1 Fundamentos teóricos

Em 1992, alguns psicanalistas, psiquiatras e psicoterapeutas fundaram, na Alemanha, um grupo de trabalho denominado Força-tarefa para um Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado – OPD Task Force (*Operationalized Psychodynamic Diagnosis – OPD Task Force*).

Esse grupo, desde a sua fundação, objetivou a expansão da classificação de transtornos mentais para além da descrição dos sintomas, adicionando algumas dimensões psicodinâmicas fundamentais. Assim, a OPD Task Force criou um inventário e um manual para diagnósticos (Arbeitskreis OPD, 1996). Esse material foi especificamente desenvolvido para ser utilizado por terapeutas experientes, e seus principais objetivos centram-se na capacitação e formação especializada e na utilidade clínica. Posteriormente, foram elaborados e publicados inventários de eixos diferenciados (Grande & Oberbracht, 2000; Rudolf, Oberbracht & Grande, 1998), a fim de facilitar o processo de avaliação do paciente, tornando-o mais prático e fidedigno.

O diagnóstico psicodinâmico operacionalizado é multiaxial, sendo constituído por cinco eixos, denominados "Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento", "Relações interpessoais", "Conflito", "Estrutura" e "Transtornos mentais e psicossomáticos", na linha do capítulo V (F) da CID-10. Após uma entrevista com duração de uma a duas horas, o clínico (ou um observador externo) avalia, de acordo com os cinco eixos do inventário, o perfil psicodinâmico do paciente e registra os dados obtidos no formulário de avaliação.

Partindo-se do pressuposto de que muitos dos presentes leitores já estão familiarizados com o OPD-1, elaboramos aqui, de forma sucinta, as principais alterações incluídas no OPD-1 que resultaram no atual OPD-2. Após essa breve introdução, apresentaremos em seguida alguns dados históricos do OPD, bem como os seus objetivos principais e as conceituações inerentes à construção dos eixos. Segue-se uma discussão decorrente da revisão bibliográfica sobre o diagnóstico psicodinâmico e as diferentes formas de operacionalizá-lo. Caso o leitor conheça com profundidade o OPD-1, sugerimos a possibilidade de avançar diretamente

para o capítulo 2, o qual apresentará uma revisão dos resultados de estudos realizados com o OPD-1. A operacionalização dos eixos do OPD-2 será descrita mais à frente, a partir do capítulo 3.

1.1 Do OPD-1 ao OPD-2

A segunda versão do OPD, que agora aqui apresentamos, consolidou-se após dez anos de validação e utilização da primeira versão (Arbeitskreis OPD, 1996; OPD Task Force, 2001). O OPD-1 foi aplicado em múltiplos e diversos contextos, tais como seminários de formação e pós-graduação, em pacientes internados e em nível ambulatorial, em estudos de avaliação qualitativa e na investigação científica. Além de incluir considerações teóricas básicas e conceituais, o OPD-1 disponibiliza igualmente um manual de diagnóstico com quatro eixos psicodinâmicos (I a IV) que permitem identificar as características psicodinâmicas mais relevantes dos pacientes: 1. o modo como os pacientes vivenciam a doença e os pré-requisitos com que se apresentam ao tratamento; 2. os seus padrões relacionais disfuncionais; 3. os seus conflitos inconscientes; e 4. as suas características estruturais, bem como as suas vulnerabilidades básicas estruturais.

A segunda versão do OPD é mais do que uma mera revisão da edição original. A necessidade de fazê-lo evoluir de um simples instrumento de diagnóstico tradicional para um instrumento de diagnóstico mais plural, capaz de se assumir como ferramenta eficaz na avaliação da mudança, e ainda, em que o treinamento clínico e a formação nunca deixassem de ser atendidos, materializou-se a partir de um trabalho de muitos anos, no qual foram conduzidos diversos estudos que alcançaram resultados significativos (ver capítulo 2). Esses resultados têm sido regularmente debatidos nos seminários de formação habituais, bem como na experiência clínica adquirida. As quatro grandes áreas que foram alteradas podem ser resumidas sistematicamente do seguinte modo:

- O OPD-2 já não se constitui como um instrumento predominantemente centrado no diagnóstico de uma situação específica, encontrando-se agora mais focado na evolução do processo terapêutico.
- O OPD-2 leva em consideração os recursos psíquicos e pontos fortes do paciente.
- O OPD-2 torna agora possível conceituar de forma mais profunda os aspectos de interligação entre os diversos eixos.
- O OPD-2 permite o planejamento do tratamento, facilitando ao terapeuta a determinação do foco terapêutico.

A organização do processo

O processo de tratamento deve ser planejado levando em consideração três pilares fundamentais: *diagnóstico, formulação dos objetivos terapêuticos* e *identificação dos passos terapêuticos mais apropriados*. Os efeitos desses procedimentos deverão ser avaliados, sempre que necessário, na prática clínica diária. O diagnóstico serve essencialmente para descrever as características problemáticas principais e/ou áreas de funcionamento que merecem atenção terapêutica. Não obstante, pode igualmente ser um instrumento útil para o reconhecimento dos recursos e das competências do paciente.

O processo do plano de tratamento é aqui encarado como algo que se estrutura e se contextualiza na inter-relação estabelecida entre o terapeuta e o paciente. Assim, o plano de tratamento e a avaliação dos efeitos da intervenção terapêutica requerem conceitos diagnósticos que permitem ao investigador definir e operacionalizar algumas variáveis, as quais serão posteriormente avaliadas no decorrer do processo terapêutico. A caracterização individual possibilita a comparação de cada caso com o grupo normativo. Desse modo, podemos determinar o quanto cada paciente se diferencia desse grupo normativo e em que características específicas. Os *cross-sectional diagnoses* revelam-se particularmente úteis em determinados momentos do processo terapêutico, como no início e no término do processo terapêutico, possibilitando a identificação de problemas ou sintomas, bem como o grau de severidade deles.

Esse procedimento implica claramente o reconhecimento de fatores que contribuem não apenas para a manutenção dos sintomas, mas igualmente para a sua dissolução. Nesse sentido, uma importante parte do diagnóstico do estado do paciente inclui a classificação da sua queixa, do problema ou dos seus principais sintomas em um sistema de classificação sistematizado e ordenado (como sucede, por exemplo, na CID-10). Se a primeira versão do OPD foi dominantemente conceitualizada como um sistema de "diagnóstico do estado", o atual manual procura ir além, uma vez que permite algo essencial: a descrição dos processos de mudança do paciente.

Com o diagnóstico do OPD, podem ser identificados os padrões de relacionamento disfuncionais, as configurações dos conflitos internos e as condições estruturais do paciente, os quais poderão, por sua vez, ser utilizados na escolha dos focos de intervenção terapêuticos, na medida em que se encontram naturalmente relacionados com os sintomas e o sofrimento atuais do sujeito. As mudanças decorrentes da psicoterapia devem, assim, ser progressivamente "trilhadas" de acordo com as categorias do OPD.

O OPD-2 procura, portanto, estar de acordo com alguns requisitos habituais da investigação psicoterapêutica, assinalando os efeitos da mudança à medida da sua ocorrência no processo terapêutico, de forma que simultaneamente se

identifiquem os mecanismos envolvidos na eficácia do processo de tratamento. O conhecimento então adquirido sobre todo esse processo é integrado em cada passo seguinte do tratamento, considerando o tipo de intervenção terapêutica que melhor se adéque. O principal objetivo é, portanto, tornar o processo terapêutico mais favorável e benéfico para o paciente.

Com o novo sistema do OPD-2, vamos ao encontro do princípio proposto por Strupp e Schacht (1988) nomeado de "congruência entre problema – tratamento – e resultados". O significado dessa máxima reside justamente na necessidade de haver uma similaridade, uma congruência entre a avaliação do problema clínico, a conceitualização da mudança desejada por meio da terapia e uma descrição do sucesso clínico. Cada êxito terapêutico não deve ser apenas avaliado arbitrariamente por meio da aplicação de questionários objetivos ou por métodos de observação clínica. Ele deve também incluir todas as categorias e conceitos que foram inicialmente levantados e usados no momento da formulação do problema. Desta forma, procura-se empregar uma base conceitual comum para o problema a ser tratado, para o processo de intervenção, bem como para os resultados alcançados pelo tratamento. Adotando estas novas diretrizes, o OPD-2 pretende refletir-se na prática clínica psicoterapêutica de uma forma mais objetiva.

Sublinhe-se que o diagnóstico psicodinâmico não é um fim em si mesmo, mas uma ferramenta de orientação da ação terapêutica que está sendo realizada.

Identificação de recursos

Uma mudança adicional foi introduzida no OPD-2 a fim de levar em conta os recursos dos pacientes. No eixo I, discrimina-se a forma como o paciente vivencia a sua doença (isto é, o modo como ele avalia o problema, apresenta-o e conceitualiza-o), e a alteração adicionada nesta segunda versão se refere, então, à identificação dos recursos usados pelo paciente para enfrentar a sua problemática.

Por sua vez, o eixo II não se restringe somente à observação de relacionamentos de natureza disfuncional, sendo também utilizado para identificar temáticas relacionais que se constituam como recursos pessoais. Seguindo esta linha, existe agora no eixo IV (estrutura) do OPD-2 a possibilidade de descrever as capacidades do paciente que lhe permitam uma interação adequada com seu meio ambiente e consigo mesmo.

Inter-relações entre os eixos

Uma terceira área de alterações refere-se à integração teórica entre os eixos. A seção 3.6 deste manual elabora conceitualmente as inter-relações entre os dife-

rentes eixos. Em seguida, nos capítulos 5 ao 9, são enunciadas as consequências práticas associadas à formulação diagnóstica e à escolha do foco terapêutico. Até então, nos trabalhos anteriores, os eixos eram concebidos como simétricos e independentes uns dos outros. Contudo, sempre pareceu evidente, pelos dados alcançados, que os eixos se encontravam inter-relacionados. A atual formulação concebe, por exemplo, que as vivências disfuncionais de relacionamentos e os comportamentos disfuncionais nas relações são decorrentes de conflitos internos associados à história do paciente, mas também de déficits estruturais ou de vulnerabilidades estruturais de base. Ora, essa nova conceitualização impõe e justifica uma tomada de decisão importante pelo terapeuta. Entendo, assim, que o paciente tem padrões relacionais dolorosos porque os sintomas expressados advêm da existência de conflitos ou da sua estrutura? Ou entendo, por outro lado, que ambos (conflitos e características da estrutura da sua personalidade) são os elementos que mantêm os sintomas? Há assim a inevitabilidade de que de toda e qualquer decisão diagnóstica decorrerão de diferentes estratégias terapêuticas.

Determinação do foco terapêutico e o planejamento do tratamento

O planejamento do tratamento por meio do OPD-2 será introduzido em um capítulo à parte. Neste novo manual, todos os eixos permitem a determinação de um foco terapêutico. Este será definido em função das características obtidas a partir do OPD, características essas que não só contribuem para a causa ou manutenção do distúrbio, mas que também representam um papel vital no funcionamento psicodinâmico da doença. A determinação estrutura-se a partir da ideia de que algo precisa ser alterado no foco terapêutico para que haja progresso terapêutico.

Quando se procura determinar um foco terapêutico, a contribuição relativa dos aspectos estruturais ou conflituais pode variar, dependendo do tipo de distúrbio. Note-se que essa relação deve ser levada em consideração na seleção de um foco terapêutico. Nos casos inequívocos, podemos selecionar um foco de natureza exclusivamente conflitual ou de natureza exclusivamente estrutural. Não obstante, sublinhamos que, na maioria dos casos, ambos os aspectos se revelam importantes. O OPD parte do princípio de que o foco pode alterar-se à medida que o processo terapêutico se desenvolve. Assim, no início do processo terapêutico, a formulação do foco facilita o planejamento do tratamento, ainda que durante o decorrer do acompanhamento psicoterápico esse planejamento possa ser alterado. Neste sentido, o que aqui é particularmente relevante é que o terapeuta seja capaz de ter bem presentes em sua mente quais serão as suas estratégias terapêuticas, deixando clara na relação com o paciente a razão de eventuais mudanças conceituais.

O OPD-2 deverá ser testado na prática clínica. Ao contrário do OPD-1, esta nova edição proporciona uma breve versão para cada eixo que, sem dúvida, é adequada para o uso clínico rotineiro. Além disso, versões expandidas estão disponíveis e podem ser utilizadas em investigações científicas ou em perícias. Nesse sentido, o OPD está sendo desenvolvido em um sistema modular, visando ao diagnóstico e ao estabelecimento de um plano de tratamento, além de poder vir a ser utilizado em outros contextos e áreas.

1.2 Objetivo da OPD Task Force

De modo geral, a psicoterapia de orientação psicodinâmica classifica os fenômenos mentais de forma diferente dos construtos metapsicológicos da teoria psicanalítica. Freud (1923), na sua segunda tópica, denominada teoria estrutural, descreveu pela primeira vez o mundo mental em função das instâncias ego, id e superego, criando assim as bases essenciais para uma classificação psicanalítica dos fenômenos mentais. Similarmente, os conceitos de desenvolvimento pulsional de natureza pré-genital e genital podem igualmente ser utilizados com propósitos classificativos. Mais tarde, foram ainda associados a diferentes tipos de patologia os pressupostos compreensivos da "regressão a pontos de fixação", da utilização de determinados mecanismos de defesa e as configurações mentais.

Até os dias de hoje, a literatura psicanalítica utiliza a teoria pulsional como fundamento diferenciador de aspectos da personalidade, bem como para classificar a doença mental, ainda que naturalmente complementada por contribuições de diversas outras abordagens como a psicologia do ego, a teoria das relações de objeto e a psicologia do self (cf. *e. g.*, Shapiro, 1991).

No contexto clínico esses construtos são fundamentalmente utilizados para alcançar a compreensão do funcionamento mental e das suas perturbações. Os psicoterapeutas utilizam-nos, por exemplo, nas entrevistas iniciais, na conceitualização da história clínica e para descrever as associações entre os sintomas dos pacientes e o desenvolvimento dos distúrbios cognitivo-emocionais. Tendo em vista a elaboração de um diagnóstico psicodinâmico, é reunido e integrado todo o material que cada paciente traz para a situação de diagnóstico e terapêutica, incluindo as observações psicoterapêuticas, bem como as percepções da interação paciente-terapeuta.

Contudo, ao longo do tempo, têm sido formuladas muitas teorias metapsicológicas com tão elevado nível de abstração que elas se tornam distantes da observação de fenômenos clínicos e, por isso, tendencialmente especulativas. Essa situação originou uma perspectiva teórica tão ambígua quanto heterogênea na terminologia e formulação conceitual psicanalítica.

Para além disso, os construtos mais próximos da observação clínica, tais como os padrões transferenciais, a configuração dos afetos ou as ações específicas formuladas com um menor nível de ação abstração, têm demonstrado uma maior concordância entre os diferentes clínicos. Esse problema tornou-se, pois, um dos pontos de partida para a iniciativa do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD).

Houve ainda outro fator determinante para levar a cabo a tarefa da OPD Task Force que consistiu na constatação de uma insatisfação geral com os sistemas de classificação (DSM-III, IV, ou a CID-10), uma vez que estes oferecem orientações terapêuticas muito limitadas para os psicoterapeutas de orientação psicodinâmica.

Esses sistemas de diagnóstico não só abandonaram o conceito de neurose, como também recorreram extensamente a conceitos fenomenológicos e biológicos que claramente negligenciaram os estudos de validade e confiabilidade sobre categorias de diagnóstico (cf. Schneider & Freyberger, 1990; Schneider & Hoffmann, 1992). O diagnóstico centrado na descrição de sintomas fornece poucas diretrizes a um terapeuta psicodinâmico sobre como orientar o seu trabalho. Por meio desses diagnósticos de caráter descritivo, o psicoterapeuta de orientação psicodinâmica sentirá a falta de informação, por exemplo, do funcionamento intrapsíquico e dos conflitos interpessoais a um nível da integração estrutural da personalidade do paciente, ou então da sua vivência subjetiva sobre a doença.

Essa limitação torna-se ainda mais evidente quando o psicoterapeuta já tem uma larga experiência clínica de base psicanalítica. Com base em conceitos psicanalíticos é possível estabelecer as ligações entre os sintomas, os conflitos subjacentes, os relacionamentos disfuncionais dos pacientes e a sua história de vida em um sentido lato.

Desta forma, subsequente ao desenvolvimento dos sistemas de classificação psiquiátricos, foi surgindo a necessidade de criar outros métodos que tivessem em conta este nível de conceitualizações. O diagnóstico psicodinâmico, em complementaridade com os diagnósticos fenomenológicos, permite assim identificar construtos que se aproximem consideravelmente dos dados observáveis.

Em setembro de 1992, por iniciativa de Manfred Cierpka e de Wolfgang Schneider, foi fundada a *Operationalization of Psychodinamic Diagnosis (OPD) Task Force*. Reuniram-se diversos pesquisadores para formar um vasto projeto de trabalho em rede, concretizando o objetivo de expandir a classificação descritiva de sintomas das perturbações mentais da CID-10, e de também acrescentar a essa classificação algumas dimensões psicodinâmicas em que os seus objetivos, estrutura e metodologia de trabalho passassem a ser reguladas por estatutos próprios. É, pois, da responsabilidade da Task Force apoiar o projeto como um todo,

garantindo um sólido progresso científico, bem como a sua expansão e representação pública nos meios especializados, e ainda idealmente coordenar a sua ligação com os meios científicos que suportam outros sistemas de classificação da doença mental, como o DSM ou a CID. Cabe à Task Force decidir quais os eixos a desenvolver e qual a estrutura da sua organização. A OPD Task Force foi representada até 1998 por S. O. Hoffmann. A partir desse momento, Manfred Cierpka assumiu a tarefa de coordenar todo o grupo com a convocação dos membros para encontros científicos regulares.

À Task Force cabe também a responsabilidade de eleger um Comitê Executivo que assuma as funções de estimular, coordenar e desenvolver as atividades, salvaguardando sempre os objetivos e interesses do OPD. Existem atualmente vários grupos de trabalho de especialistas responsáveis pelo estudo da operacionalização dos diversos eixos e das entrevistas diagnósticas. Além disso, o grupo elabora atualizações permanentes do manual, incluindo os exemplos clínicos. Em complementaridade com os trabalhos de investigação, como garantia de qualidade, criou-se adicionalmente um programa de formação e treino especializados para o estudo e manejo clínico do OPD.

Desde a sua fundação, a equipe do OPD tem realizado congressos regulares da Task Force de forma a preservar e desenvolver todo o projeto. Embora esse comitê tenha sofrido algumas alterações ao longo do tempo, uma boa parte do grupo inicial ainda se mantém.

Foram necessários quase quatro anos para completar a segunda versão do OPD. Uma lista dos membros atuais é apresentada nas páginas 401-405.

Os princípios do grupo fundador permanecem até hoje profundamente válidos, a saber:

1. De forma geral, o trabalho deve seguir o modelo da CID, uma vez que este tem assumido especial importância nas instituições psicoterapêuticas.

2. Em complemento à classificação da CID-10, devem ser desenvolvidos eixos psicodinâmicos de diagnóstico e avaliação de importância.

Como estrutura conceitual, foi acordado desde o início que se deveria procurar criar um instrumento de orientação psicodinâmica, com relevância clínica, capaz de não apenas ter em conta as outras abordagens já existentes, mas também conseguir adaptar-se a elas.

Este novo instrumento deveria ser fácil de utilizar e, simultaneamente, capaz de alcançar um nível médio de ação/abstração, colocando-se entre a descrição pura do comportamento e a "pura" conceitualização metapsicológica.

A Task Force tem, assim, se esforçado em criar uma terminologia linguística precisa e uniforme entre as diferentes escolas, sem estar particularmente presa em uma escola conceitual e de tratamento específico.

Em termos gerais, um diagnóstico operacionalizado deve ter os seguintes propósitos:

1. Providenciar diretrizes de diagnóstico clínico formuladas de forma aberta, permitindo aos usuários alguma liberdade de ação na elaboração de suas decisões terapêuticas.
2. Ser útil para o treino da psicoterapia psicodinâmica, uma vez que fornece elementos práticos sob um ponto de vista psicodinâmico, conjugados com a classificação fenomenológica.
3. Promover na comunidade científica uma ampla e clara comunicação sobre construtos da teoria psicodinâmica.
4. Ser utilizado como ferramenta de investigação em estudos científicos e contribuir para a construção de amostras homogêneas em projetos de investigação, empregando critérios de diagnóstico mais rigorosos. Isso poderá ser alcançado através da construção de bases de dados de caráter fenomenológico e psicodinâmico, pelo registro do desenvolvimento de uma doença, pela avaliação das indicações para terapia ou outras indicações, pela identificação de padrões individuais em diferentes áreas da vida e pela investigação da eficácia e/ou eficiência da terapia.
5. O OPD pode ser utilizado para o planejamento do tratamento, uma vez que é capaz de determinar focos psicodinâmicos de maior importância. Na sequência da avaliação orientada no âmbito da entrevista do OPD-2, e no caso de serem detectados determinados aspectos de conflitos inconscientes, limitações estruturais ou ainda comportamentos disfuncionais na relação, é possível então planejar o tratamento em função desses critérios.

1.3 O conceito de Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD)

O OPD é composto por quatro eixos psicodinâmicos, já anteriormente apresentados, e um eixo descritivo. Os primeiros quatro eixos baseiam-se na compreensão psicodinâmica derivada da teoria psicanalítica. Partimos do pressuposto de que os principais determinantes nesses quatro eixos correspondem parcialmente a conceitos psicanalíticos (estrutura de personalidade, conflitos intrapsíquicos e transferência). Sendo assim, as conclusões finais sobre os aspectos do inconsciente devem ser elaboradas com cautela, remetendo para as respectivas operacionalizações.

Por que esses cinco eixos?

Eixo I: A vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento

O eixo I foi escolhido pela relevância óbvia das categorias implicadas, que de modo algum foram inspiradas na psicologia cognitiva. O paciente deverá ser "tomado no ponto onde se encontra, bem como das expectativas que revela", ou seja, devemos partir dos sintomas relacionados com as suas queixas e das suas expectativas em relação ao tratamento. A ênfase não é colocada nos seus comportamentos desajustados ou patológicos, mas essencialmente na sua experiência, motivação e recursos pessoais. Esses componentes têm sido investigados em profundidade na psicologia e são relativamente fáceis de operacionalizar.

Eixo II: Relações interpessoais

O eixo II encontra-se parcialmente enraizado no diagnóstico psicanalítico, que sempre foi e continua a ser um diagnóstico da *relação*, dada a forma como atribui uma importância particularmente relevante à interação entre os aspectos transferenciais e contratransferenciais. Ao contrário dos eixos III e IV, o eixo II não fornece configurações ou padrões prototípicos, mas um sistema de categorias comportamentais observáveis e que, por isso, poderão ser livremente combinadas entre si.

Eixo III: Conflito

No eixo III, os conflitos – peça-chave do diagnóstico psicanalítico clássico – assumem no OPD um papel especialmente relevante, especificamente no que diz respeito ao papel central desempenhado pelos conflitos de natureza *interna*. Ao se utilizar este eixo, os conflitos internalizados que possuem um papel determinante na vida do sujeito poderão ser justapostos com situações conflituais que sejam fundamentais e determinadas, em parte, pela realidade externa. Neste sentido, o trabalho e a elaboração de um conflito poderão ser definidos como o objetivo em uma meta terapêutica.

Eixo IV: Estrutura

Este eixo procura retratar as qualidades e/ou as inadequações das estruturas mentais. É, portanto, um eixo que permite, entre vários aspectos, investigar as

possibilidades e/ou impossibilidades do sujeito em estabelecer vínculos externos ou internos; a capacidade ou incapacidade de autopercepção e autorregulação etc. Como foco terapêutico, poderão aqui ser classificadas categoricamente algumas particularidades da estrutura mental, em conjunto ou não com os conflitos.

Eixo V: Transtornos mentais e psicossomáticos

O eixo V incorpora aqui no OPD o mesmo tipo de diagnóstico descritivo-fenomenológico da CID-10 e do DSM-IV. Este fato enfatiza, assim, a clara necessidade de uma identificação precisa dos fenômenos psicopatológicos que, concomitantemente, não poderão deixar de encontrar o seu lugar no diagnóstico psicodinâmico. Adicionalmente, o grupo de trabalho do OPD sugere a utilização deste eixo como forma de melhorar a própria CID-10, no que diz respeito especificamente às doenças psicossomáticas (códigos F54 da CID-10).

Ao verificarmos todos os eixos, torna-se evidente o fato de que em algumas áreas eles se sobrepõem quanto aos conteúdos e se inter-relacionam íntima e dinamicamente uns com os outros. A estrutura psíquica forma uma espécie de pano de fundo em que se jogam os conflitos do sujeito com os seus padrões de resolução, bem ou mal adaptados. Como epifenômeno, os padrões relacionais são muito mais acessíveis à observação do que as estruturas mentais ou os conflitos internos. Assim sendo, os padrões relacionais disfuncionais poderão ser compreendidos tanto como uma expressão de conflitos internos e de características estruturais do indivíduo, como também uma forma de expressão de estratégias de *coping*. São, por isso, considerados como um reflexo de aspectos problemáticos em ambas as áreas. A estrutura de organização do OPD torna-se claramente manifesta por meio das interfaces dos eixos e das inter-relações dos níveis de itens. Na seção 3.6.2, intitulada "Sobre a inter-relação dos eixos", discutiremos esses aspectos com maior profundidade.

1.4
Considerações fundamentais sobre o diagnóstico multiaxial

Torna-se relevante sublinhar que uma abordagem do tipo multiaxial permite, sem dúvida, uma reflexão mais aprofundada de todo um conjunto de aspectos complexos, tais como aqueles que encontramos na maioria dos fenômenos e distúrbios mentais. É, portanto, necessário levar em conta toda uma série de considerações fundamentais, no sentido de compreender a interação entre os eixos e também

os seus efeitos combinados; além disso, deve-se sempre ter em mente a questão a respeito do que é cada eixo, para que se possa compreender adequadamente os fenômenos e os distúrbios mentais encontrados.

Note-se que a medicina psicossomática, a psicoterapia e psiquiatria, bem como os eixos inclusos no OPD, se encontram fundadas nas experiências mentais subjetivas e comportamentais do indivíduo. Com base no modelo biopsicossocial bidirecional, torna-se possível compreender os fenômenos de natureza mental e o seu estreito inter-relacionamento com fatores de ordem somática: todos esses fenômenos e distúrbios são de fato de origem biológica, mas, tal como a experiência subjetiva emerge a partir do funcionamento do cérebro (cérebro -> mente), do mesmo modo se entende que os fenômenos mentais são passíveis de claramente afetar o cérebro (mente -> cérebro). A classificação do tipo multiaxial tem origem, portanto, nos pressupostos e achados neurobiológicos: o cérebro depende do quanto é usado, ou seja, quanto mais um sistema é ativado e estimulado, mais as suas funções se tornam consolidadas e refinadas (por exemplo, tocar piano, mobilização de receios e medos etc.).

O desenvolvimento das funções mentais superiores evolui no sentido do simples para o complexo. Do mesmo modo, o desenvolvimento de sistemas superiores pressupõe a preexistência de um desenvolvimento saudável de sistemas mentais fundamentais (estrutura -> conflito). Tal como os recursos centrais de sistemas distintos têm momentos e fases de desenvolvimento diferentes, também existem períodos de tempo diferenciados para o desenvolvimento de várias funções (tais como a constituição do *self*, a regulação, o pensamento abstrato etc.). Uma vez que a larga maioria desses períodos desenvolvimentais tem lugar na infância, as bases das redes neuronais do cérebro são, portanto, estabelecidas bastante cedo na vida do sujeito (Schüßler, 2004). Esse princípio implica então a ideia de que os distúrbios psicossomáticos devem ser tomados como desvios (disfunções) de funções comportamentais aprendidas e adquiridas, não obstante terem que necessariamente ser interpretados à luz de normas culturais, sociais e estatísticas.

No campo das ciências psicossociais não existem unidades fixas de doença. É por isso consensual afirmar que os principais fenômenos mentais (ansiedade, depressão, inteligência etc.) serão sempre muito mais bem descritos se fundamentados em uma abordagem contínua e dimensional (Beutler et al; 2000). Tal abordagem dimensional implica a plena aceitação da complexidade dos fenômenos mentais e da ideia da fluidez de transição entre cada um desses fenômenos. Neste sentido, e ainda no enquadramento desta abordagem dimensional, o modelo sem dúvida mais adequado e de maior alcance científico é aquele que sustenta a ausência clara e óbvia de linhas de fronteira entre a normalidade (saúde) e o distúrbio mental, apontando também para a existência de limites naturais entre os transtornos mais importantes. Assim, os desvios podem ser definidos, por exem-

plo: um conflito de intensidade X, o surgimento de uma perturbação do controle dos impulsos a partir de uma circunstância X; o início de uma depressão com um valor de limiar X.

Essa abordagem contínua e dimensional utiliza configurações prototípicas (classificações) a fim de assegurar um suficiente grau de confiança (assegurar uma aplicabilidade clínica) (Kandell & Jablensky, 2003). Assim, os padrões descritos nos eixos "estrutura" e "conflito", por exemplo, são "protótipos", pois na realidade apenas encontramos aproximações desses padrões. Desta forma, podemos, de modo geral, garantir níveis de validade mais elevados do que aqueles obtidos por classificações ateóricas como as do DSM-IV ou CID-10.

Os fenômenos mentais e os seus distúrbios são complexos e multifatoriais. Esta complexa multifatorialidade interativa exige uma explicação pluralista, socorrendo-se de informações retiradas de diferentes perspectivas, de forma a melhor alcançar fenômenos tão complexos. Assim, a abordagem multiaxial do OPD é baseada em explicações pluralistas.

No pensamento teórico-matemático, os eixos são sempre independentes entre si, e na sua representação espacial encontram-se sempre perpendiculares entre si. Esta situação não se aplica aos diferentes eixos clínicos, em que fenômenos mentais de diferentes profundidades procuram ser alcançados. A abordagem multiaxial do OPD remete-nos para a famosa parábola indiana em que diferentes pessoas impossibilitadas de ver tocam partes diferentes de um elefante, procurando descrevê-lo. Todas as partes pertencem ao elefante e se encontram relacionadas entre si, e são corretamente identificadas – mas não o todo. Os eixos I ao IV do OPD não são independentes entre si. Eles registram diferentes perspectivas da mesma pessoa, ou fenômenos diferentes (conscientes e inconscientes), que obviamente interagem mutuamente.

1.5
Sobre a operacionalização de construtos psicanalíticos

No meio psicanalítico é relativamente comum a emergência de um certo ceticismo sempre que se colocam em prática tentativas de operacionalização de conceitos psicanalíticos. Assim, se pretendemos concretizar uma avaliação de todo o conjunto de esforços que têm sido realizados no passado, no que diz respeito à operacionalização de construtos psicanalíticos, parece-nos, sem dúvida, importante saber em que grau esses estudos e respectivos achados são cientificamente relevantes. A título de exemplo: são esses estudos passíveis de ser submetidos a uma verificação mais ampla ou a análises mais específicas? Ou pode-se, então, simplesmente considerá-los inadequados?

Assim, levanta-se uma questão incontornável: a de saber se as tentativas de operacionalização de construtos teóricos da psicanálise mantêm uma proximidade com as concepções originais, ou se na realidade, partindo de pressupostos idênticos, não acabam por assumir objetos de análise distintos, que não servem à psicanálise Esse problema, tal como Eagle o expôs (1991), diz respeito não apenas aos modelos teóricos genéricos (por exemplo, o conceito de repressão no contexto da teoria psicanalítica da personalidade), mas também aos supostos modelos de tratamento ou outras variáveis psicanalíticas de eficácia, tais como a presença dos processos transferenciais, e o seu papel no tratamento.

Dificuldades semelhantes são inevitavelmente encontradas em investigações que assumem como tarefa principal a operacionalização de construtos teóricos, interligando níveis de observação com teoria. Torna-se, portanto, absolutamente necessário explicar e especificar esses mesmos construtos para que possam depois ser transpostos para a investigação operacional. Esta é, aliás, a primeira e essencial premissa para levar a cabo uma avaliação empírica de conceitos teóricos.

Em linha com a tradição empírica da psicologia experimental, que se utiliza de metodologias estatísticas para testar hipóteses e suas generalizações, a investigação operacional obedece primariamente à lógica do desenho experimental. Desta forma, influencia, por vezes de modo substancial, a tradução do termo teórico original para o termo operacional. Temos então aqui uma das razões principais para as discrepâncias já referidas entre os construtos teóricos e as suas operacionalizações clínicas. Este fato não se constitui como um problema para a psicologia positivista, uma vez que se concebe como uma ciência que nada sabe *a priori* (Herrmann, 1979), e se adequa plenamente à metodologia experimental, facilmente observável e quantificável. Contudo, tal situação não se verifica na psicanálise, dada a sua complexa teoria da personalidade e do desenvolvimento, ou os conceitos de doença e tratamento que se mantêm difíceis de incorporar em delineamentos de pesquisa. Conceitos como inconsciente, repressão, afetos ou transferência não são diretamente observáveis, e sim inferidos. Esse ponto de partida requer procedimentos de investigação que possam conter alguma flexibilidade com aquela que é a grande multiplicidade de dados recolhidos a partir da observação, bem como de métodos de observação sistemática, de avaliação e interpretação. Os vários dados diferem, evidentemente, quanto à sua relevância: a estatística nunca poderá ser o único critério em que, na realidade, a elevada complexidade e o grau de abstração dos objetos em estudo levem à necessidade de se utilizar de análises qualitativas e comparadas de transcrições de especialistas independentes.

Analisar a validade dos dados depende sempre de pressupostos básicos que, por vezes, são controversos. Em uma abordagem multimodal, o problema principal é o de conseguir integrar diferentes níveis de análise, de forma coerente, nos quais se considerem simultaneamente dados biopsicossociais e dados de leitura individuais e subjetivos da história biográfica de um sujeito (ou seja, analisando também

métodos qualitativos). As exigências metodológicas associadas ao cruzamento de dados de natureza quantitativa (decorrentes, por exemplo, de questionários padronizados), com descrições obtidas por meio de entrevistas abertas, são certamente complexas, alcançando, frequentemente, resultados limitados e por vezes até insatisfatórios. Neste âmbito, é comum depararmo-nos com a enorme dificuldade em "saltar" de um lado para o outro, de forma rigorosa e devidamente justificada. Todavia, parece urgente aprofundar cada vez mais o conhecimento científico sobre esta mesma questão, da interligação entre esses dois níveis de análise. Parece ser particularmente problemática a tentativa, simplista, de se traçar um enquadramento geral fundamentado em informações somáticas, sociais e mentais. Seria, pois, certamente ingênuo acreditar que uma simples combinação entre essas variáveis nos proporcionaria um todo. Tress e Junker-Tress (2002) enfatizaram que tanto a abordagem analítico-causal funcional como a abordagem intencional-hermenêutica abrem diferentes horizontes, os quais, apesar de representarem "conhecimento verdadeiro", não podem ser colocados juntos em um único pedaço abrangente e uniforme de conhecimento sobre o "todo" de uma pessoa. Assim, segundo esses autores, temos que saber operar simultaneamente em várias linguagens científicas, as quais oferecem um "entendimento analítico-causal" ou um "entendimento hermeneutico" que são simplesmente abordagens de compreensão do ser humano. Esses métodos, tal como seus resultados, são complementares entre si. Assim, o importante é estabelecer seus respectivos focos e relevância à área que está sendo estudada, reconhecer pontos de contato entre esses dois níveis de conhecimento e, se necessário, revisitar ambos pontos de vista de uma forma sistemática.

Adicionalmente, surge a necessidade de questionarmos se os estudos empíricos que avaliam os conceitos psicanalíticos/psicodinâmicos se encontram realmente preparados para "testar" as diversas hipóteses psicanalíticas, e também até que ponto os psicanalistas e psicoterapeutas se encontram igualmente preparados e disponíveis para lidar com eventuais incongruências teóricas ou clínicas que se evidenciem nesses trabalhos. E, ainda, até onde estarão dispostos a integrar estes conhecimentos nas suas abordagens teórico-clínicas. As publicações desta natureza tendem a ser negligenciadas, mesmo quando confirmam alguns dos pressupostos (talvez por raramente serem lidas ou levadas em consideração). Diversos representantes e profissionais responsáveis têm, por vezes, assumido publicamente a ideia de que os dados deste tipo de investigação nunca serão passíveis de influenciar a prática clínica (por exemplo, Luborsky, 1969). Atualmente, existem algumas alterações consideráveis. Como Kächele (1995) afirma, a investigação em psicoterapia psicodinâmica tem revelado uma grande convergência com a complexidade que a prática clínica requer, tal como aliás é referido nos artigos do *Handbook of psychodynamic treatment research* (Miller, 1993).

O alinhamento com a orientação fenomenológica, inerente dos glossários diagnósticos dominantes, impele-nos para uma encruzilhada no que diz respei-

to à operacionalização de conceitos psicanalíticos. Quase todos os termos psicanalíticos podem, com algum esforço, ser definidos de uma forma puramente descritiva. Por exemplo, o superego pode ser descrito como a consciência, bem como o conflito superegoico ser equivalente à vivência de culpabilidade. É certo que este tipo de reducionismo retira aspectos dinâmicos importantes dos conceitos psicanalíticos; por outro lado, como vemos nesse mesmo exemplo, não deixa de conter algo verdadeiro e genuíno, uma vez que os sentimentos de culpa, em grande parte, derivam realmente de conflitos de natureza superegoica. Assim, se substituirmos regularmente termos como a "culpa superegoica" por "sentimentos de culpa", obteremos ganhos para sua adequada compreensão, ainda que se perca parte do seu conteúdo dinâmico. É com alguma certeza que se pode constatar que não são poucos os psicanalistas que na verdade concretizam este compromisso. No entanto, sabemos que não será aceitável reduzir, por exemplo, o conceito de inconsciente a uma mera área "que não é possível traduzir por palavras", não obstante as dificuldades na sua definição, devido à sua conceitualização extraordinariamente rica e dinâmica.

Pensamos assim que todos os autores que tentam operacionalizar conceitos psicodinâmicos devem tentar encontrar um compromisso para com a operacionalização, desfazendo-se de equívocos eventuais, sem, no entanto, se afastar de sua base conceitual. Parece razoável que esses autores aceitem de comum acordo aspectos básicos sobre o que é a dinâmica do inconsciente, do conflito interno, dos mecanismos de defesa, da estrutura mental, do ego e do self, da representação de objeto e do self, entre outros. A compreensão desses conceitos básicos e fundamentais deveria ser idealmente consensual, para que se evite que eles sejam definidos com base em presumíveis níveis de verdade. A estabilidade consensual de muitos desses conceitos é uma exigência para a concretização eficaz da sua operacionalização, correndo-se o sério risco da sua inviabilidade quando tal não se revela possível. Para enfatizar ainda mais este aspecto, pensamos que a operacionalização por definição deve ser sempre realizada sem o recurso de fatos, uma vez que estes não podem ser definidos operacionalmente. Contudo, não podemos igualmente deixar de frisar que a adesão estrita a este princípio não será verdadeiramente exequível sem distorção da essência do que estamos falando. Ora, sempre que falamos da operacionalização de conceitos psicodinâmicos (ou melhor, de toda a operacionalização que inclua construtos psicodinâmicos), encontramo-nos perante um problema particularmente sensível e complexo. O objetivo de um procedimento desta natureza será, então, o de ganhar o maior grau de liberdade possível perante essa contradição, preservando, no entanto, os conteúdos dinâmicos. Assim, talvez seja mais adequado falar não de consenso, mas de um "mínimo múltiplo comum". Na verdade, sabemos o quanto o consenso generalizado entre psicanalistas é, na realidade, uma situação absolutamente rara. O que aqui tentamos alcançar são acordos e concordâncias, e, neste contexto, as

sugestões do OPD como instrumento operacional assumem na sua generalidade esse compromisso.

1.6
Abordagens anteriores de operacionalização de construtos psicodinâmicos

Diversos campos da ciência, ao longo dos tempos, têm atribuído aos termos psicanalíticos características ambíguas e pouco claras. Não parece por isso surpreendente que a psicanálise, desde os tempos de Freud, tenha se revelado particularmente mais bem-sucedida na criação de novas hipóteses explicativas do que na validação das já existentes. Isso é tanto verdade que A. Kaplan, como presidente da Associação Americana de Psicanálise, enfaticamente afirmou que a tarefa mais difícil do nosso tempo era justamente a validação da teoria psicanalítica em detrimento da constante criação de novas teorias (Kaplan, 1981). Ainda que partamos do pressuposto de que a teoria psicanalítica se encontre em uma situação de tensão entre a hermenêutica (interpretação) e a ciência empírica, não podemos, contudo, deixar de considerar que a ambiguidade dos termos psicodinâmicos não só é tolerada pela maioria dos psicanalistas, como é tantas vezes ativamente mantida. Uma possível justificativa deve-se, sobretudo, ao *status quo* de teoria "não falseável", bem como à própria natureza da prática clínica que potencialmente protege uma eventual ferida narcísica do psicanalista, que, debatendo os casos clínicos à luz de elaborações teóricas, na verdade pouco se confronta com o contraditório. Assim fica relativamente fácil não sentir uma real necessidade de revisão ou reelaboração dos seus construtos e subsequente modificação.

Essa realidade não exclui o fato de que muitos psicanalistas possuem interesse no desenvolvimento de investigações e sempre têm se colocado conceitualmente em uma situação ambígua – algo característico da comunidade psicanalítica. Não surpreendentemente, todas as tentativas inovadoras e formulações de operacionalização têm sido geradas a partir de resultados obtidos por projetos de investigação.

No Index Hampstead de A. Freud (Sandler, 1962), popularmente conhecido como Perfil Psicodinâmico de Anna Freud, a intenção era claramente diagnóstica, de forma a diferenciar sintomas, dados biográficos, aspectos desenvolvimentais, funcionamentos egoicos e superegoicos, pontos de fixação e tendências regressivas, ou até conflitos predominantes. Seguindo essa linha de pensamento, os presentes autores diferenciam a patologia desenvolvimental (assinalando distúrbios pulsionais, egoicos, superegoicos e de relações de objeto) de patologia neurótica, relacionada com níveis mais elevados de maturidade.

O modelo de diagnóstico de desenvolvimento descritivo de Blanck e Blanck (1974, 1979) estrutura-se na psicologia do ego e permite, de acordo com os seus pressupostos, uma descrição dos níveis desenvolvimentais das funções egoicas. Igualmente baseado na operacionalização das funções egoicas, Bellak, juntamente com outros estudiosos (Bellak & Goldsmith, 1984; Bellak & Hurvich, 1969), elaborou um instrumento com várias escalas, a partir das quais os pacientes são classificados de acordo com três categorias de desenvolvimento egoico: neurótico, *borderline* ou psicótico. Esses primeiros esforços de sistematização do diagnóstico psicanalítico podem ser claramente utilizados no planejamento das intervenções terapêuticas e igualmente na avaliação dos efeitos dessas mesmas intervenções.

No desenrolar do trabalho do Index Hampstead, Sandler (1962, p. 317) afirmou: "isso levou a novas formulações, pois aquelas que estavam disponíveis na literatura eram, por vezes, inadequadas, imprecisas ou contraditórias". Não obstante, investigadores próximos da psicanálise e do meio acadêmico têm procurado desenvolver novas fórmulas de operacionalização de diversos conceitos e construtos; todavia, a descrição exaustiva desses contributos excede certamente em muito o alcance deste trabalho, de forma que optamos por somente nomeá-la.

No início dos anos 1960, trabalhos como os de G. Bibring mostraram-se particularmente relevantes, uma vez que falavam sobre as ligações entre a gravidez e a qualidade do vínculo precoce da díade mãe-bebê. A sua equipe estudou de forma sistemática um vasto leque de variáveis decorrentes da observação e desenvolveu subsequentemente uma categorização de mecanismos de defesa, com definições operacionais associadas (Bibring, Dwyer, Huntington & Valenstein, 1961). De forma similar, e durante o mesmo período, Prelinger, Zimet, Schafer e Levin (1964) definiram uma série de variáveis psicanalíticas da personalidade para avaliação sistemática. Vários glossários sobre conceitos fundamentais da teoria psicanalítica foram elaborados nos anos seguintes, a saber, o bem conhecido manual de Lapanche e Pontalis (1988), mas outros também, como o de Moore e Fine (1968). O formato deste último segue, aliás, as linhas gerais do trabalho de Freud, decorrente de uma base consensual entre diversos psicanalistas americanos, algo que certamente terá sido difícil de concretizar. O dicionário de psicanálise de Rycroft (1968), ainda que se assuma menos consensual, não deixa, porém, de conter um apurado sentido crítico sobre os conceitos abordados, sendo, contudo, quase desconhecido fora da Alemanha.

Uma abordagem similar foi igualmente realizada por Perry, Augusto e Cooper (1989a), em que delinearam uma série de definições sobre conflitos básicos, sistematizando também os mecanismos de defesa. Haan (1972) procurou estabelecer relações entre as defesas e as estratégias de *coping*, mas quase sem elaborar metodologias operacionais, restringindo-se apenas a questões de caráter teórico. Por outro lado, Vaillant e colaboradores (1986) examinaram empiricamente um

modelo hierárquico de mecanismos de defesa adaptativos, tendo também testado a sua validade. Outras opções instrumentais para a classificação de mecanismos de defesa foram apresentadas por Ehlers, Hettinger e Paar (1995). Esta é, aliás, uma temática particularmente bem estudada e operacionalizada (para uma revisão mais aprofundada desta temática recomendamos, por exemplo, Hoffmann, 1987).

Na sequência de uma profunda reflexão, o OPD Group optou por adotar a categorização de Perry dos mecanismos de defesa, que se encontra reproduzida no apêndice do presente livro (consultar seção 14.3).

No campo da investigação em psicoterapia foram-se desenvolvendo, entretanto, diversas metodologias de operacionalização, procurando averiguar, sob um ponto de vista psicodinâmico, os comportamentos de natureza interpessoal (Schauenburg & Cierpka, 1994). O modelo de Lester Luborsky, *Core Conflitual Relationship Theme* (CCRT – ou Tema Central de Conflito de Relacionamento) (Luborsky & Crits-Christoph, 1990), permite, com enorme relevância científica, uma abordagem operacional de diagnósticos relacionais, ainda que seja pouco usado para o processo de diagnóstico clínico. Baseado em uma entrevista semiestruturada, o paciente é convidado a descrever os episódios de âmbito relacional que lhe são característicos. Essa informação é classificada em um sistema de categorias, e concomitantemente os principais conflitos relacionais que sobressaem dessa mesma entrevista são utilizados no planejamento de um tratamento diferenciado.

No eixo II do OPD-2 – relações interpessoais –, recomenda-se que o entrevistador questione o sujeito sobre dois dos episódios relacionais presentes no CCRT. Ao longo do tempo, o CCRT foi modificado (Albani et al., 2002b). Contudo, é válido perguntar, neste contexto, se e quando os critérios diagnósticos, que são cada vez mais elaborados, começarão a perder seu apelo e tornar-se-ão irrelevantes para um diagnóstico clinicamente praticável.

O eixo das relações interpessoais inclui ainda a *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB – Análise Estrutural do Comportamento Social) (Benjamin, 1974; Tress, Henry, Strupp, Geister & Junkert, 1990), que de forma semelhante se centra no diagnóstico relacional. Essa abordagem foi em um primeiro momento estruturalmente desenvolvida para se opor às teorias psicológicas inter-relacionais, assumindo uma metodologia bastante distinta que previa a inclusão de um observador externo, bem como a auto-observação e a autodescrição. No entanto, não se pode deixar de considerar que a sua integração na abordagem diagnóstica psicodinâmica faz bastante sentido. Além disso, a SASB pode ser utilizada no âmbito do estabelecimento de objetivos terapêuticos e na organização das intervenções terapêuticas. A sua fragilidade situa-se no campo científico, e não tanto na aplicação clínica, uma vez que a sua aplicação requer a integração de muitos dados.

Formas adicionais para operacionalização dos diagnósticos psicodinâmicos encontram-se desenvolvidas na seção 3.2, relacionadas com o eixo das relações interpessoais.

Os estudos de Kernberg e colaboradores sobre *Transference Focused Psychotherapy* (TFP) (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum, 1989; Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999), a respeito de uma abordagem psicoterapêutica especialmente pensada para pacientes com distúrbios de estado-limite, permitem de uma forma notável traçar os objetivos terapêuticos e realçar as formulações problemáticas essenciais para o desenrolar do processo terapêutico. Os resultados podem depois ser determinados por meio da *Structured Interview for Personality Organization* (STIPO) (Clarkin, Caligor, Stern & Kernberg, 2004b). Esse instrumento, em particular, representa uma operacionalização das entrevistas estruturais de Otto Kernberg, nas quais o entrevistador explora cerca de cem itens, cotando-os a partir da descrição de pontos-base. Esses itens são enquadrados em oito dimensões (identidade, relações de objeto, defesas primitivas, *coping*, rigidez, agressividade, juízo crítico, teste de realidade e percepções distorcidas). A avaliação destas oito dimensões efetua-se duplamente por cálculo aritmético por meio das descrições clínicas dos pontos-base. Em uma fase final, a organização da personalidade do paciente é cotada em função de categorias descritas em seis níveis (normal, neurótico 1 e 2, *borderline* 1, 2 e 3), sendo ainda criada uma descrição da organização da personalidade sob a forma de um perfil estrutural, baseado na relação entre as suas dimensões prévias e as suas respectivas subdimensões.

Já com o *Karolinska Psychodynamic Profile* (KAPP – Perfil Psicodinâmico de Karolinska)) (Weinryb & Rössel, 1991), estamos diante de um método de diagnóstico dominantemente compreensivo, de base psicanalítica. Esse sistema de avaliação externa, à semelhança do OPD, fundamenta-se na realização de entrevistas clínicas que seguem muito de perto a entrevista estrutural de Kernberg. As dezoito subescalas do KAPP permitem, entre outros aspectos, avaliar as seguintes áreas: qualidade das relações interpessoais, níveis de funcionamento mental, diferenciação de afetos, experienciação do próprio corpo e da sexualidade e organização da personalidade. Uma vez realizado por entrevistadores treinados e experientes, o KAPP demonstra graus elevados de confiança, bem como níveis de validade satisfatórios. Sublinhe-se ainda que os primeiros estudos sobre a relação entre o KAPP e o eixo estrutural do OPD revelaram dados interessantes e promissores.

1.7 Limitações do OPD

O OPD acentua de forma muito particular os padrões de comportamento relacional do sujeito, bem como os modos de agir e vivenciar os seus conflitos e características estruturais. Pensamos que a sua aplicação traz evidentes benefícios ao processo de clarificação das condições mentais do paciente diante de suas

situações de vida habitual. O OPD leva, ainda, em consideração toda uma série de aspectos usualmente valorizados na discussão compreensiva psicanalítica, tais como o encontro interpessoal e a compreensão intuitiva associada aos processos de comunicação inconscientes. Neste sentido, o OPD não pretende aceder a uma visão holística do paciente uma vez que reúne, em um primeiro momento, o conjunto de informações obtidas a partir dos diversos eixos, combinando só depois todos esses dados em uma visão de conjunto.

O interesse diagnóstico não está primariamente centrado no contexto biográfico, na narrativa da história de vida ou na procura de significado de acontecimentos passados. Inicialmente é possível que alguns examinadores, com treino psicanalítico, sintam a falta de algo com o qual estão acostumados a lidar na sua prática clínica. Por outro lado, os colegas com treino no diagnóstico do OPD sentem que o que conseguem construir, com o paciente, decorrente das entrevistas, torna-se clinicamente relevante, facilitando a definição de objetivos terapêuticos que habitualmente não estão presentes na avaliação psicanalítica.

Como qualquer outro sistema de diagnóstico, o OPD tem as suas limitações. O diagnóstico psicodinâmico baseado na entrevista oferece, por vezes, uma percepção limitada do tipo de conflitos e da estrutura de personalidade que o paciente apresenta, uma vez que podem existir problemáticas que nem sempre emergem facilmente no ato da avaliação. Assim, sucede que no decorrer do processo terapêutico podem surgir, eventualmente, outros conflitos ou problemas estruturais que inicialmente não foram considerados. O diagnóstico do OPD contribui para uma padronização das observações, ainda que, contudo, dependa sempre das capacidades interpretativas sobre o mundo mental da outra pessoa. Estas limitações aplicam-se ao OPD, tal como acontece com qualquer outro sistema psicodiagnóstico. Todavia, as descrições comportamentais que o OPD possibilita, e que têm revelado bons índices de confiança, podem auxiliar em impedir que as interpretações psicodinâmicas ocorram de forma livre demais (tal como ocorreriam em formulações de hipóteses não-manualizadas). Ocasionalmente, é possível constatar que terapeutas individuais associam aos termos do OPD (tais como a individualização, o Édipo ou a identidade) alguns conceitos "pessoais", decorrentes das suas ideias ou convicções clínicas. Por isso, é extraordinariamente importante salientar, no treino do sistema do OPD, a necessidade de observância do rigor sistematizado dos termos e das definições utilizados em sua operacionalização, deixando claro que eventuais alterações pessoais às descrições clínicas poderão representar um desvio potencialmente comprometedor. A nossa experiência tem revelado que observadores recém-treinados são aqueles que demonstram uma maior tendência para a excessiva personalização dos termos e caracterizações do OPD. Por contraste, os terapeutas mais experientes parecem conseguir conter-se mais no uso dos termos e convicções teóricas pessoais.