che già tiene e sostenendo ciò che manca. Un sarto che sa che il suo lavoro richiede tempo, pazienza, attenzione al dettaglio e una continua verifica del risultato mentre prende forma.

In questo senso, la Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata non è un'etichetta da applicare ma un processo di costruzione condivisa. Gli assi dell'OPD non rappresentano compartimenti rigidi bensì strumenti di osservazione clinica che consentono di orientare lo sguardo senza saturarlo, di raccogliere i "fatti clinici" mantenendoli aperti all'integrazione e alla trasformazione. Il risultato non è mai un prodotto replicabile in serie ma una formulazione unica, irripetibile, strettamente legata a quel paziente, a quel terapeuta, a quel momento del percorso.

Come accade nel lavoro sartoriale, anche nell'OPD la qualità non risiede solo nel risultato finale, ma nel metodo, nel modo in cui si tengono insieme standardizzazione e singolarità, rigore e flessibilità, osservazione sistematica e sensibilità clinica. È proprio questa combinazione che consente all'OPD di funzionare non solo come strumento diagnostico ma come guida al trattamento, come bussola processuale, come linguaggio condivisibile tra orientamenti diversi senza rinunciare alla complessità del soggetto.

In un contesto clinico e istituzionale sempre più pressato da esigenze di rapidità, efficienza e semplificazione, l'OPD rappresenta una scelta controcorrente ma necessaria: quella di prendersi il tempo per misurare, per osservare, per correggere, per tornare sui propri passi. Perché, in psicoterapia come nella sartoria un buon abito è quello che permette a chi lo indossa di muoversi, respirare, sentirsi a suo agio nei propri panni e, talvolta, trasformarsi.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Bernardi, R. (2014). *Three-level model (3-LM) for observing patient transformations*. In: De Litvan M. A., a cura di, *Time for change: Tracking transformations in psychoanalysis – The three-level model*. London: Karnac Books.
- Bion, W. R. (1959) *Attacks on linking Second Thoughts*. New York: Aronson.
- Bion, W. R. (1970). *Il gemello immaginario. Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando.
- Britton, R. (1998). *Belief and Imagination: Explorations in Psychoanalysis*. London and New York: Routledge (trad. it.: Gilli C.M., Fregonese S., a cura di, *Credenza e immaginazione*. Roma: Borla, 2006).
- Britton, R., & Steiner, J. (1994). Interpretation: selected fact or overvalued idea? *The International Journal of Psychoanalysis*, 75(5/6), 1068-1078.
- Ceruti, M., & Damiano, L. (2018). Plural Embodiment(s) of Mind. Genealogy and Guidelines for a Radically Embodied Approach to Mind and Consciousness. *Frontiers in Psychology*, 9.
- Chichi, M. G., Fava, E., Margola, D., Vai, B., Galvano, C., Reatto, L., Cumia, I., & Linciano, A. D. (2025). Le Teorie Private di pazienti e analisti: uno studio esplorativo nella fase iniziale del trattamento. *Rivista di Psicoanalisi*, 2.
- Fava, E.; Gruppo Zoe. (2016). *La competenza a curare: il contributo della ricerca empirica*. Milano: Mimesis.
- Fava, E., Chichi, M. G., Galvano, C., Cumia, I., Reatto, L., Vai, B., & 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). *Rivista di Psicoanalisi*, 2.
- Freud, S. (1922). *L'Io e l'Es*. In: Musatti C.L., a cura di, *Opere*, Vol. 9. Torino: Boringhieri (1976).
- Goethe, J. W. (1833, 1840). *Massime e riflessioni*. Milano: Rizzoli (1992).
- Hunter, V. (1996). *Psicoanalisti in azione. I modelli teorici e la loro applicazione clinica*. Roma: Astrolabio.
- Kant, I. (1781, 1787). *Critica della ragion pura*. Torino: Utet, 2000.
- Laska, K. M., & Wampold, B. E. (2014). Ten things to remember about common factor theory. *Psychotherapy*, 51(4), 519-524.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2018). La ricchezza della ricerca psicoanalitica contemporanea. Osservazioni epistemologiche e metodologiche. Alcuni esempi e il metodo di osservazione clinica a tre livelli (TLM). *Rivista di Psicoanalisi*, 64(2).
- Leuzinger-Bohleber, M., & Target, M. (Eds.). (2006). *I risultati della psicoanalisi*. Bologna: Il Mulino.

- Lichtenberg, J. D. (1995). *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lichtenberg, J. D. (2012). Therapeutic Action: Old and New Explanations of Therapeutic Leverage. *Psychoanalytic Inquiry*, 32(1), 50-59.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method*. New York: Basic Books. (trad. it.: Capire il transfert. Milano: Raffaello Cortina).
- Mattana, G. (Ed.). (2017). *Ricerca Empirica in Psicoterapia. Intervista a Emilio Fava*. SpiWeb. Disponibile da: <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca-psicoanalisi/ricerca-empirica/ricerca-empirica-in-psicoterapia-intervista-a-emilio-fava-a-cura-di-g-mattana/>
- Mentzos, S. (2015). Dilemmatische Gegensätze im Zentrum der Psychodynamik der Psychosen. *Forum der Psychoanalyse*, 31(4), 341-352.
- Nagel, E. (1967). *Problemi metodologici della teoria psicoanalitica*. In: Hook S., a cura di, Psicoanalisi e metodo scientifico. Torino: Einaudi.
- Newton, I. (1713). *Philosophiae naturalis principia mathematica*. In Pala A., a cura di, Principi matematici della filosofia naturale, vol. 1, collana Classici della scienza. Torino: UTET (1997).
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011a). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practice. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011b). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127-132.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315.
- OPD Task Force (2006). *OPD-2 Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. Manuale per la diagnosi e la pianificazione del trattamento*. Milano: Franco Angeli, 2009.
- Papini, S. P., & 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*, 30(1), 37-55.
- Philips, B., Werbart, A., & Schubert, J. (2005). Private theories and psychotherapeutic technique. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 19, 48-70.
- Piaget, J. (1972). *L'equilibratura delle strutture cognitive*. Torino: Boringhieri.
- Rudolf, G., & Henningsen, P. (1993). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Thieme Group.
- Sabucco, G., Fava, E., Agazzi, A., Riva, E., & Schweizer, K. (2020). *L'elettismo consapevole: una ricerca al Centro Milanese di Psicoanalisi*. Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi. Disponibile da: <https://www.cmp-spiweb.it/i-quaderni-del-centro-milanese-di-psicoanalisi/>
- Sander, L. W. (2005). Le Teorie dei Sistemi Dinamici come meta-inquadramento della psicoanalisi. *Ricerca Psicoanalitica*, 16(3), 267-300.
- Spitzer, R. L., & 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.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books (trad. it.: La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre/bambino. Torino: Boringhieri).
- Sullivan, H. S. (1970). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
- Tzur Bitan, D., Ben David, T., Moshe-Cohen, R., & Kivity, Y. (2021). Patient-Therapist Congruence and Incongruence of Process Expectations During Psychotherapy. *Psychotherapy*, 58(4), 493-498.
- Vigna-Taglianti, M. (2018). I gruppi di ricerca sulle trasformazioni nel processo analitico. *Rivista di Psicoanalisi*, 64(2), 239-252.

-
- Weiss, J. (1998). Patients' unconscious plans for solving their problems. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(3), 411-428.
- Werbart, A., & Lavander, S. (2006). Two sets of private theories in analysands and their analysts: Utopian versus attainable cures. *Psychoanalytic Psychology*, 23(1), 108-127.
- Wile, D. B. (1977). Ideological Conflicts Between Clients and Psychotherapists. *American Journal of Psychotherapy*, 31(3), 437-449.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 9 febbraio 2026.

Accettato: 22 marzo 2026.

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), 2026

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2026; XXXVII:1160

doi:10.4081/rp.2026.1160

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.