

Diagnostic Psihodinamic Operaționalizat OPD-2

Manual de diagnostic
și planificarea terapiei

Traducere din germană de

Mihaela Sanda Oprea Aron

Nicoleta Dumitru

Daniela Boutiere

Gabriela Hum



Cuprins general

7	<i>Prefață la ediția în limba engleză</i>
11	<i>Prefață</i>
17	<i>Cuprins</i>
27	<i>Capitolul 1. Baze teoretice</i>
58	<i>Capitolul 2. Rezultate empirice și experiențe cu OPD-1</i>
79	<i>Capitolul 3. Operaționalizarea axelor conform OPD-2</i>
206	<i>Capitolul 4. Manualizarea axelor conform OPD-2</i>
388	<i>Capitolul 5. Interviu OPD</i>
422	<i>Capitolul 6. Studiu de caz: „Izgonirea din rai”</i>
448	<i>Capitolul 7. Selectarea priorităților și planificarea tratamentului</i>
488	<i>Capitolul 8. Măsurarea schimbărilor cu ajutorul OPD</i>
498	<i>Capitolul 9. Aree de practică și asigurarea calității</i>
519	<i>Capitolul 10. Formarea continuă (cu adresele centrelor de formare)</i>
535	<i>Capitolul 11. Bibliografie</i>
583	<i>Capitolul 12. Adresele autorilor</i>
590	<i>Capitolul 13. Instrumentele de lucru OPD</i>
675	<i>Capitolul 14. Module adiționale</i>

Prefață la ediția în limba engleză

Efortul contemporan de a dezvolta un sistem de clasificare a bolilor psihice care să fie în concordanță cu rezultatele celor mai recente cercetări științifice, nevoia de specificații clare, circumscrise sindroamelor psihiatrice, care să satisfacă exigențele cercetării și, în mod special, o evaluare diagnostică care să faciliteze diagnosticul clinic, planificarea tratamentului și evaluarea prognostică s-au dovedit a fi provocări mari atât pentru psihiatrie, cât și pentru disciplinele înrudite din domeniul sănătății mentale. Complexitatea relațiilor dintre simptomele descriptive și trăsăturile de personalitate, abordarea trăsăturilor fundamentale normale și a celor patologice din perspectiva dezvoltării și conflictul nerezolvat dintre diferitele școli și modele ce propun integrarea aspectelor etiologice ale biologiei, psihodinamicii și ale psihosocialului în explicarea bolilor psihiatrice au generat o multitudine de probleme în calea realizării unei clasificări acceptabile. Au existat tendințe extreme, de separare artificială și arbitrară a bolilor cu etiologie organică și biologică de cele cu etiologie psihodinamică sau psihosocială. Integrarea ponderii acordate predispozițiilor genetice, dezvoltării constituționale, experiențelor timpurii de viață și situațiilor psihosociale prezente cu diverse combinații

8 ale acestori factori cu influență în fiecare caz în parte a complicat și mai mult eforturile de clasificare. Atât clinicienii, cât și cercetătorii se confruntă cu un spectru larg de pacienți aparținând marilor categorii ale patologiei, iar dificultatea majoră constă în suprapunerea unor sindroame clinice importante.

S-a încercat găsirea unor soluții practice prin intermediul unor sisteme de clasificare bazate pe „aspecte pur descriptive” ale manifestărilor bolii, „eliberate de părtinirile etiologice”. Acest tip de abordări au stat la baza elaborării sistemului de clasificare DSM-IV și, într-o mai mică măsură, a ICD-10. Totuși, ambele sisteme, în efortul lor de a simplifica și a facilita comunicarea și cercetarea, au redus bogăția și nivelul de adecvare clinică a diagnosticului psihiatric. La cealaltă extremă, o parte din clinicienii de orientare psihanalitică au relativizat orice sistem de clasificare, în numele „unicității” manifestărilor psihopatologice la nivel individual. Reacția nihilistă în fața provocării realizării unei clasificări valide a bolilor psihice nu este utilă clinicienilor și neagă progresele realizate atât în domeniul biologiei, cât și în cel al psihodinamicii.

Diagnosticul Psihodinamic Operaționalizat propus în acest volum reprezintă un efort important de umplere a golului existent între claritatea și precizia descriptivă, pe de o parte, și diferențierea adecvat individualizată, combinată cu sofisticarea clinică, pe de altă parte. Acest sistem utilizează cunoștințele actuale într-un mod care respectă atât nevoia de precizie în diferențierea sindroamelor, cât și nevoia clinicianului de înțelegere în profunzime, astfel încât să poată elabora un diagnostic adecvat, un prognostic și un plan de tratament individualizate, în funcție de pacient. OPD este un sistem de

diagnostic care reușește foarte bine să sintetizeze aspectele descriptive și psihodinamice, respectând interacțiunea dintre determinanții biologici, psihodinamici și psihosociali ai bolii. Cele cinci axe ale OPD includ în mod comprehensiv: natura simptomatologiei actuale și reacția pacientului la propriile simptome, alături de atitudinea sa față de tratament; influența trăsăturilor de personalitate ale pacientului și a relațiilor interpersonale asupra bolii curente; conflictele dominante, conștiente și inconștiente, care determină etiologic boala, o complică sau sunt consecințe ale acesteia; structura globală de personalitate a pacientului, nivelul de organizare al acesteia – esențial, din perspectivă clinică, pentru capacitatea pacientului de a accepta, participa și beneficia de eforturile de tratare a bolii sale. Un grup de distinși psihiatrii germani a realizat această sinteză contemporană a procesului de evaluare, care va fi utilă clinicienilor, facilitând totodată și evaluarea empirică a patogenezei și tratamentului. Autorii prezentei lucrări descriu această abordare diagnostică drept un sistem dinamic deschis contribuțiilor viitoare, prin datele colectate din diferite zone ale experienței clinice. Considerăm că OPD va deveni un stimul important al resuscitării actualului sistem în vogă, încă destul de restrictiv și reduționist.

Această nouă versiune, OPD-2, a contribuit semnificativ la creșterea utilității clinice a sistemului de diagnostic pe care îl propune, prin includerea unui set de instrumente și proceduri de planificare a tratamentului și de măsurare a schimbărilor provocate de tratamentul respectiv. Ea facilitează determinarea obiectivului central și adecvat, care este o parte importantă a strategiei corecte de tratament, realizând o legătură evidentă între evaluarea diagnostică și abordarea terapeutică optimă

10 corespunzătoare. OPD-2 este recomandat cu căldură tuturor profesioniștilor din domeniul sănătății mentale.

New York, iulie 2007
Otto F. Kernberg & John F. Clarkin

Prefață

„Particularul este etern subsumat generalului;
generalul trebuie să fie mereu în slujba particularului.”

- JOHANN WOLFGANG VON GOETHE

Când Norman Sartorius a fost întrebat, la prima prezentare internațională a OPD, acum zece ani, ce previziuni poate face în legătură cu acest nou sistem, a răspuns: „Întrebați-mă peste cinci ani”. Un astfel de interval de timp dezvăluie de obicei dacă sistemul propus rezistă și supraviețuiește criticismului științific. La momentul apariției OPD se spera că, dacă lucrurile aveau să meargă bine, se va putea redacta și o a doua versiune, lucru materializat acum, după zece ani, când apare a doua versiune a Diagnosticului Psihodinamic Operaționalizat, OPD-2, în format de manual. Noua publicație conține atât forma revizuită a primei versiuni, cât și un nou manual, care completează diagnosticul prin adăugarea instrumentelor de planificare a tratamentului.

Noul manual al Diagnosticului Psihodinamic Operaționalizat oferă opțiuni, în opinia noastră, de mare utilitate clinică-pragmatică. A doua versiune accentuează chiar mai mult decât prima faptul că diagnosticul este menit nu numai

12 pentru a descrie și diferenția la nivel individual, ci și pentru a ghida instrumental acțiunile psihoterapeutului. Psihoterapia presupune, pe baza cunoștințelor diagnostice, elaborarea unei indicații pentru anumite măsuri psihoterapeutice, formularea sarcinilor și obiectivelor terapeutice specifice, planificarea celei mai adecvate intervenții terapeutice. Tocmai de aceea, în context clinic, diagnosticul este pus mereu în slujba terapiei.

Cu ajutorul OPD-2, obiectivele terapeutice pot fi determinate, iar prioritățile aferente pot fi selectate pentru tratament. În acest mod, clinicianul poate detecta schimbările în cazul pacientului, pe baza acestor parametri. Prin punerea în legătură a descriptorilor procesului cu rezultatele terapiei, se creează o bază pentru evaluarea tratamentului. Mai mult chiar decât în prima versiune, noul OPD permite combinarea procesului și a rezultatelor cercetării, asigurând și o evaluare care întrunește criteriile controlului calității.

În esență, a doua versiune menține structura conceptuală a OPD. Diagnosticul multiaxial psihodinamic se bazează și aici pe cele cinci axe definite ca: „experiența bolii și premisele tratamentului”, „relații interpersonale”, „conflicte”, „structură” și „tulburări psihice și psihosomatice conform Capitolului V (F) din ICD-10”.

Schimbările introduse se referă la faptul că OPD-2 nu mai este preponderent un instrument de realizare a diagnosticului transversal, ci se focalizează în mai mare măsură asupra procesului terapeutic, permițând planificarea tratamentului prin determinarea priorităților terapeutice.

Sistemul OPD s-a bucurat de succes și în afara granițelor țărilor vorbitoare de limba germană. El a fost apreciat atât de clinicieni, cât și de cercetători din domeniul psihoterapiei

internaționale. S-au publicat patru ediții ale primei versiuni a manualului, care a fost tradus în mai multe limbi (engleză, spaniolă, italiană, maghiară, chineză). Acest nou manual, asemenea celui precedent, este publicat atât în engleză, cât și în spaniolă, după apariția versiunii originare, în limba germană. În 2000, un grup de lucru format din psihiatri și psihologi ai dezvoltării specializați în psihologia și psihoterapia copilului și adolescentului au publicat Manualul OPD pentru evaluarea psihodinamică a copiilor și adolescenților.

Succesul OPD se bazează, în principal, pe faptul că este apreciat de clinicieni ca fiind un instrument esențial în practica de zi cu zi, datorită sistemului multiaxial de diagnostic. Pentru utilizarea manualului sunt necesare 60 ore de formare (trei seminarii de formare programate în trei întâlniri distincte). Abilitățile practice învățate prin intermediul exemplelor ilustrate cu filme video și interviurile cu pacienți se bucură de mare apreciere. Până în prezent, peste 3 000 de medici și psihologi au urmat seminariile de formare și utilizează sistemul pe care îl propunem, fie integral, fie părți ale acestuia, integrându-le în practica lor clinică.

OPD a fost implicat și în numeroase proiecte de cercetare. Premisa aplicabilității sale științifice este reprezentată de fidelitatea datelor colectate în cadrul unor studii multicentrale. Manualul prezent sumarizează rezultatele studiilor extensive care au utilizat acest instrument, acestea fiind publicate într-un capitol separat (Capitolul 2).

Grupul de lucru OPD-2 este conștient de limitările unei operaționalizări a diagnosticului psihodinamic (cf. Capitolul 1.7). Acesta poate cuprinde doar în mod limitat bogăția și complexitatea vieții psihice umane. Diagnosticul structurii,

14 conflictelor și relațiilor permite doar o recunoaștere a tiparelor, oferindu-i clinicianului puncte de ancorare sau direcții de urmat în procesul terapeutic, în timp ce legături semnificative care țin de experiența individului pot rămâne neobservate. OPD și-a limitat obiectivul la înțelegerea pacientului ca individ, în contextul istoriei proprii de viață și numai în acea măsură în care acest lucru e relevant pentru un diagnostic actual și pentru planificarea tratamentului, implicând stabilirea priorităților terapeutice.

Noul sistem OPD a fost dezvoltat pe parcursul ultimilor ani de un grup de psihoterapeuți de orientare psihodinamică, din domeniul psihiatriei, psihanalizei, psihologiei, psihosomaticii, care au încercat să formuleze operaționalizarea celor mai relevante aspecte psihodinamice. Numele acestora și funcția lor în cadrul Grupului de Lucru OPD se regăsesc pe lista autorilor. Nu toți membrii fondatori ai OPD mai activează în cadrul actualului Grup OPD-2. Există un număr de persoane care nu pot fi amintite aici din motive de lipsă a spațiului tipografic, dar suntem îndatorați în mod special lui Sven Olaf Hoffmann, primul purtător de cuvânt al OPD, și lui Ulrich Rüger, pentru implicarea continuă în acest extraordinar proiect.

Actualul Grup OPD s-a transformat într-o echipă pusă în slujba conceptualizării instrumentului acestuia în spiritul colaborării, prieteniei și dezbaterilor colegiale timp de mulți ani. Suntem mândri că am gestionat adecvat, de-a lungul anilor, modul creativ de implicare în subiectele la care am lucrat.

Membrii Grupului de Lucru OPD se simt în continuare responsabili de a cultiva o atitudine mentală deschisă față de conceptele ulterioare și dezvoltările de perspectivă ale OPD. În conceperea versiunii curente a OPD ne-am folosit experiența

câștigată în numeroasele seminarii de formare, alături de rezultatele studiilor empirice care au utilizat OPD. OPD-2 nu e un rezultat final, ci mai degrabă o etapă intermediară. Suntem convinși că acest instrument reprezintă un pas important pe drumul spre o psihoterapie psihodinamică fundamentată științific și conformă standardelor de calitate.

15

Manfred Cierpka, Heidelberg,
Purtător de cuvânt al OPD

Cuprins

27	<i>Capitolul 1. Baze teoretice</i>
28	1.1 De la OPD-1 la OPD-2
29	Orientarea spre proces
31	Identificarea resurselor
32	Interfața dintre axe
33	Determinarea priorităților și planificarea tratamentului
34	1.2 Obiectivele Grupului de lucru OPD
39	1.3 Conceptul de Diagnostic Psihodinamic Operaționalizat (OPD)
41	1.4 Considerații fundamentale privind diagnosticul multiaxial
44	1.5 Despre operaționalizarea constructelor psihanalitice
50	1.6 Abordări anterioare ale operaționalizării constructelor psihodinamice
55	1.7 Limitele OPD
58	<i>Capitolul 2. Rezultate empirice și experiențe cu OPD-1</i>
60	2.1 Criteriile de calitate ale OPD-1
63	2.2 Axa I: „Trăirea bolii și premisele tratamentului”
65	2.3 Axa II: „Relații interpersonale”
69	2.4 Axa III: „Conflict”
72	2.5 Axa IV: „Structură”
78	2.6 Concluzie

18	79	<i>Capitolul 3. Operaționalizarea axelor conform OPD-2</i>
	79	3.1 Axa I – Trăirea bolii și premisele tratamentului
	79	3.1.1 Introducere
	86	3.1.2 Trăirea bolii și premisele tratamentului
	87	3.1.2.1 Natura și gravitatea bolii existente
	88	3.1.2.2 Importanța contextului social – relația doctor–pacient
	91	3.1.2.3 Trăsăturile de personalitate
	92	3.1.2.4 Constructe teoretice relevante ale axei I
	92	Suferința subiectivă
	94	Conceptul de boală
	96	Resursele personale
	97	Deschiderea spre psihologie
	99	Sprijinul psihosocial
	102	Beneficiile secundare ale bolii
	106	Motivația pentru schimbare
	108	3.1.2.5 Operaționalizarea trăirii bolii și premisele tratamentului în OPD
	109	3.1.2.6 Schimbări ale axei I realizate în OPD-2
	111	3.2. Axa II – Relații interpersonale
	112	3.2.1 Introducere
	114	3.2.2 Experiențele de relaționare și organizarea lor intrapsihică
	116	3.2.3 Configurarea interpersonală a conflictelor și structurilor intrapsihice
	119	3.2.4 Diagnosticul disponibilității pentru transfer
	120	3.2.5 Despre relația dintre transfer și repunere în scenă
	122	3.2.6 Abordări empirice în cercetarea tiparelor relaționale
	126	3.2.7 Conceptul de diagnostic relațional în OPD
	127	3.2.7.1 Categoriile ale comportamentului interpersonal
	129	3.2.8 Rezumat
	131	3.3 Axa III – Conflict
	131	3.3.1 Ce sunt conflictele?
	136	Conflictele în teoria analitică clasică a dezvoltării
	137	Despre relația conflictului cu structura
	142	Conflict și diagnostic

142	Conflict și afect dominant
145	3.3.2 Ceea ce mobilizează o persoană – de la motivație la conflict
151	3.3.3 Abordări anterioare ale diagnosticului conflictului
155	3.3.4 Conflictele în OPD
158	3.3.5 Similarități și diferențe ale axei „conflict” între OPD-1 și OPD-2
158	3.4. Axa IV – Structură
158	3.4.1 Termenul de structură
159	3.4.2 Structura ca termen psihologic
161	3.4.3 Structura în sens psihanalitic
162	3.4.4 Psihologia dezvoltării structurii
164	3.4.5 Despre operaționalizarea structurii în OPD
167	3.4.6 Structură și tulburare structurală: diferite niveluri de integrare
170	3.4.7 Diagnostic structural
170	3.4.8 Experițe cu axa „structură” și dezvoltarea ei ulterioară până la OPD-2
172	3.4.9 Similarități și diferențe ale axei „structură” între OPD-1 și OPD-2
173	3.5 Axa V – Tulburări psihice și psihosomatice
173	3.5.1 Introducere
173	3.5.2 Baze teoretice
177	3.5.3 Diagnosticul multiaxial în psihiatrie
178	3.5.4 Construcția și operaționalizarea axei V în OPD
179	3.5.4.1 Stabilirea diagnosticului și principiul comorbidității
181	3.5.4.2 Premisele diagnosticului pe axa V
182	3.5.4.3 Dezvoltări posibile ale diagnosticului ICD și DSM
183	3.5.5 Completări și clarificări ale categoriilor de diagnostic ICD-10 în relație cu OPD
187	3.6 Conexiuni și interacțiuni conceptuale între axe
187	3.6.1 Procesul de compilare a materialului diagnostic și integrarea lui
190	3.6.2 Conexiunea dintre axe

20	190	Conflict și structură (relația dintre axele III și IV)
	194	Despre gestionarea conflictului și structurii în tiparele relaționale (relația cu axa II)
	198	Formarea simptomelor (relația cu axa V: „tulburări psihice și psihosomatice“)
	201	Trăirea bolii și premisele tratamentului (relația cu axa I)
	206	<i>Capitolul 4. Manualizarea axelor conform OPD-2</i>
	206	4.1 Axa I – Trăirea bolii și premisele tratamentului
	210	4.1.1 Severitatea actuală a tulburării/problemei
	210	4.1.1.1 Severitatea simptomelor
	212	4.1.1.2 Evaluarea globală a funcționării (GAF – Global Assessment of Functioning)
	213	4.1.1.3 EQ-5D
	215	4.1.2 Durata tulburării/problemei
	215	4.1.2.1 Durata problemei curente
	215	4.1.2.2 Vârsta la debutul bolii
	216	4.1.3 Trăirea bolii și modul în care este prezentată și concepția pacientului despre boală
	216	4.1.3.1 Suferința subiectivă
	218	4.1.3.2 Prezentarea acuzelor fizice și a problemelor
	221	4.1.3.3 Prezentarea aspectelor și a problemelor psihologice
	223	4.1.3.4 Prezentarea problemelor sociale
	226	4.1.4 Concepția despre boală a pacientului
	226	4.1.4.1 Concepția despre boală orientată spre factorii somatici
	228	4.1.4.2 Concepția despre boală orientată spre factori psihologici
	230	4.1.4.3 Concepția despre boală orientată spre factori sociali
	232	4.1.5 Concepția despre schimbare a pacientului
	232	4.1.5.1 Tipul de tratament dorit: fizic
	234	4.1.5.2. Tipul dorit de tratament: psihoterapia
	235	4.1.5.3 Tipul dorit de tratament: domeniul social
	237	4.1.6 Resurse pentru schimbare
	237	4.1.6.1 Resurse personale

239	4.1.6.2 Sprijin (psiho)social
242	4.1.7 Impedimente în calea schimbării
242	4.1.7.1 Impedimente externe în calea schimbării
245	4.1.7.2 Impedimente interne în calea schimbării
247	4.1.5.P Concepția pacientului despre schimbare (modulul de psihoterapie)
248	4.1.5.P1 Reducerea simptomelor
250	4.1.5.P2 Concepție reflexivă/clarificarea motivelor/ orientată spre conflict
252	4.1.5.P3 Intervenția emoțional-suportivă
253	4.1.5.P4 Intervenția activ-directivă
255	4.1.6.P Resursele pentru schimbare ale pacientului
255	4.1.6.P1 Deschiderea
258	4.1.7.P Impedimente în calea schimbării
258	4.1.7.P1 Beneficii secundare ale bolii/tulburării care mențin problema
261	4.2 Axa II – Relații interpersonale
261	4.2.1 Introducere
262	4.2.2 Modificări ale axei II din OPD-1 și axa II din OPD-2
263	4.2.3 Procedura standard
264	4.2.3.1 Perspectiva trăirii experienței
266	4.2.3.2 Pozițiile interpersonale
267	4.2.3.3 Lista de itemi
270	4.2.3.4 Modelul circumplex
273	4.2.3.5 Formularea dinamicii relaționale
275	4.2.3.6 Procedura practică
277	4.2.3.7 Exemplu clinic
280	4.2.4 Scorarea temelor și a resurselor
280	4.2.4.1 Temele relaționale
283	4.2.4.2 Procedura practică
284	4.2.4.3 Contratransferul
284	4.3.4.4 Exemplu clinic
285	4.3. Axa III – Conflict
289	Scorarea conflictelor

22	294	Percepția limitată a conflictului și afectelor
	294	Studiu de caz: femeia care nu percepea nimic
	297	Conflictul actual – modul pasiv
	297	Studiu de caz: directorul executiv
	298	Conflictul actual – modul activ
	298	Studiu de caz: văduva
	299	4.3.1. Individuație versus dependență
	303	Individație versus dependență – modul pasiv
	303	Studiu de caz: menajera
	305	Individație versus dependență – modul activ
	305	Studiu de caz: reprezentantul de vânzări
	306	4.3.2. Submisivitate versus control
	310	Submisivitate versus control – modul pasiv
	310	Studiu de caz: funcționarul
	312	Submisivitate versus control – modul activ
	312	Studiu de caz: antreprenorul
	313	4.3.3. Nevoia de îngrijire versus autosuficiență
	317	Nevoia de îngrijire versus autosuficiență – modul activ (și conflictul de vinovăție – modul pasiv)
	317	Studiu de caz: soția inginerului
	319	Nevoia de îngrijire versus autosuficiență – modul pasiv (conflict oedipian – modul pasiv)
	319	Studiu de caz: funcționarul de la Justiție
	320	4.3.4. Stima de sine
	324	Conflictul legat de stima de sine – modul pasiv
	324	Studiu de caz: dezamăgitul
	326	Conflictul legat de stima de sine – modul activ
	326	Studiu de caz: consultantul financiar
	328	4.3.5. Conflictul legat de vinovăție
	332	Conflictul legat de vinovăție – modul pasiv
	332	Studiu de caz: teama de succes
	333	Conflictul legat de vinovăție – modul activ
	333	Studiu de caz: dorințe de relaționare
	336	4.3.6. Conflictul oedipian
	340	Conflictul oedipian – modul pasiv

340	Studiu de caz: studenta
341	Conflictul oedipian – modul activ
341	Studiu de caz: pacienta de la Urgență
342	4.3.7. Conflictul legat de identitate
346	Modul mixt pasiv și activ
346	Studiu de caz: expatriata elvețiană
349	4.4. Axa IV- Structura
349	4.4.1 Introducere
351	4.4.2 Operaționalizare
354	4.4.3 Dimensiunile structurale ale evaluării
354	Abilități cognitive: percepția de sine și percepția obiectului
359	Capacitatea de control: autoreglarea și reglarea relațiilor de obiect
365	Abilitatea emoțională. Comunicarea internă și externă
370	Abilitatea de atașare: obiectele interne și externe
375	Excurs: Funcția structurală a apărărilor
379	4.4.4 Studii de caz
388	<i>Capitolul 5. Interviul OPD</i>
389	5.1 Teoria interviului psihodinamic
399	5.2 Susținerea interviului OPD
399	5.2.1 Premise
400	5.2.2 Principii
406	5.2.3 Fazele interviului
406	5.2.3.1 Faza inițială
409	5.2.3.2 Investigarea episoadelor relaționale
413	5.2.3.3 Investigarea percepției de sine, a domeniilor subiective și obiective ale vieții
415	5.2.3.4 Investigarea percepției obiectelor, a domeniilor subiective și obiective ale vieții
418	5.2.3.5 Motivația pentru psihoterapie, premisele tratamentului, capacitatea de insight
420	5.2.3.6 Tulburări psihice și psihosomatice

24	422	<i>Capitolul 6. Studiu de caz: „Izgonirea din rai”</i>
	422	6.1. Vigneta unui interviu
	426	6.2 Evaluarea și documentarea cazului
	433	6.3 Comentarii asupra evaluării
	433	6.3.1 Trăirea bolii și premisele tratamentului
	436	6.3.2 Relațiile interumane
	439	6.3.3 Conflictul
	442	6.3.4 Structura
	445	6.3.5. Tulburări psihice și psihosomatice
	445	6.3.6. Integrarea axelor
	448	<i>Capitolul 7. Selectarea priorităților și planificarea tratamentului</i>
	449	7.1 Stabilirea indicației pentru tratament pe baza OPD, axa I
	454	7.2 Determinarea priorităților pe baza OPD, axele II-IV
	455	Relațiile interpersonale
	457	Conflict
	457	Structură
	459	7.3 Principiile de selectare a priorităților
	462	7.4 Părțile componente ale priorităților
	463	7.5 Planificarea tratamentului și obiectivele terapeutice
	465	Tulburări cu bază predominant conflictuală
	469	Tulburări cu bază predominant structurală
	477	Tulburări cu bază predominant conflictuală complicate de limitări structurale
	481	7.6 Particularități ale elaborării psihodinamice a tiparelor relaționale disfuncționale
	486	7.7 Concluzii
	488	<i>Capitolul 8. Măsurarea schimbărilor cu ajutorul OPD</i>
	488	8.1 OPD și măsurarea schimbărilor: considerații de bază
	489	8.2 Modelul unei măsurări a schimbărilor cu ajutorul OPD
	493	8.3 Fidelitate și validitate
	494	8.4 Aplicații clinice

498	<i>Capitolul 9. Aree de practică și asigurarea calității</i>	25
498	9.1 Bazele legale ale asigurării calității în psihoterapie	
499	9.2 Asigurarea calității în psihoterapia psihodinamică (QPP)	
503	9.3 OPD în procesul de expertiză a psihoterapiei standard	
507	9.4 OPD în tratamentul pacienților din spitalele cu profil psihoterapeutic–psihosomatic	
509	9.5 OPD în spitalele de reabilitare psihosomatică	
512	9.6 Formare, educație continuă și studii postuniversitare	
513	9.7 OPD și comisiile de expertiză medicală	
519	<i>Capitolul 10. Formarea continuă (cu adresele centrelor de formare)</i>	
519	Interese și necesități	
520	Organizarea seminariilor de formare și educație continuă în OPD	
523	Obiectivele de conținut ale formării	
524	Certificare	
524	Experiențele seminariilor de formare	
525	Perspective	
526	Centre de formare	
528	Formatori autorizați	
535	<i>Capitolul 11. Bibliografie</i>	
583	<i>Capitolul 12. Adresele autorilor</i>	
590	<i>Capitolul 13. Instrumentele de lucru OPD</i>	
590	13.1 Axa I - Modulul judiciar	
593	13.2 Axa II	
593	13.2.1. Lista itemilor pentru axa relațiilor interpersonale	
594	13.2.2 Cotarea temelor și resurselor	
597	13.3 OPD-2 Inventarul conflictelor	
618	13.4 OPD-2 Inventarul structural	
629	13.5 Scala de restructurare Heidelberg	

26	630	13.6 Instrumentele interviului
	631	13.6.1 Instrumentele interviului pentru axa I
	634	13.6.2 Instrumentele interviului pentru axa II
	636	13.6.3 Instrumentele interviului pentru axa III
	650	13.6.4. Instrumentele interviului pentru axa IV
	664	13.7 OPD-2 Formular de colectare a datelor
	671	13.8 OPD-2 Formular de colectare a datelor – Modulul judiciar
	673	13.9 OPD-2 Formular de colectare a datelor pentru alegerea priorităților/obiectivelor
	675	<i>Capitolul 14. Module adiționale</i>
	675	14.1 Scala evaluării funcționării globale (GAF)
	676	14.2 EQ-5D
	678	14.3 Inventarul mecanismelor de apărare
	681	14.4 Percepția corpului ca o funcție a structurii psihice

Baze teoretice

În anul 1992, mai mulți psihanalisti, terapeuți de orientare psihosomatică și psihiatri din Germania au înființat un grup de lucru care s-a numit „Grupul de lucru pentru Operaționalizarea Diagnosticului Psihodinamic” (OPD). Obiectivul acestuia a fost să dezvolte clasificarea tulburărilor psihice orientate spre descriere și bazate pe simptom prin adăugarea unor dimensiuni psihodinamice fundamentale. Grupul de lucru OPD a dezvoltat un inventar diagnostic și un manual de intervenție în criză (Arbeitskreis OPD, 1996) pentru terapeuți experimentați, având drept scop utilizarea acestor instrumente în formare și în aplicații clinice. În continuare, au fost publicate fișele de evaluare a simptomelor pentru axele individuale (Grande/Oberbracht, 2000; Rudolf et al., 1998) pentru a face procesul de evaluare mai ușor de aplicat și mai fidel.

Diagnosticul psihodinamic multiaxial se bazează pe cinci axe definite ca: „trăirea bolii și premisele tratamentului”, „relații interpersonale”, „conflict”, „structură” și „tulburări psihice și psihosomatice, în concordanță cu Capitolul V (F) al ICD 10”. După un interviu inițial de o oră sau două, clinicianul (sau un observator extern) evaluează profilul psihodinamic al pacientului pe baza acestor axe și înregistrează datele pe formularele de evaluare.

Este posibil ca o mare parte dintre cititori să fie familiarizați cu instrumentarul OPD-1, așa încât vom începe cu un sumar al schimbărilor aplicate OPD-1, al cărui rezultat a fost OPD-2. După această introducere vom trece în revistă, pe scurt, istoria OPD, obiectivele sale și conceptualizarea axelor. Apoi, va urma o prezentare a literaturii de specialitate legate de diagnosticul psihodinamic și de încercările de operaționalizare.

Cei deja familiarizați cu OPD-1 pot trece direct la Capitolul 2, care face un sumar al concluziilor cercetărilor generate de OPD-1. Noile operaționalizări ale axelor OPD-2 sunt descrise începând cu Capitolul 3.

1.1 De la OPD-1 la OPD-2

În această carte este introdusă cea de-a doua versiune a OPD. După 10 ani de experiență cu prima versiune (Arbeitskreis OPD, 2004) și aplicarea ei în diferite situații – seminarii de formare, educație continuă, în clinici ambulatorii sau spitale, în demersuri de asigurare a calității și în cercetări științifice – s-a elaborat această nouă versiune. Dincolo de considerațiile teoretice și conceptuale de bază, prezenta versiune propune un manual de diagnostic, care folosește cele patru axe psihodinamice (de la I la IV) cunoscute din OPD-1, pentru a identifica acele caracteristici psihodinamice relevante ale pacienților: în primul rând, modul în care își trăiesc boala și premisele tratamentului; în al doilea rând, tiparele relaționale disfuncționale; în al treilea rând, conflictele lor inconștiente și, în al patrulea rând, caracteristicile lor structurale și vulnerabilitățile legate de structură.

Această a doua versiune a OPD este mai mult decât o ediție revizuită a manualului inițial. După mulți ani în care s-au

realizat studii pe baza OPD-1, pe baza concluziilor cercetărilor disponibile (vezi Capitolul 2), cu un feedback constant din seminariile de formare și din experiența clinică acumulată a apărut necesitatea de a perfecționa varianta inițială a OPD, astfel încât acesta să se transforme dintr-un instrument pur de diagnostic într-un instrument de planificare a tratamentului și de măsurare a schimbării. Iată principalele aspecte în care s-au operat schimbări în cele patru arii importante ale OPD-2:

- acesta nu mai este doar un instrument de diagnostic, focalizându-se într-o mare măsură pe procesele terapeutice,
- ia în considerare resursele și punctele forte ale pacientului,
- poate acum să conceptualizeze, într-o mai mare măsură, interfața dintre axe,
- face posibilă planificarea exactă a tratamentului, oferindu-i terapeutului posibilitatea de a determina prioritățile terapeutice.

Orientarea spre proces

Procesul de planificare a tratamentului trebuie să se bazeze pe cei trei piloni: diagnosticul, formularea priorităților terapiei și identificarea potrivită a pașilor terapiei. Efectele acestor pași pot fi ulterior evaluate în practica zilnică. În acest caz, scopul diagnosticului este să descrie caracteristicile și/sau atributele-cheie care trebuie schimbate, dar și să identifice resursele și competențele pacientului. Procesul de planificare a tratamentului este văzut aici, mai mult sau mai puțin, ca având loc în cadrul interacțiunilor terapeut-pacient.

Planificarea tratamentului și examinarea efectelor intervențiilor terapeutice necesită abordări diagnostice care, la rândul lor, îi permit cercetătorului să definească și să operaționalizeze variabilele; aceste variabile pot fi astfel măsurate ulterior în procesul terapeutic. Un diagnostic comparativ, axat pe descrierea persoanei, permite compararea cazurilor individuale cu normele empirice. În acest fel, se poate determina cât de mult diferă pacientul, în caracteristicile relevante, de eșantionul reprezentativ. Diagnosticalele comparative sunt importante în anumite momente, de cele mai multe ori la începutul și la sfârșitul terapiei, pentru a identifica problemele sau simptomele și pentru a evalua gravitatea lor. Aceasta implică recunoașterea tuturor factorilor care pot contribui nu doar la menținerea, ci și la dispariția simptomelor. Clasificarea acuzei, problemei ori simptomului într-un sistem de clasificare supraordonat (ca, de exemplu, ICD-10) constituie, de asemenea, o parte din diagnosticul stării. În acest sens, prima versiune a OPD a fost conceptualizată predominant ca un sistem de diagnostic „al stării”.

Manualul de față merge dincolo de aceasta, pentru a permite descrierea procesului schimbării în cazul pacientului. Cu diagnosticul OPD, tiparele relaționale disfuncționale, configurațiile conflictului intern generatoare de stres și modificările de structură ale pacientului pot fi identificate și apoi folosite pentru a deduce prioritățile terapeutice, în măsura în care ele sunt legate de simptomele și suferința pacientului. Schimbările pe care le aduce psihoterapia pot fi astfel urmărite progresiv, în categoriile OPD identificate.

Astfel, OPD-2 urmează cerințele actuale ale cercetării în psihoterapie, pentru a stabili efectele schimbării din cadrul

procesului de terapie și a identifica mecanismele eficiente ale psihoterapiei. Pe lângă abordările terapeutice și intervențiile potrivite, cunoștințele despre proces sunt încorporate în fiecare etapă a tratamentului. Scopul este de a adapta cât mai bine procesul terapeutic nevoilor pacientului.

Cu noul lui sistem, OPD-2 se orientează în direcția principiului pe care Strupp și Schacht (1988) l-au numit „congruența problemă–tratament–rezultat”. Conform acestui principiu, trebuie să existe o similaritate, o congruență, între evaluarea problemei clinice, conceptualizarea schimbării dorite prin terapie și descrierea succesului clinic. Un asemenea succes nu trebuie măsurat doar prin chestionare obiective arbitrare sau prin metode observaționale, ci și folosind acele categorii utilizate inițial pentru a formula problema clinică. În acest fel, se folosește o bază conceptuală comună pentru problema care urmează să fie tratată, pentru procesul de intervenție și pentru rezultatul tratamentului. Prin adoptarea acestei noi direcții, OPD-2 intenționează să reflecte practica psihoterapeuților într-un mod mult mai direct.

Diagnosticul psihoterapeutic psihodinamic nu este sub nicio formă un scop în sine, ci trebuie întotdeauna înțeles ca un instrument în terapie.

Identificarea resurselor

O altă schimbare în OPD-2 a fost făcută pentru a permite o atenție mai mare acordată resurselor pacientului. Pe axa I, stresorii care acționează asupra pacientului sunt evaluați alături de resursele disponibile. Axa II nu este restrânsă la formularea modelelor relaționale disfuncționale, putând fi folosită și la

- 32 identificarea temelor relaționale, care reprezintă o resursă pentru pacient. În versiunea actuală a OPD, pe Axa „Structură” sunt descrise și abilitățile pacientului de a interacționa adecvat cu mediul și cu el însuși.

Interfața dintre axe

A treia arie care s-a schimbat caută să integreze, la nivel teoretic, informațiile disponibile pe toate axele. Secțiunea 3.6 elaborează conceptual interfețele dintre axele individuale. De la Capitolul 5 la Capitolul 9 se precizează consecințele practice ale diagnosticului și alegerea priorităților. Până acum, axele au fost conceptualizate ca fiind independente una de cealaltă. În același timp, a fost întotdeauna clar că rezultatele cercetărilor de pe axele individuale sunt interconectate.

De exemplu, formularea actuală vede trăirea disfuncțională a relațiilor și comportamentul disfuncțional în relații atât ca rezultat al conflictelor interne care se manifestă în istoria de viață a pacientului, cât și ca deficit structural sau ca vulnerabilitate structurală. Această conceptualizare necesită decizii care nu sunt ușoare din partea terapeutului. Acesta se va întreba: „Consider tiparele relaționale dureroase în care se angajează pacientul în contextul simptomelor manifestate, ca rezultând din conflict sau din structură, sau consider că atât caracteristicile structurale, cât și cele conflictuale sunt factori declanșatori ce mențin simptomatologia?” Deciderea diagnosticului va determina strategii terapeutice diferite.

Un capitol separat introduce planificarea tratamentului folosind OPD-2. În noile manuale, toate axele permit determinarea priorităților. Ele sunt definite ca acele caracteristici ale constatărilor OPD care contribuie la cauza și la menținerea unei tulburări, jucând, astfel, un rol vital în psihodinamica bolii. Acest aspect este compatibil cu asumția că ceva trebuie să se schimbe în legătură cu prioritățile, dacă se doresc progrese terapeutice substanțiale.

Când se stabilesc prioritățile, contribuția relativă a aspectelor structurale sau conflictuale poate varia în funcție de tipul de tulburare; aceste contribuții trebuie să fie reflectate în alegerea priorităților. În cazurile fără echivoc se vor alege priorități pur structurale sau pur conflictuale. Totuși, în majoritatea cazurilor, ambele aspecte sunt importante. OPD pleacă de la premisa că prioritățile se pot schimba pe parcursul terapiei. Formularea priorităților la începutul terapiei duce la planificarea tratamentului, care se poate modifica, pe parcursul terapiei, după necesitate. Esențial este ca terapeutul să fie responsabil pentru strategiile alese și să facă transparente pentru pacient conceptualizările legate de schimbare.

OPD-2 trebuie să treacă testul practicii clinice. Spre deosebire de OPD-1, noua ediție oferă o scurtă versiune pentru fiecare axă, potrivită pentru utilizarea clinică de rutină. Pe lângă acestea sunt disponibile și versiunile mai extinse, în scopul utilizării lor pentru cercetare sau pentru elaborarea opiniilor expertului clinician, necesare completului de judecată. În acest fel, OPD se dezvoltă mai mult spre un sistem modular pentru diagnostic și planificarea tratamentului și poate fi folosit în diferite domenii de aplicare.

1.2 Obiectivele Grupului de lucru OPD

Psihoterapia orientată psihodinamic clasifică fenomenele psihice bazându-se, în mare parte, pe constructele (meta)psihologice din teoria psihanalitică. Freud (2010/1923a), în teoria lui structurală, descrie pentru prima dată personalitatea în termeni de Eu, Se și Supraeu, creând astfel bazele pentru clasificarea psihanalitică a fenomenelor psihice. Similar, conceptul dezvoltării pulsionii pregenitale și genitale poate fi folosit pentru operarea unor clasificări. Mai târziu, „regresia la punctele de fixație”, precum și configurațiile și mecanismele de apărare specifice au fost legate de diferite tipuri de afecțiuni. Până în ziua de astăzi, literatura psihanalitică actuală folosește teoria pulsionilor – pentru a diferenția personalitatea și pentru a clasifica tulburările psihice, completată de psihologia Eului, teoria relațiilor de obiect și psihologia Sinelui (cf. de exemplu, Shapiro, 1991).

În situația clinică, aceste constructe sunt folosite pentru a surprinde funcțiile psihice și tulburările acestora. De exemplu, psihoterapeuții le folosesc în procesul de interviu inițial, pentru a conceptualiza istoria cazului, putând astfel descrie legăturile dintre simptomele pacientului și tulburările din dezvoltarea lui emoțional-cognitivă. Materialul pe care îl aduce pacientul în situația terapeutică și diagnostică și percepțiile și observațiile psihoterapeutului din interacțiunea terapeut-pacient vor fi cumulate, pentru a constitui diagnosticul psihodinamic.

În același timp, de-a lungul timpului, au fost formulate mai multe teorii metapsihologice, cu un nivel de abstracție atât de înalt, încât au fost, una câte una, excluse din rândul fenomenelor clinice observabile și au devenit speculative. Aceasta a dus la

teorii foarte eterogene și la ambiguități în terminologia și conceptualizarea psihanalitică.

Dar și pentru constructele care se află la niveluri mai apropiate de observație, cum ar fi tiparele transferențiale, configurațiile afectului sau acțiuni specifice, formulate la un nivel mai scăzut de abstracție, consensul dintre clinicieni era mai scăzut decât ar fi fost de așteptat. Aceste probleme au constituit un punct de început pentru o inițiativă de tipul „Diagnosticului Psihodinamic Operaționalizat (OPD)”.

Un alt imbold pentru a forma Grupul de lucru OPD a fost nemulțumirea legată de sistemele descriptive de clasificare existente (DSM-III, IV, și ICD-10), care puteau oferi o ghidare limitată psihoterapeuților orientați psihodinamic, pentru tratamentul pacienților.

Aceste sisteme de diagnostic nu doar abandonează conceptul de nevroză, dar mai mult decât atât, păstrează din plin concepte biologice și fenomenologice, neglijând validitatea categoriilor de diagnostic în favoarea fidelității acestora (cf. Schneider/Freyberger, 1990; Schneider/Hoffmann, 1992). Reiterând, un diagnostic centrat pe simptom, pur descriptiv, oferă clinicianului o orientare insuficientă pentru a elabora indicațiile pentru terapie și pentru a decide cum se va desfășura psihoterapia. În această situație, pentru psihoterapeuții orientați psihodinamic ar fi necesare, de exemplu, rubrici care să vizeze conflictele intrapsihice și interpersonale, nivelul structural sau nivelul trăirii subiective a bolii.

Această lipsă este percepută și mai clar datorită faptului că acești terapeuți au o bogată experiență clinică în lucrul cu conceptele psihanalitice ale bolii, menționate anterior. Cu ajutorul acestor concepte, ei stabilesc legături între simptome,

36 conflictele care le declanșează, relațiile disfuncționale ale pacientului și istoria lui de viață, în sensul cel mai larg.

Astfel, subiacent dezvoltării sistemelor de clasificare psihiatrice a apărut necesitatea includerii unor noi niveluri diagnostice relevante. Pentru a satisface această nevoie, diagnosticul psihodinamic, complementar celui fenomenologic, a identificat noi constructe apropiate observației.

În luna septembrie a anului 1992, la inițiativa lui Manfred Cierpka și Wolfgang Schneider, a fost fondat Grupul de lucru „Operaționalizarea Diagnosticului Psihodinamic” (OPD). Membrii acestuia s-au concentrat pe elaborarea unui proiect multicentrat, lucrând în colaborare și având drept obiectiv completarea clasificării tulburărilor psihice descriptive, orientate spre simptom, din ICD-10, cu noi dimensiuni psihodinamice. Scopul, structura și metoda de lucru sunt stabilite prin statut. Responsabilitățile Grupului de lucru constau în: sprijinirea proiectului în ansamblu, asigurarea unui fundament științific acestuia și a unei baze empirice, promovarea lui în fața publicului de specialitate și deschiderea spre coroborarea cu eforturile internaționale de clasificare a bolilor psihice din cadrul DSM și ICD. Grupul de lucru a decis axele care au fost ulterior dezvoltate, precum și structura organizației. Purtătorul de cuvânt și reprezentatul Grupului de lucru OPD (până în 1998, S.O. Hoffmann, și de atunci până în prezent, M. Cierpka), a avut sarcina de a coordona întregul grup și de a convoca ședințele regulate. Pe lângă aceasta, Grupul de lucru alege un Comitet Executiv care se ocupă cu toate sarcinile ce pot apărea, dacă acestea sunt legate de obiectivele principale ale OPD și de rezultatele realizate. Există mai multe grupuri de lucru, formate din experți științifici care s-au ocupat de operaționalizarea

propriu-zisă a diferitelor axe și a interviului și care sunt de asemenea responsabili cu actualizarea manualelor, inclusiv a exemplurilor clinice. Pe lângă acestea, au fost stabilite grupuri de lucru pentru: cercetare, asigurarea calității, formare pentru aplicarea OPD.

De la înființarea OPD au loc ședințe regulate cu membrii întregului Grup de lucru, pentru a menține proiectul în mișcare. În timp ce Grupul de lucru este supus unor fluctuații relativ normale a membrilor, nucleul grupului a rămas, în cea mai mare parte, constant. Finalizarea celei de a doua versiuni a OPD a durat mai mult de patru ani. O listă cu membrii actuali este inclusă în paginile de început. Principiile agreeate de grupul fondator sunt valabile și astăzi, acestea fiind următoarele:

1. modelul de lucru să urmeze, în principiu, modelul ICD, dat fiind faptul că acesta este un model folosit în mod tradițional de către instituțiile psihoterapeutice;
2. să se dezvolte și evalueze, în plus față de clasificarea ICD-10, axele de diagnostic relevante psihodinamic.

Drept cadru conceptual comun s-a stabilit elaborarea unui instrument orientat psihodinamic, relevant clinic, care să ia în considerare și să adapteze alte instrumente existente.

S-a stabilit că acest instrument nu trebuie să fie dificil de utilizat, plasându-se la un nivel mediu de abstracție, situat între descrierea pură a comportamentului, pe de o parte, și conceptualizarea metapsihologică pură, pe de altă parte.

În continuare, Grupul de lucru a încercat să creeze un sistem de referință lingvistic și terminologic, unitar și precis, aplicabil tuturor abordărilor și școlilor psihoterapeutice, fără a recurge la terminologia unei orientări terapeutice specifice.

Un diagnostic operaționalizat permite realizarea următoarelor obiective:

1. Să ofere indicații diagnostice și clinice într-o manieră relativ deschisă, astfel încât să permită utilizatorilor suficient loc pentru a-și aplica propriul raționament.
2. Să fie util pentru formarea în psihoterapia psihodinamică, tocmai pentru că oferă informații practice și elaborate cu privire la clasificările psihodinamice, dar și la cele fenomenologice.
3. Să contribuie la îmbunătățirea comunicării în cadrul comunității științifice în ceea ce privește constructele teoriei psihodinamice.
4. Să fie folosit ca un instrument empiric în cadrul cercetărilor științifice, contribuind astfel la omogenizarea testelor din unele proiecte de cercetare, prin utilizarea unor criterii de diagnostic mai stricte. Aceasta se poate realiza prin colectarea unor date psihodinamice și fenomenologice „de referință” la începutul studiului, înregistrarea evoluției bolii, examinarea indicațiilor pentru terapie și indicațiilor diferențiale, identificarea tiparelor individuale din diferite zone ale vieții și măsurarea eficienței terapiei.
5. Prin determinarea priorităților psihodinamice relevante, OPD poate fi folosit pentru planificarea tratamentului. Dacă, în interiorul cadrului orientat spre proces al OPD-2, sunt identificate ca zone problematice aspecte importante ce țin de conflictul inconștient, limitări structurale și comportament disfuncțional în relații, se formulează obiective focalizate pentru tratament planificat.

1.3 Conceptul de Diagnostic Psihodinamic Operaționalizat (OPD)

OPD este alcătuit din patru axe psihodinamice descrise anterior și o axă descriptivă. Primele patru axe se bazează pe o înțelegere psihodinamică derivată din psihanaliză. Vom porni de la premisa că principalii determinanți ai acestor patru axe corespund unor concepte psihanalitice parțiale (structura personalității, conflictul intrapsihic, transferul), din care concluziile inferate la nivelul inconștientului vor fi trase doar cu precauție și doar referitor la operaționalizările aferente.

De ce aceste cinci axe?

Axa I: Trăirea bolii și premisele tratamentului

Prima axă a fost aleasă datorită relevanței practice evidente a categoriilor implicate aici, care pot fi într-o oarecare măsură împrumutate din psihologia cognitivă: pacientul trebuie să fie „preluat din punctul în care se află și acolo unde sunt expectanțele lui”, ceea ce înseamnă că trebuie să începem de la simptomele legate de acuzele cu care pacientul se prezintă și de la expectanțele sale în legătură cu tratamentul. Accentul cade mai puțin pe comportamentele disfuncționale și mai mult pe elemente ale trăirii, motivației și resurselor existente. Aceste componente au fost bine investigate în psihologie și sunt relativ ușor de operaționalizat.

Axa II: Relații interpersonale

Axa II își are parțial rădăcinile în diagnosticul psihanalitic, care este și a fost întotdeauna și un diagnostic relațional,