

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:**

**PSIQUIATRIA**



*Dissertação de Mestrado*

**OPERATIONALIZED PSYCHODYNAMIC DIAGNOSIS 2:**

**APRESENTAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA E  
ESTUDOS PRELIMINARES DE VALIDADE E  
CONFIABILIDADE**

**DANIELA VALLE KRIEGER**

**Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik**

Porto Alegre, Brasil, 2013.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS:**

**PSIQUIATRIA**



*Dissertação de Mestrado*

**OPERATIONALIZED PSYCHODYNAMIC DIAGNOSIS 2:**

**APRESENTAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA E  
ESTUDOS PRELIMINARES DE VALIDADE E  
CONFIABILIDADE**

**DANIELA VALLE KRIEGER**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria.

**Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik**

Porto Alegre, Brasil, 2013.

## Ficha Catalográfica

### CIP - Catalogação na Publicação

Krieger, Daniela Valle

Operationalized Psychodynamic Diagnosis 2:  
apresentação da versão brasileira e estudos  
preliminares de validade e confiabilidade / Daniela  
Valle Krieger. -- 2013.  
116 f.

Orientador: Cláudio Laks Eizirik.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria,  
Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Operationalized Psychodynamic Diagnosis 2. 2.  
Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado 2. 3.  
Diagnóstico Psicodinâmico. 4. Validade. 5.  
Confiabilidade. I. Eizirik, Cláudio Laks, orient.  
II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## **Agradecimentos**

Agradeço ao meu orientador que acreditou no projeto, me acolheu no seu grupo e confiou que minha inicial falta de familiaridade com a pesquisa poderia ser superada.

Aos integrantes do nosso grupo de pesquisa, Ana Margareth Bassols, Camila Piva, Charlie Severo, Diogo Machado, Julia Goi, Marina Gastaud e Pricilla Braga que, mais do que colegas, se tornaram verdadeiros amigos.

Aos colegas do departamento de pesquisa do Contemporâneo pelo incentivo e pelo companheirismo em todas as horas.

A Camila Piva, Carolina Padoan, Clarissa Pessota, Daniela Berger e Marina Gastaud pela disponibilidade e dedicação no trabalho de análise das sessões.

A Tamires Pires pela valiosa ajuda com a construção do banco de dados.

Aos terapeutas do CIPT que disponibilizaram e dialogaram as sessões que fizeram parte dessa pesquisa.

A Vânia Hirakata pela assessoria na parte estatística e de resultados.

A Cláudia Grabinski pela atenção e disponibilidade ao longo desses dois anos.

A minha mãe, que sempre esteve junto, incentivando e compartilhando conquistas.

Ao meu pai que me ensinou o valor da dedicação e do amor, na profissão e na vida.

A Fernanda e ao André pela parceria de todas as horas e pelas valiosas contribuições.

A Manu, Gabi e Léo pela convivência sempre tranquila e carinhosa.

E ao Cassiano e a Betânia, meus resultados mais significativos.

## Sumário

<b>FICHA CATALOGRÁFICA.....</b>	<b>3</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>4</b>
<b>SUMÁRIO.....</b>	<b>6</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>8</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>10</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>11</b>
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
<b>Psicoterapia Psicodinâmica.....</b>	<b>16</b>
<b>Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado 2: .....</b>	<b>20</b>
Apresentação.....	20
Eixo I: Experiência com a doença e pré-requisitos para o tratamento. ....	22
Eixo II: Relações Interpessoais.....	23
Eixo III: Conflito.....	24
Eixo IV Estrutura .....	27
Eixo V: Diagnóstico nosológico segundo os manuais CID-10 e DSM-IV. ....	30
<b>Avaliação das propriedades dos instrumentos .....</b>	<b>30</b>
Validade de conteúdo: .....	31
Confiabilidade: .....	32
Validade concorrente: .....	33
<b>OBJETIVOS: .....</b>	<b>34</b>
<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS: .....</b>	<b>35</b>
<b>ARTIGO 1 .....</b>	<b>36</b>
<b>ARTIGO 2 .....</b>	<b>55</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>83</b>

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b> .....	<b>85</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>95</b>
Projeto de Pesquisa .....	95
Protocolo OPD-2 Original .....	109
Protocolo Português OPD-2 .....	112
Protocolo OPD-2: Versão Brasileira.....	115
Autorização OPD Group .....	118
Termo De Consentimento Livre Esclarecido.....	119
Termo De Compromisso.....	120
Aprovação Comitê de ética UFRGS.....	121

## **Lista de abreviaturas e siglas**

CID-10: Classificação Internacional de Doenças

CIPT: Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade

DSM-IV: do inglês Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GSI: do inglês Global Severity Index

KPP: do inglês Karolinska Psychodynamic Profile

OPD-2: do inglês Operationalized Psychodynamic Diagnosis-2

PDM: do inglês Psychodynamic Diagnostics Manual

POP: Psychodynamically-oriented psychotherapy

PP: Psicoterapia Psicodinâmica

PSDI: Positive Symptoms Disturbance Index

SCL90-R: do inglês Symptom Check-List-90-Revised

STIPO: do inglês Structured Interview for personality organization

TPS: do inglês Total of Positive Symptoms

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

WHOQOL-bref: do inglês The World Health Organization Quality of Life -  
abbreviated version



## Resumo

**Introdução:** O diagnóstico baseado unicamente na avaliação quantitativa dos sintomas e seu curso muitas vezes não é suficiente para o trabalho em psicoterapia psicodinâmica. Apesar disso, a literatura sobre diagnóstico psicodinâmico ainda é escassa, assim como os estudos empíricos na área. O Operationalized Psychodynamic Diagnosis-2 (OPD-2) tem o objetivo de ampliar o diagnóstico tradicional através da operacionalização de informações psicodinâmicas fundamentais para a compreensão dos fenômenos subjacentes à sintomatologia clínica. A construção multi-axial do OPD-2 possibilita que se abarque a complexidade e a inter-relação das condições e fatores que determinam os fenômenos e as patologias mentais do ponto de vista psicodinâmico. O OPD-2 é composto por 4 eixos psicodinâmicos e 1 eixo descritivo: I: vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento; II: Relações interpessoais; III: Conflito psíquico; IV: Estrutura psíquica; V: Diagnóstico nosológico tradicional. Apesar de ser amplamente utilizado em vários países ainda não foram realizados estudos com o OPD-2 no Brasil. **Objetivos:** Esta dissertação apresenta a versão brasileira do OPD-2 e os estudos de validade de conteúdo, concordância inter-avaliadores e validade concorrente do instrumento. **Método:** A versão brasileira do instrumento foi criada através da adaptação da versão portuguesa. A avaliação do conteúdo do instrumento foi realizada por experts em psicoterapia psicodinâmica. A concordância inter-avaliadores foi avaliada utilizando-se 51 entrevistas de psicoterapia psicodinâmica. A validade concorrente comparou os itens do OPD-2 com os resultados do The World

Health Organization Quality of Life - abbreviated version (WHOQOL-bref) e o Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90R). **Resultados:** A avaliação de conteúdo considerou os itens claros quanto a linguagem e pertinentes teoricamente. Os eixos III e IV apresentaram maior índice de concordância inter-avaliadores. Os eixos I, III e IV obtiveram correlação significativa entre alguns itens com os resultados do SCL-90R e WHOQOL-bref. **Conclusão:** Este estudo demonstrou que o OPD-2 apresenta boas condições de avaliação de propriedades psicodinâmicas. Outros estudos com diferentes amostras e instrumentos devem ser realizados para verificação das propriedades psicométricas do OPD-2 no Brasil.

**Descritores:** Operationalized Psychodynamic Diagnosis – 2, concordância inter-avaliadores, validade de conteúdo, validade concorrente, psicoterapia psicodinâmica.

## **Abstract**

**Background:** Diagnoses based upon quantification of symptoms and their course is less suitable to psychodynamic psychotherapy, yet psychodynamic diagnoses are rarely scrutinized scientifically. The Operationalized Psychodynamic Diagnosis-2 seeks to enhance traditional diagnostic schemes through the operationalization of psychodynamic data relevant to the comprehension of psychological phenomena underlying clinical symptomatology. The multi-axial framing of OPD-2 allows the incorporation of the complexity and the inter-relations of conditions and factors determining mental phenomena and pathology from a psychodynamic perspective. OPD-2 has 4 psychodynamic and 1 descriptive axis: I: experience of illness and prerequisites for treatment; II: Interpersonal relations; III: Conflict ; IV: Structure ; V: Mental and psychosomatic disorders. Although largely used in a number of countries, there have been no studies with OPD-2 in Brazil. **Objectives:** We aimed to present the Brazilian version of OPD-2 and determine the content validity, inter-rater reliability and concurrent validity of the psychodynamic items of the instrument. **Methods:** Experts in psychodynamic psychotherapy evaluated content and the inter-rater reliability was based on 51 dialogued interviews obtained during routine clinical practice in a specialized institution. Concurrent validity compared OPD-2 items with results from the World Health Organization Quality of Life - abbreviated version (WHOQOL-bref) and the Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R). **Results:** Evaluation of content considered OPD-2 items as clear and theoretically pertinent. Axes III and IV had higher inter-rater concordance. Several items from axes I, III and IV

correlated significantly with the SCL-90R and the WHOQOL-bref.

**Conclusion:** OPD-2 is adequate to evaluate psychodynamic properties.

Further studies with the OPD-2 in Brazil evaluating different samples and using distinct comparator instruments are needed to confirm and extend our findings.

**Keywords:** Operationalized Psychodynamic Diagnosis – 2, inter-rater reliability, content validity, concurrent validity, psychodynamic psychotherapy.

## **Apresentação**

Este trabalho apresenta a dissertação de mestrado intitulada **Operationalized Psychodynamic Diagnosis-2: Apresentação da versão brasileira e estudos preliminares de validade e confiabilidade** apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo 1 e 2
3. Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

## **Introdução**

Nos últimos anos os estudos sobre processo e efetividade dos tratamentos de psicoterapia de orientação psicodinâmica tem se multiplicado (Leichsenring 2008, Serralta 2010). Conceitos psicodinâmicos fundamentais tais como transferência, contratransferência e aliança terapêutica por exemplo, tem sido alvo de pesquisas empíricas que buscam entender de que forma tais fenômenos influenciam o processo terapêutico e seus resultados (Del Re 2012, Narfin 2011). A necessidade de evidência empírica também alavancou estudos comparativos entre as psicoterapias de orientação psicodinâmica e outros tipos de tratamento psicológico, e entre as psicoterapias e o tratamento medicamentoso sozinho ou combinado (Jensen 2013, Huber 2012, Knekt 2011). Dentro dessa perspectiva, uma das questões centrais tanto para a pesquisa quanto para a condução do tratamento, é a discussão sobre o diagnóstico de cada paciente, de que forma ele deve ser entendido e conduzido, e qual sua real participação e contribuição para o processo psicoterápico (Gaebel & Zielasek, 2008).

As deficiências do diagnóstico nosológico realizado através dos manuais diagnósticos tradicionais e a importância de um diagnóstico mais compreensivo, que complemente o diagnóstico descritivo através do fornecimento de informações psicodinâmicas e da avaliação de diversas funções psicológicas do paciente já está bem estabelecida na literatura psicodinâmica ( Musalek & Scheibenbogen, 2008). Nas últimas décadas a necessidade de operacionalizar tais informações psicodinâmicas impulsionou o surgimento de vários instrumentos, entre eles o Operationalized

Psychodynamic Diagnosis, criado por psicanalistas e psicoterapeutas dinâmicos da Universidade de Heidelberg, Alemanha.

Inicialmente criado em 1990, o instrumento atualmente está em sua segunda versão (OPD-2 Task Force, 2008). O Operationalized Psychodynamic Diagnosis 2 é composto por 5 eixos. Os primeiros 4 eixos avaliam propriedades psicodinâmicas fundamentais: I: vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento; II: Relações interpessoais; III: Conflito psíquico e IV: Estrutura psíquica. O eixo V contempla o diagnóstico nosológico tradicional.

O OPD-2 já foi traduzido para o Inglês, Italiano e Húngaro e Espanhol. Nestes países, o instrumento tem sido utilizado em diversas clínicas psicossomáticas, clínicas de transtornos aditivos, departamentos universitários de psicoterapia e tratamento psicossomático, projetos de investigação e em programas de assistência psicoterapêutica. No Brasil, apesar do crescente interesse entre os pesquisadores na elaboração de versões brasileiras de instrumentos que avaliam fatores integrantes ou que influenciam o processo de psicoterapia, ainda não foram realizados estudos com o instrumento Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado-2. Tais iniciativas são fundamentais para o aperfeiçoamento e expansão da pesquisa em psicoterapia de orientação psicodinâmica em nosso meio.

## **Revisão da Literatura**

### **Psicoterapia Psicodinâmica**

As psicoterapias se caracterizam por serem um método de tratamento realizado por profissional treinado com objetivo de remover ou reduzir o problema ou queixa do cliente que busca ajuda de forma deliberada. Além disso, a psicoterapia se caracteriza pela utilização de métodos psicológicos e é realizada em um contexto interpessoal. Nesse processo, a colaboração entre paciente e terapeuta é fundamental e o principal recurso utilizado é a comunicação verbal (Cordioli, 2008). Apesar da pluralidade de modelos e correntes psicoterápicas, algumas características podem ser consideradas comuns a todos os tipos de psicoterapia, entre elas a importância da relação de confiança entre paciente e terapeuta e a crença do paciente de que o terapeuta vai conseguir ajudá-lo. Porém, apesar de compartilharem algumas características comuns as psicoterapias podem ser bem distintas no que diz respeito a teoria e a técnica empregada para ajudar o paciente a alcançar uma resolução ou uma melhora para seus conflitos. Nesse capítulo serão abordadas as características e especificidades da psicoterapia psicodinâmica (PP).

A psicoterapia psicodinâmica teve seu método e teoria derivados da psicanálise de Freud. Criador da teoria do funcionamento mental e do desenvolvimento psicosssexual, Freud desenvolveu conceitos hoje amplamente difundidos e aceitos por várias correntes terapêuticas. Ao longo de toda sua trajetória clínica e teórica Freud diferenciou a psicanálise de outras formas de terapia ao considerar que outros esforços psicoterapêuticos



eram apenas formas obsoletas de sugestão e seriam amplamente superadas pelo método analítico. Porém, em 1918 durante uma conferência em Budapeste (Linhas de progresso na terapia psicanalítica, 1919), Freud menciona a relação entre psicanálise e psicoterapias da seguinte forma: “É muito provável que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da psicanálise livre com o cobre da sugestão direta (...) qualquer que seja a forma dessa psicoterapia popular e de seus elementos, as partes mais importantes, mais ativas, continuarão sendo aquelas que foram emprestadas a psicanálise estrita” (pg.181). Dessa forma, apesar de reconhecer a participação das técnicas psicoterápicas durante o trabalho analítico, em seus primórdios as psicoterapias foram relegadas a uma mal definida e abrangente categoria de “sugestão”.

O posterior desenvolvimento da psicoterapia psicodinâmica aconteceu inicialmente nos estados Unidos entre 1930 e 1950 como resultado de diversos fatores, entre eles a tentativa de unir psicanálise e psiquiatria e o crescimento do movimento de saúde mental exigindo intervenções de saúde mais orientadas. A diferença entre os pacientes internados e ambulatoriais que precisavam tratamento e os pacientes neuróticos característicos dos centros psicanalíticos europeus exigiu, nos Estados Unidos, uma adaptação a novas e diferentes necessidades terapêuticas e condições clínicas (Wallerstein, 2005). Esse desenvolvimento resultou na chamada Psicoterapia Psicodinâmica, cujo pioneiro foi Robert Knight da fundação Menninger. Em uma primeira tentativa de diferenciar a psicanálise da psicoterapia psicodinâmica, Knight (1972) sugere que a psicanálise pretende a investigação máxima, objetivando o maior auto conhecimento possível e a

mudança estrutural da personalidade, enquanto que a psicoterapia psicodinâmica não envolve objetivos tão ambiciosos, tendo como principal foco condições clínicas relativamente recentes originadas de experiências de vida perturbadoras.

Embora baseados nos mesmos conceitos teóricos, a principal diferença entre a psicanálise e a psicoterapia psicodinâmica diz respeito aos objetivos e a alguns procedimentos técnicos. A psicanálise teria como objetivo resolver o conflito primário principalmente através do uso de interpretações transferenciais, enquanto que a psicoterapia seria mais indicada nos casos em que o conflito atual possui pelo menos algum grau de autonomia com relação ao conflito primário. A posição mais atual considera que, apesar das diferenças existe uma sobreposição entre as duas técnicas dentro de um continuum que tem em um pólo a psicanálise e em outro a psicoterapia psicodinâmica (Eizirik & Hauck, 2008).

Cordioli (2008) ressalta que na psicoterapia psicodinâmica as associações não são tão livres quanto na análise, já que são orientadas pelo terapeuta para questões chave da terapia. Nesse tipo de psicoterapia, o paciente é incentivado a explorar sentimentos, idéias e atitudes por meio de sua relação com figuras atuais e do passado, incluindo o terapeuta e visando o insight, porém as interpretações transferenciais são menos frequentes. A diferença de objetivos também é ressaltada por Kenberg (2001) referindo que a psicanálise teria como objetivo uma mudança estrutural fundamental, a integração do conflito inconsciente reprimido ou dissociado no ego consciente. Já na psicoterapia psicodinâmica o objetivo seria uma reorganização parcial da estrutura psíquica no contexto de uma mudança

sintomática significativa. Porém Kenberg adverte que a diferença de objetivos não é suficiente para distinguir uma modalidade da outra, sugerindo que a tradução dos objetivos em abordagens técnicas é fundamental para que se caracterize cada tratamento. Além disso, a avaliação e o entendimento sobre o que seria uma “mudança estrutural” complica ainda mais o problema da diferenciação entre psicanálise e psicoterapia psicodinâmica. Com relação a técnica, Kerberg caracteriza a psicanálise através de 3 conceitos técnicos: interpretação, análise da transferência e neutralidade. A psicoterapia psicodinâmica seria caracterizada pelas mesmas bases técnicas da psicanálise porém com diferenças quantitativas que conduziriam a uma diferença de abordagem. A clarificação e a confrontação teriam mais espaço do que a interpretação “ per se” (inclusive em função das patologias mais graves para as quais o tratamento psicoterápico é especialmente indicado). A transferência não é interpretada somente em relação com o analista mas articulando principalmente com relação a realidade externa do paciente. Por fim, na PP a neutralidade também é uma ferramenta essencial mas pode ser eventualmente abandonada caso a manutenção do tratamento ou o próprio paciente apresente algum risco, devendo ser posteriormente reinstalada por meio da interpretação.

A PP seria o meio do caminho entre as psicoterapias de apoio e a psicanálise, sendo o tratamento mais indicado para pacientes cujo ego não está excessivamente danificado e que podem tolerar o esforço de analisar as defesas através dos métodos de interpretação e elaboração para chegar ao insight. A PP tem sido frequentemente indicada como tratamento alternativo a

psicanálise por questões financeiras, geográficas ou pela sua duração (Kernberg, 2001).

## **Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado 2: Apresentação**

O Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado foi criado em 1992, na Alemanha por psicanalistas, psiquiatras e psicoterapeutas psicodinâmicos. O ponto de partida para esse trabalho foi a insatisfação com os sistemas de diagnóstico descritivo existentes e com a limitação das informações que esse tipo de diagnóstico pode fornecer para profissionais da área da psicoterapia psicodinâmica. A criação do OPD teve como objetivo expandir o diagnóstico baseado na descrição de sintomas adicionando, através de 5 eixos, algumas dimensões psicodinâmicas fundamentais para o entendimento e para a condução de um tratamento de PP.

Assim, a operacionalização dos construtos psicodinâmicos tem os seguintes objetivos:

1) fornecer uma linha de diagnóstico clínico que possa ser formulado de forma relativamente aberta e que permita aos clínicos a utilização de seus próprios julgamentos;

2) Ser útil para os psicoterapeutas psicodinâmicos, inclusive em fase de treinamento, oferecendo conhecimento e prática a respeito da psicodinâmica assim como das classificações fenomenológicas;

3) Aumentar e melhorar a comunicação entre a comunidade científica no que diz respeito a construtos da teoria psicodinâmica;

4) Utilizar as informações psicodinâmicas como ferramenta de pesquisa contribuindo para formação de amostras mais homogêneas do que as amostras baseadas somente no diagnóstico descritivo;

5) Planejar a condução do tratamento através da determinação, pelas categorias do OPD, dos focos psicodinâmicos mais relevantes.

A construção multi-axial do instrumento possibilita que se abarque, através da avaliação dos diferentes eixos, a complexidade e a inter-relação das condições e fatores que determinam os fenômenos e as patologias mentais do ponto de vista psicodinâmico. Dessa forma, os 5 eixos do instrumento são complementares e interdependentes, e é justamente a inter-relação entre as diferentes informações que permite a compreensão dos fenômenos e do funcionamento mental.

A segunda versão do OPD surge 10 anos depois, fruto da necessidade de ampliar os objetivos e as possibilidades de utilização do instrumento. Além de fornecer elementos diagnósticos de uso clínico, a segunda versão se propõe também a ser uma ferramenta para o planejamento e a avaliação do processo psicoterápico. Outra diferença entre a primeira e a segunda versão é a ênfase na identificação dos recursos saudáveis do paciente, permitindo o estabelecimento dos principais focos de intervenção e a contínua avaliação da evolução do paciente.

O OPD-2 é um instrumento composto por 4 eixos psicodinâmicos e 1 eixo descritivo conforme segue:

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

Eixo II: Relações interpessoais;

Eixo III: Conflito psíquico;

Eixo IV: Estrutura psíquica;

Eixo V: Diagnóstico nosológico tradicional (DSM e CID).

Os quatro primeiros eixos são baseados em construtos psicodinâmicos derivados da teoria psicanalítica e tem o objetivo de estabelecer, através de uma entrevista inicial, uma dinâmica do funcionamento mental e também elos de ligação entre os sintomas objetivos apresentados e aspectos referentes ao desenvolvimento psicológico do sujeito. O quinto eixo complementa a avaliação através do diagnóstico nosológico do transtorno mental e/ou transtorno de personalidade de acordo com os manuais diagnósticos tradicionais.

#### **Eixo I: Experiência com a doença e pré-requisitos para o tratamento.**

O eixo I pretende avaliar tanto a sintomatologia objetiva como a forma como os sintomas são experienciados pelo paciente. Os itens abrangem a severidade dos sintomas, duração da doença e forma de apresentação da patologia. O eixo I avalia também de que forma os sintomas são experimentados e as concepções do paciente acerca da doença. Schneider et al (2008) sugere que a maneira pela qual o paciente percebe e compreende sua doença exerce profunda influencia sobre sua capacidade de aderir e experienciar mudanças durante o processo psicoterapêutico. Dessa forma, a avaliação dessas variáveis é indispensável para a indicação terapêutica.

## **Eixo II: Relações Interpessoais**

O eixo II do OPD-2 pretende diagnosticar padrões de comportamento disfuncionais nas relações interpessoais do sujeito (Manual OPD, 2008). O modelo circumplex de formulação das interações, permite que se descreva as vivências interpessoais do indivíduo em termos de eventos cíclicos e interdependentes. A avaliação diagnóstica compreende duas fontes de informação: 1) percepção do self e dos objetos em interação e sua evolução, tais como descritas pelo paciente durante a entrevista de avaliação e 2) informações advindas da interação paciente-terapeuta dentro da própria sessão, permitindo que através da observação direta e da utilização da contra-transferência como instrumento, o terapeuta possa ter acesso as vivências e ao comportamento interpessoal do paciente.

Correspondendo às diferentes fontes de informação descritas (vivências desde a perspectiva do paciente e interação/comportamento observável na entrevista) são distinguidas duas diferentes perspectivas determinantes para a formulação dos padrões de comportamento interpessoal do paciente: 1) a perspectiva experiencial do paciente (com relação a si próprio e aos objetos) e 2) a perspectiva experiencial dos objetos, compreendendo também a experiência do entrevistador (com relação ao paciente e a si próprios na interação com o paciente). Dessa forma, a complexidade da relação interpessoal é captada através de 2 perspectivas descritas através de 4 posições: 1) percepção do paciente a respeito de si próprio; 2) percepção do paciente a respeito dos outros; 3) percepção dos outros a respeito do paciente e 4) percepção dos outros a respeito de si mesmos quando em interação com o paciente.

Para avaliação das relações interpessoais o avaliador deve utilizar um checklist disponível no manual do instrumento (Manual OPD-2, 2008). Assim, para cada uma das 4 posições interpessoais o avaliador pode escolher entre 32 itens que melhor descrevam o modo de interação do paciente em cada perspectiva. Os 32 itens do checklist são sempre os mesmos variando somente em sua forma gramatical. Via de regra, um máximo de 3 itens são suficientes para caracterizar adequadamente cada posição interpessoal.

O objetivo do eixo II é chegar a uma formulação psicodinâmica que integre as 4 posições interpessoais indicando os padrões de interação e a consequente resposta que o paciente recebe de seus objetos. Essa descrição permite ir além de uma simples formulação interpessoal, apontando padrões patológicos de relacionamento interpessoal que devem ser foco de intervenção terapêutica.

### **Eixo III: Conflito**

A literatura psicanalítica demonstra que o conceito de conflito tem importância decisiva para o entendimento da psicodinâmica individual (Solimano, 2010). Freud em Estudos sobre a histeria (1952) descreve os conflitos como causa principal para o aparecimento das neuroses, descrevendo os conflitos intrapsíquicos como produto da impossibilidade de integração entre idéias e normas, valores e/ou pensamentos vigentes. Por seu caráter irreconciliável essas idéias, de natureza inconsciente, sofreriam ação de forças repressivas, devendo ser combatidas por meio de diferentes mecanismos de defesa. A falha destes mecanismos em reprimir o conteúdo e afeto de tais idéias ocasionaria o aparecimento dos sintomas. Ou seja, se o



ego é incapaz de mediar satisfatoriamente as demandas internas e externas há o surgimento dos conflitos neuróticos inconscientes. Para Freud a natureza universal dos conflitos psíquicos se explica pela sempre presente contradição entre princípio do prazer e realidade externa (1920). A identificação dos conflitos teria como objetivo mapear traços ou comportamentos característicos da doença do paciente que possam ser reconhecidos ao longo da sua história pessoal e explicar de que forma a tentativa de resolução desses conflitos pode ser patológica ou saudável.

Os conflitos são dessa forma entendidos como motivações e desejos opostos, conscientes ou inconscientes. Eles são repetitivos e estão ligados a uma variedade de comportamentos sendo que essa ligação, muitas vezes, não é perceptível para o paciente (Perry, Cooper & Michels, 1987). A presença e a natureza do conflito intrapsíquico também é um fator que deve ser considerado para indicação de psicoterapia psicodinâmica (Cordioli, 2008).

A dificuldade de definição clara e a falta de uma forma confiável de sistematização dos conflitos intrapsíquicos, tanto no diagnóstico quanto na formulação psicodinâmica, é uma desvantagem para o desenvolvimento clínico e científico nas psicoterapias com esta orientação. Weismann (1959) definiu 3 critérios básicos que a formulação psicodinâmica dos conflitos intrapsíquicos deveria compreender: 1) derivar de observação psicodinâmica e descritiva; 2) ser formulada em linguagem precisa que possibilite amplo entendimento e permita operacionalização; 3) a formulação psicodinâmica do conflito deve poder ser inferida através de entrevista clínica.

A partir desse entendimento, o Eixo III do OPD trabalha com a idéia de um continuum entre conflitos que fazem parte do ciclo vital ou induzidos por stress momentâneo (sem relevância clínica ou patológica) e conflitos patológicos. Dessa forma, existe uma avaliação inicial que permite que o terapeuta avalie se o conflito apresentado pelo paciente é situacional ou se deve ser considerado patológico/ disfuncional. Para o diagnóstico psicodinâmico cada conflito pode ser descrito como ausente, insignificante, significativo ou muito significativo. A partir dessa descrição, o avaliador deve escolher e classificar os dois conflitos principais verificados no paciente e sua forma de apresentação: se o conflito se manifesta de forma ativa ou passiva.

Os principais conflitos definidos pela OPD task force foram os seguintes:

Individuação x dependência: Trânsito entre os pólos de proximidade simbiótica e independência do self.

Submissão x controle: Trânsito entre os polos de submissão do self aos outros e de controle dos objetos externos pelo self.

Necessidade de ser cuidado x auto-suficiência: Trânsito entre a necessidade exagerada de cuidados e atenção e a ilusão de auto-suficiência.

Conflito de auto-estima: Esforço para ser reconhecido e para reconhecer suas próprias qualidades é excessivo ou infrutífero. Como resultado existe um abalo narcísico da personalidade.

Conflito de culpa: Sentimento de ter machucado ou prejudicado o objeto, na realidade e/ou em pensamento. Inclui também a quebra de valores internos e/ou morais. Possui como pré-condição a capacidade de sentir culpa.

Conflito edípico: Presença real ou imaginada de um terceiro que circula em clima de rivalidade e erotismo. Capacidade/incapacidade de relações triangulares não simbióticas.

Conflito de identidade: Sentimento subjetivo de identidade e de continuidade. Capacidade/incapacidade de assumir diferentes papéis e manter a integridade do self.

Se por um lado essa seleção apresenta conflitos psicodinâmicos tradicionais como dependência, culpa e conflitos edípicos, por outro lado acrescenta conflitos pouco reconhecidos mas clinicamente relevantes como cuidado x auto-suficiência e os conflitos de identidade. Foi evitado o emprego da terminologia psicanalítica tradicional (oral, anal por exemplo) em função da pouca clareza e ambiguidade dos conceitos.

#### **Eixo IV Estrutura**

O conceito de estrutura psíquica não tem uma definição única na literatura psicodinâmica. De maneira geral, entende-se estrutura psíquica como as funções psicológicas que, apresentando uma estabilidade através do tempo, dão forma a personalidade individual (Friedman & Lister, 1987). Bergeret (1998) define estrutura como aquilo que, em um estado psíquico mórbido ou não, é constituído por elementos metapsicológicos profundos e fundamentais da personalidade, fixados em um conjunto estável e definitivo. O autor destaca a necessidade de investigar, para além dos sintomas, a estrutura sobre a qual repousa o funcionamento mental do indivíduo. Somente dessa forma se pode compreender os sinais presentes, a gênese e o prognóstico evolutivo de um sujeito.

O entendimento e desenvolvimento do conceito de estrutura psíquica também se apoia sobre os estudos e teorias do desenvolvimento infantil e dos padrões de apego precoces. Os achados enfatizam que as repetidas interações entre a criança e os objetos emocionalmente importantes exercem importante função estrutural, principalmente através da experiência de ser entendido de forma empática e adequadamente cuidado. O desenvolvimento da estrutura do self culminaria com a capacidade do ego de se pensar como um objeto e de forma reflexiva poder fazer referência a si próprio, abrindo um espaço mental e representacional (Fonagy, 2010).

Sandler (2001) descreve a estrutura psíquica como resultado de um processo evolutivo que se inicia muito precocemente. A criança progressivamente adquire representações mentais de si mesma e dos objetos importantes, na medida em que interage com o mundo exterior e principalmente com os objetos cuidadores. A gradual diferenciação entre self e objeto permite a experiência de imagens na percepção, memória e fantasia: imagens de si mesma, do objeto e da interação entre o self e o objeto. Embora tais imagens sejam complexas e variadas elas possuem um padrão específico que confere uma identidade a toda experiência subjetiva e que influencia todo o domínio da experiência.

Dessa forma, o processo de estruturação da personalidade, entendido de forma psicodinâmica, permite que se afirme que as funções estruturais estão ligadas não somente ao funcionamento interno mas também ao mundo externo das relações interpessoais, no que dizem respeito ao self e aos objetos. Para a operacionalização dos itens que dizem respeito a estrutura psíquica novamente foram evitados termos estritamente psicanalíticos de

forma que a experiência e o comportamento do paciente pudessem estar mais próximos da observação (Manual OPD-2, 2008).

De acordo com o OPD-2 a estrutura pode ser descrita em 4 dimensões que avaliam o self e as relações de objeto do indivíduo e devem ser caracterizadas de acordo com 4 níveis de integração estrutural: elevada, moderada, baixa e desintegrada. Os principais itens para avaliação da estrutura definidos pela OPD task force foram os seguintes:

#### 1. Percepção:

Auto-percepção: Percepção e diferenciação do self, capacidade de diferenciar afetos próprios, reconhecer e desenvolver sua própria identidade.

Percepção do objeto: Diferenciação entre self e objeto (pensamentos, necessidades, impulsos), capacidade de integração de diferentes aspectos e versão realística do objeto.

#### 2. Regulação:

Auto-regulação: Reconhecer, controlar e integrar impulsos, afetos e auto-estima.

Regulação da relação objetal: Proteger as relações dos seus próprios impulsos, manter seus interesses e reconhecer os interesses do outro, desenvolver uma percepção total do objeto.

#### 3. Comunicação:

Interna: Experimentar seus próprios afetos, criar e usar suas próprias fantasias, investir emocionalmente na percepção do seu corpo e mente.

Mundo externo: Estabelecer contato e investimento emocional, experimentar sentimentos de reciprocidade, expressar afeto e ser tocado pelo afeto do objeto, experienciar empatia.

#### 4. Capacidade de vinculação:

Objetos internos: Percepção positiva do self e dos objetos e manutenção de afetos positivos, capacidade de proteger e acalmar o self, e capacidade de manter diversas relações objetais internalizadas.

Objetos externos: Capacidade de vinculação com objetos externos, aceitar ajuda, habilidade de manter o vínculo e suportar separações.

### **Eixo V: Diagnóstico nosológico segundo os manuais CID-10 e DSM-IV.**

#### **Avaliação das propriedades dos instrumentos**

Apesar de ser uma disciplina que tem como objeto fenômenos nem sempre observáveis de forma direta, tais como o funcionamento mental e os processos psicológicos, a psicoterapia psicodinâmica também não escapou das exigências impostas pelo modelo positivista de conhecimento. A padronização de categorias diagnósticas e de instrumentos de medida foi decisiva para o crescimento da produção científica e ampliação da prática clínica, através da possibilidade de aferir construtos e funções psicológicas e da criação de uma linguagem comum entre todos os profissionais da área. A operacionalização dos construtos psicodinâmicos em categorias, que pudessem ser medidas de forma objetiva, alavancou pesquisas, possibilitando importantes achados científicos na área. Porém apesar dos avanços na construção e validação de instrumentos, tanto a pesquisa quanto a clínica psicodinâmica seguem enfrentando o seguinte dilema: como mensurar quantitativamente e objetivamente construtos tão subjetivos?

A avaliação da adequação dos instrumentos de medida é essencial se quisermos ter certeza de que as informações colhidas através destes mesmos instrumentos são fidedignas. Dessa forma, após a fase de elaboração do instrumento outros estudos devem ser conduzidos para verificação de suas propriedades psicométricas e de sua capacidade de medir adequadamente os construtos a que se propõe. A avaliação da validade e da confiabilidade de uma escala são indispensáveis para que o instrumento possa ser considerado confiável (Pasquali, 1998).

### **Validade de conteúdo:**

A Validade de conteúdo seria o resultado do julgamento de juízes ou pessoas de reconhecido saber na área do constructo que está sendo medido (Cunha, 2000). Após a operacionalização dos itens de um instrumento, é importante que estes sejam submetidos a avaliação de juízes experts na área para assegurar a sua adequação ao construto. Essa análise teórica comporta dois tipos distintos de avaliação: compreensão dos itens (análise semântica) e pertinência dos itens ao construto que representam (propriamente chamada de análise dos juízes). Assim, antes de partir para a validação final do instrumento piloto, este é submetido a uma análise teórica dos itens através da análise semântica e análise dos juízes (Pasquali, 1998). A avaliação de conteúdo pode ser verificada através de um instrumento criado especialmente para esse fim.

### **Confiabilidade:**

Se refere a capacidade de um instrumento de reproduzir uma medida,

ou seja, o grau de concordância entre múltiplas medidas de um mesmo objeto (Armstrong, White & Saracci, 1994). A avaliação da confiabilidade de um instrumento é feita através da comparação de diversas aplicações do instrumento ao mesmo indivíduo. Dois aspectos da confiabilidade são mais frequentemente avaliados:

Confiabilidade de teste-reteste: visa estabelecer o grau com que o instrumento pode reproduzir os mesmos resultados em momentos diferentes;

Confiabilidade inter-avaliadores: tem como objetivo investigar a reprodução de uma medida mesmo quando realizada por diferentes avaliadores. O grau de concordância entre estas avaliações é medido por um coeficiente de confiabilidade e indica em que medida o instrumento é confiável, ou seja, é capaz de fornecer um mesmo resultado independente do momento da medida e do avaliador envolvido no processo (Menezes, 1998). A confiabilidade inter-avaliadores possibilita a verificação do grau de correspondência entre avaliações independentes de dois ou mais avaliadores (Perroca & Gaidzinski, 2003) sendo muitas vezes estimada através do cálculo do Kappa.

### **Validade concorrente:**

Os estudos de validade concorrente tem como objetivo comparar os resultados obtidos através da aplicação do novo instrumento com os resultados obtidos através de outros instrumentos já existentes e anteriormente validados. Para validade concorrente é imprescindível que se escolha um instrumento já bem estabelecido no construto que se pretende medir, de forma que este instrumento possa ser tomado como “padrão ouro”.



Para que seja considerado válido, os resultados do novo instrumento devem acompanhar as medidas e/ou resultados do padrão ouro (Pasquali, 2009).

**Objetivos:**

Objetivo Primário: Apresentar a versão brasileira do Operationalized Psychodynamic Diagnosis 2 (OPD-2).

Objetivos secundários: realizar estudos iniciais de validade de conteúdo, validade concorrente e confiabilidade inter-avaliadores com a versão brasileira do OPD-2.

### **Considerações Éticas:**

O tratamento dos pacientes não foi influenciado pela participação na pesquisa. O preenchimento do sistema OPD-2 pelos terapeutas é experimental e não foi utilizado para fins diagnósticos ou psicoterapêuticos.

O preenchimento do sistema diagnóstico operacionalizado preservou a identificação do paciente, sendo que a transcrição das entrevistas mantiveram o anonimato do entrevistado.

Todos os pacientes envolvidos no estudo foram informados dos propósitos da pesquisa e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Os terapeutas que tiveram acesso as sessões transcritas também assinaram termo de compromisso assegurando o sigilo das informações.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 21241 e pelo Comitê de pesquisa do Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade.

## **Artigo 1**

A ser submetido a Revista de Psiquiatria Clínica.

### **O diagnóstico psicodinâmico: uma revisão teórica**

#### **Psychodynamic Diagnosis: a theoretical review**

Daniela Valle Krieger<sup>1</sup>, Tamires de Souza Pires<sup>2</sup>, Cláudio Laks Eizirik<sup>3</sup>

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS): Porto Alegre, RS, Brasil.

2. Centro de Estudos da Família e do Indivíduo (CEFI): Porto Alegre, RS, Brasil

3. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Centro de Estudos Luís Guedes (CELG), Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (APRS), Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA): Porto Alegre, RS, Brasil.

#### **Autora responsável: Daniela Valle Krieger**

Endereço para correspondência: Av. Iguazu, 463 sala 504 CEP 94704-30 Petrópolis – Porto Alegre – RS – Brasil

Email: [danikrieger@hotmail.com](mailto:danikrieger@hotmail.com)

#### **Declaração de Conflito de Interesse**

Os autores (Daniela Krieger, Cláudio Eizirik e Tamires Pires) não possuem conflitos de interesse para declarar.

## Resumo

**Background:** o diagnóstico nosológico tradicional muitas vezes é insuficiente para o trabalho em psicoterapia psicodinâmica. A ampliação desse tipo de diagnóstico é importante para uma melhor condução do processo terapêutico.

**Objetivo:** O presente artigo analisou referencial teórico sobre o diagnóstico nosológico tradicional e o diagnóstico psicodinâmico para o trabalho e pesquisa em psicoterapia psicodinâmica. Também foram verificadas na literatura sugestões de construtos psicodinâmicos e instrumentos de diagnóstico psicodinâmico disponíveis. **Método:** A busca e análise dos artigos foi realizada de forma não sistemática. **Resultados:** A literatura aponta deficiências no diagnóstico puramente descritivo e sugere que o acréscimo de informações psicodinâmicas é fundamental para a compreensão do paciente e para orientação do processo psicoterápico. A revisão teórica de instrumentos de diagnóstico psicodinâmico não encontrou nenhum estudo brasileiro com tais instrumentos. **Conclusão:** No Brasil existem poucos estudos com instrumentos que auxiliem na obtenção de informações psicodinâmicas. A elaboração de versões brasileiras e o estudo das propriedades de tais instrumentos são importantes para a clínica e pesquisa em psicoterapia psicodinâmica.

**Descritores:** diagnóstico nosológico, diagnóstico psicodinâmico, psicoterapia psicodinâmica, instrumento diagnóstico.

## **Abstract**

**Background:** Traditional categorical diagnosis based on quantitative measurement of symptoms are often insufficient to work with psychodynamic psychotherapy. Thus, a enlargement of diagnosis through comprehensive evaluation would improve therapeutic processes. **Objective:** We aim to examine the implications of categorical and psychodynamic diagnoses to clinical work and research in psychodynamic psychotherapy. We also review suggested psychodynamic constructs and available instruments for psychodynamic assessment. **Methods:** A non-systematic review of psychodynamic diagnosis was conducted. **Results:** Additional psychodynamic information is crucial to better understand the subject as well as to direct therapeutic processes. There were no available instruments for psychodynamic diagnosis in Brazil. **Conclusion:** Despite the importance of psychodynamic diagnosis, we couldn't find any Brazilian study in the field. Validation of international instruments for psychodynamic evaluation is currently required for clinical practice and research in psychodynamic psychotherapy.

**Key-words:** categorical diagnosis, psychodynamic diagnosis, psychodynamic psychotherapy, psychodynamic instrument.

## **A insuficiência do diagnóstico nosológico**

O diagnóstico nosológico realizado através do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4 ed. (DSM-IV)<sup>1</sup> e da Classificação de transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (CID-10)<sup>2</sup> como principal ferramenta para o entendimento da psicopatologia e planejamento/condução do tratamento psicoterápico tem sido duramente criticada por psicoterapeutas de orientação psicodinâmica<sup>3,4</sup>. Na apresentação do DSM-IV os autores sugerem que o diagnóstico nosológico baseado nos sintomas e sua duração não deve ser tomado isoladamente, devendo ser complementado por informações clínicas relevantes<sup>1</sup>. Apesar da ressalva, as categorias nosológicas dos manuais continuam sendo usadas isoladamente e de forma indiscriminada, tanto na prática clínica quanto em pesquisas. Autores sugerem que a excessiva confiança na classificação nosológica seja substituída por uma atitude crítica que abra espaço para o questionamento quanto as deficiências desse tipo de classificação<sup>3,5</sup>.

A literatura aponta alguns problemas do diagnóstico nosológico: 1) ênfase na descrição de sintomas e seu curso e negligência quanto aos aspectos de desenvolvimento da personalidade; 2) a abordagem descritiva associa-se a necessidade de quantificação o que faz com que aspectos psicodinâmicos sejam excluídos, não existindo espaço para o método diagnóstico interpretativo; 3) o diagnóstico é realizado através dos aspectos que podem ser operacionalizados não considerando causas potenciais para surgimento da patologia; 4) redução do espaço para avaliação do campo analítico, aliança terapêutica, interpretação do funcionamento dinâmico e dos processos de transferência e contratransferência<sup>6</sup>. Além disso, as categorias

dos manuais diagnósticos via de regra agrupam, sob uma mesma nomenclatura, fenômenos muito distintos tanto do ponto de vista psicológico quanto em termos de evolução e prognóstico<sup>5</sup>. A classificação nosológica também recebe críticas em função da ausência de avaliação de aspectos fundamentais da personalidade como por exemplo, funcionamentos patológicos e/ou saudáveis<sup>4,7</sup>.

Reiser<sup>8</sup>, alerta para o fato de que limitar o diagnóstico a um mero checklist reduz a avaliação do paciente a uma avaliação de sintomas, negligenciando a pessoa como um todo e não contribuindo para um maior entendimento do paciente. Dessa forma, a consideração da diferença e da relação que se estabelece entre os fenômenos clínicos superficiais (sintomas) através dos quais o diagnóstico clínico é realizado, e os mecanismos psíquicos subjacentes que são entendidos como sendo seu princípio essencial, é indispensável para o trabalho em psicoterapia psicodinâmica. Essa compreensão permite uma ampliação do diagnóstico, fazendo com que a classificação em uma determinada categoria nosológica seja seguida de informações relevantes do ponto de vista dinâmico<sup>3,6,7</sup>.

### **O diagnóstico psicodinâmico**

A discussão sobre a necessidade de avaliar de forma psicodinâmica os pacientes não é recente. A teoria estrutural de Freud<sup>9</sup> que pela primeira vez descreveu a personalidade em termos de ego, id e superego criou a base para a classificação psicodinâmica dos fenômenos mentais. Conceitos como pulsão genital, pré-genital e pontos de fixação<sup>10</sup> e utilização de mecanismos de defesa<sup>11</sup> permitiram um entendimento diagnóstico baseado em construtos



psicanalíticos, permitindo que as patologias fossem também compreendidas como resultantes do desenvolvimento psicosssexual e dos conflitos intrapsíquicos de cada indivíduo.

Dessa forma, o termo diagnóstico psicodinâmico deve ser entendido como um processo onde os fenômenos clínicos objetivos são entendidos como manifestação psicodinâmica de motivações e conflitos inconscientes, que adquirem significados singulares na história e vivência de cada sujeito<sup>6</sup>. A abordagem personalizada é considerada essencial compreendendo também outras variáveis que podem se estender desde condições patológicas (personalidade e problemas físicos) até fatores motivacionais, funcionamento adaptativo, considerações ambientais e qualidade de vida. Essas informações são imprescindíveis para o mapeamento de áreas problemáticas que devem ser foco de intervenção, permitindo um planejamento de tratamento mais eficaz<sup>3</sup>.

Cordioli<sup>12</sup> ressalta que o diagnóstico ou hipótese psicodinâmica busca explicar os sintomas apresentados pelo paciente a luz da teoria psicodinâmica, partindo do princípio de que os sintomas atuais são resultantes do conflito entre impulsos ou emoções intoleráveis e mecanismos de defesa. Devem ser avaliados tanto os aspectos doentes (vulnerabilidades, identificações patológicas e “cicatrices evolutivas”) quanto os aspectos saudáveis do paciente. Também é fundamental que se avalie as dificuldades do paciente em suas relações com pessoas significativas e que se identifique o conflito central e seu papel na doença atual e na história do indivíduo.

A realização de um diagnóstico psicodinâmico que integre o problema atual com os conflitos e o funcionamento mental subjacente é indispensável

para a indicação das psicoterapias voltadas para o insight. A avaliação da indicação e/ou contraindicação para o tratamento psicodinâmico exige que o diagnóstico nosológico seja complementado com uma série de elementos psicodinâmicos da personalidade do paciente tais como narcisismo, rigidez, distanciamento e vazio emocional entre outros<sup>13</sup>.

Além de ajudar na indicação do tipo de psicoterapia mais adequado, a formulação de uma hipótese psicodinâmica inicial também tem como objetivo auxiliar no planejamento da psicoterapia psicodinâmica. A relação entre o conflito primário e o conflito atual e o funcionamento resultante dessa interação são indispensáveis para o estabelecimento do foco do tratamento e para a constante avaliação dos progressos ou estagnações do paciente<sup>14</sup>.

O diagnóstico psicodinâmico também é importante na avaliação e no planejamento do tratamento de patologias específicas. Com relação a psicose por exemplo, o diagnóstico psicodinâmico pode permitir o estabelecimento de hipóteses acerca dos significados pessoais da realidade negada presente na forma de alucinações e delírios<sup>15</sup>. Com relação aos pacientes neuróticos, o diagnóstico psicodinâmico pode revelar uma complexa interação entre o desenvolvimento ou vivências do paciente e situações de vida atuais, que precisam ser avaliadas e podem influenciar tanto o processo de psicoterapia quanto o curso da doença<sup>3</sup>.

Inicialmente entendido como parte da avaliação inicial de um paciente, o diagnóstico psicodinâmico deve estar sempre sendo revisto já que as funções psicológicas sofrem alterações ao longo do tempo e do processo psicoterápico. Essas alterações podem fazer com que os focos de intervenção estabelecidos anteriormente precisem ser readequados de

acordo com novas necessidades e/ou mudanças de cada paciente<sup>16</sup>.

### **Propriedades psicodinâmicas**

A formulação diagnóstica psicodinâmica é uma formulação definida, abstrata e sistemática acerca do funcionamento psicológico da pessoa e deveria compreender múltiplos pontos de vista tais como exame da estrutura, da dinâmica e dos fatores genéticos da personalidade<sup>17</sup>. Outras informações psicodinâmicas sugeridas na literatura são: capacidade de mentalização<sup>18</sup>, representações de objeto<sup>19</sup> funções do ego e estilo defensivo<sup>20</sup>. A presença de conflitos psíquicos e sua dinâmica dentro da personalidade do sujeito também deve ser avaliada<sup>21</sup>.

Também é indicado que se avalie os fatores desencadeantes da doença atual, conflitos psíquicos focal e nuclear, adaptação, força do ego e relações objetais, assim como a presença de sintomas e a capacidade de estabelecer uma aliança terapêutica<sup>16</sup>. A motivação do paciente para o tratamento também parece ser um tema central que deve fazer parte do diagnóstico psicodinâmico.

O significado que a desordem emocional tem para o paciente e para as pessoas que o cercam também ocupa papel central que deve ser avaliado, já que a doença mental implica, na maior parte das vezes, um estigma e reprovação social importantes<sup>22,5</sup>. Compreender o significado da doença para o paciente e para as pessoas que o cercam é indispensável para entender as interações e reações que este significado produz e que pode estar associado com outros sintomas ou com mais sofrimento psíquico. Esse tipo de diagnóstico também deve estar orientado para, além de avaliar

as deficiências e dificuldades do paciente, avaliar também suas capacidades e seus recursos saudáveis. A avaliação do potencial do paciente já está bem estabelecida na literatura de psicoterapia infantil mas na avaliação e no tratamento de adultos ainda tem papel secundário ou é negligenciada<sup>5</sup>.

Dessa forma, a literatura sugere um movimento de ampliação do diagnóstico categórico para um diagnóstico dimensional em que a avaliação dos sintomas seja também ponto de partida para avaliação das origens, dos fenômenos e dos fatores que condicionam e mantêm a patologia. A questão diagnóstica principal não seria mais: qual a patologia deste paciente? E sim, do que sofre esse paciente, quais seus aspectos saudáveis e que condições o mantêm doente? De que forma essa pessoa pode ser sistematicamente ajudada para sair do sofrimento que limita seu potencial, retomando funções autônomas tanto quanto possível<sup>5</sup>?

A tabela 1 ilustra algumas propriedades psicodinâmicas sugeridas pela literatura.

[tabela 1]

### **Diagnóstico Psicodinâmico: Operacionalização**

Como se pode concluir da revisão teórica exposta acima, a literatura sugere a avaliação de diferentes funções psicológicas com o objetivo de conhecer melhor o estado mental e funcionamento do paciente antes e também ao longo do tratamento psicoterápico. A pluralidade de funções psicodinâmicas que devem ser avaliadas torna a formulação psicodinâmica uma tarefa extensa, que pode tomar algumas horas para ser concluída<sup>23</sup>. Em função da extensão da formulação de um diagnóstico psicodinâmico, nas

últimas décadas, foram publicadas algumas tentativas de operacionalização desse tipo de diagnóstico.

A questão crucial que se impõe é a possibilidade e em que medida a operacionalização de um construto teórico permite manter a proximidade com o fenômeno ou se, pelo contrário, devido ao processo de operacionalização corre-se o risco de uma perda da relação entre o construto psicodinâmico e o objeto. Dificuldade semelhante parece ser encontrada em pesquisas de abordagem operacional onde o principal objetivo é estabelecer ligação entre vários níveis da teoria e a observação do fenômeno. Para que isso seja possível é necessário explicitar e especificar os construtos relevantes para que estes possam ser traduzidos e operacionalizados para pesquisa. Esses parecem ser pré-requisitos básicos para a investigação empírica de conceitos teóricos<sup>22</sup>.

A natureza dos construtos psicodinâmicos gera, além de dificuldade, uma ampla resistência de incorporação desses conceitos aos métodos de investigação empírica. Isso se deve ao fato de que, conceitos como inconsciente, transferência ou resistência não podem ser observados em si mesmos mas somente inferidos através de comportamentos derivados. Assim, as tentativas de operacionalização de construtos psicodinâmicos exigem procedimentos que possam lidar de forma flexível com a multiplicidade e diversidade de fenômenos observáveis, assim como os métodos de observação, avaliação e interpretação dos dados. Outra dificuldade de operacionalização é a ambiguidade e falta de clareza de alguns termos. A pesquisa em psicoterapia psicodinâmica sempre sofreu com essa falta de clareza conceitual que torna as tentativas de operacionalização

dos conceitos uma tarefa ainda mais difícil. Dessa forma, a maior dificuldade e principal desafio dos instrumentos que pretendem operacionalizar diagnósticos psicodinâmicos é justamente quantificar as funções psicológicas individuais, transferindo construtos dinâmicos para uma escala de intensidade.

Na passagem de uma formulação psicodinâmica sem estrutura fixa para uma operacionalização dos construtos psicodinâmicos, em forma de instrumentos de avaliação, a literatura sugere alguns cuidados. Em primeiro lugar, assim como a formulação psicodinâmica freudiana, a operacionalização dos diagnósticos psicodinâmicos deve se prestar a constante revisão a medida que mais informações se tornam disponíveis para o terapeuta. O instrumento deve ser necessariamente sensível a mudanças no paciente na medida em que este melhore ou se adapte melhor as situações da vida. Outra sugestão para as tentativas de operacionalização é que o método possa ser aplicável a qualquer tipo de material: entrevistas ao vivo, entrevistas gravadas, sessões transcritas e dados históricos<sup>23</sup>.

A operacionalização dos construtos também deveria ser compatível e comparável com escalas psicológicas anteriormente validadas para medidas quantitativas dos aspectos dinâmicos. O estabelecimento de uma operacionalização para os diagnósticos compreensivos pode ajudar o clínico a organizar as informações que acabou de escutar, auxiliando no estabelecimento de pontos em que o paciente precisa de mais atenção e insight e no material que necessita ser interpretado. Essa sistematização pode ter efeitos imediatos na condução do tratamento<sup>23</sup>. As tentativas de operacionalização dos construtos psicológicos que surgiram nas últimas

décadas, são de grande utilidade para que os diagnósticos psicodinâmicos possam ser realizados de forma mais breve, aumentando sua utilização na prática clínica e em pesquisas<sup>22,24,25,26,3</sup>.

A tabela 2 mostra alguns dos instrumentos disponíveis para diagnóstico psicodinâmico.

[tabela 2]

### **Conclusão**

A formulação de um diagnóstico psicodinâmico que amplie o entendimento do paciente para além da classificação nosológica, avaliando os processos subjacentes à sintomatologia clínica, é indispensável para o trabalho em psicoterapia psicodinâmica. A avaliação de alguns desses construtos psicodinâmicos já foi operacionalizada por instrumentos internacionais de diagnóstico psicodinâmico. Apesar da importância do tema, no Brasil, ainda existe uma escassez de estudos sobre instrumentos de avaliação psicodinâmica e principalmente de estudos empíricos que avaliem as propriedades psicométricas de tais instrumentos.

O diagnóstico psicodinâmico realizado através de instrumentos pode contribuir para a prática clínica orientando o planejamento e a condução dos tratamentos psicoterápicos. O diagnóstico psicodinâmico também pode ser utilizado para avaliação dos resultados e da efetividade das psicoterapias através de uma detalhada descrição do funcionamento mental dos sujeitos e suas modificações ao longo do processo terapêutico. A pesquisa em psicoterapia de orientação psicodinâmica também pode se beneficiar deste tipo de diagnóstico pois os instrumentos de diagnóstico psicodinâmico podem fornecer uma caracterização mais completa dos sujeitos pesquisados,

ampliando a caracterização tradicional baseada em dados sócio-demográficos e no diagnóstico psiquiátrico.



### **Referências Bibliográficas:**

1. DSM-IV Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
  
2. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
  
3. McWilliams N. The Psychodynamic Diagnostic Manual: an effort to compensate for the limitations of descriptive psychiatric diagnosis. *J Pers Assess.* 2011; 93(2), 112–122.
  
4. Mezzich JE, Schmolke MM. Multiaxial diagnosis and psychotherapy planning: on the relevance of ICD-10, DSM IV and complementary schemas. *Psychother Psychosom.* 1995; 63(2):71-80.
  
5. Musalek M, Scheibenbogen O. From categorical to dimensional diagnostics: deficiency-oriented versus person-centred diagnostics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008; 258(5):18-21.
  
6. Schneider W, Heuft G, Freyberger HJ, Janssen PL. Diagnostics concepts, multimodal and multiaxial approaches in psychotherapy and psychosomatics. *Psychother Psychosom.* 1995; 63(2):63-70.

7. Stieglitz RD, Schussler G. Instruments in the assessment of psychosomatic and neurotic disorders. *Psychother Psychosom.* 1995; 63(2):81-9.

8. Reiser MF. Are psychiatric educators "losing the mind"? *Am J Psychiatry.* 1988; 145(2):148-53.

9. Freud S. O ego e o id (1923). In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago, 1996.

10. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago, 1996.

11. Freud S. Inibições, sintomas e ansiedade (1926 [1925]). In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira.* Rio de Janeiro: Imago, 1996.

12. Cordioli AV, Gomes FA. O diagnóstico do paciente e a escolha da psicoterapia. In Cordioli, AV. *Psicoterapias: abordagens atuais.* (organizador). 3ed. Porto Alegre, Artmed, 2008.

13. Stone L. The widening scope of indications for psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc.* 1954; 2(4):567-94.

14. Eizirik C e Hauck S. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In Cordioli, AV. Psicoterapias: abordagens atuais. (organizador). 3ed. Porto Alegre, Artmed, 2008.

15. Martindale BV. Psychodynamic contributions to early intervention in psychosis. *Advances in psychiatry treatment*. 2007; 13(1):34-42.

16. Dal Zot JS, Keidann CE. Avaliação. In Eizirik C L, De Aguiar R W, Schestatsky S (organizadores). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 2ed. Porto Alegre: artmed, 2005.

17. Friedman RS, Lister P. The current status of psychodynamic formulation. *Psychiatry*. 1987; 50(2):126-41.

18. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* 2010; 9:11-15.

19. Ribeiro L, Target M, Chiesa M, Bateman A, Stein H, Fonagy P. The Problematic Object Representation Scales (PORS): A preliminary study to assess object relations in personality disorder through the AAI protocol. *Bull Menninger Clin*. 2010; 74(4): 328-352.

20. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(9):1665-71.

21. Perry S, Cooper A, Michels R. The psychodynamic formulation: its purpose, structure and clinical application. *Am J Psychiatry*. 1987; 144(5):543-50.

22. OPD Task-Force, editor. Operationalized Psychodynamic Diagnosis 2. Manual of diagnosis and treatment planning. Hogrefe & Huber, Cambridge, 2008.

23. Perry JC. Scientific progress in psychodynamic formulation. *Psychiatry*. 1989; 52(3):245-9.

24. Robert M. Weinryba R M , Busch M, Gustavsson P, Saxon L, Skarbrandt E. Reliability of the Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) among Patients with and without psychoactive substance abuse disorders. *Psychother Psychosom*. 1998;67:10-16.

25. Hörzs et al. A prototypical profile of borderline personality organization using the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *J Am Psychoanal Assoc*. 2009; 57: 1464-8.

26. Moses I. Review of Psychodynamic Diagnostics Manual (PDM). *Psychotherapy (Chic)*. 2008; 45(1):117-9.

## Tabelas

Tabela 1

### Propriedades psicodinâmicas na literatura

Autores	Ano	Propriedades psicodinâmicas sugeridas
Perry, S. Et al.	1987	Sintomas e problemas contextualizados no momento de vida do paciente, fatores não dinâmicos da enfermidade, dinâmica dos principais conflitos psíquicos e seu desenvolvimento, participação dos conflitos no tratamento e na relação terapêutica.
Schneider, W.	1995	Estrutura de personalidade, mecanismos de defesa, padrões de relação de objeto, fatores psicossociais da patologia, relação entre desordem mental e somática.
Janssen, PL		
Stieglitz, R.	1995	Motivação, funcionamento social, mecanismos de defesa e aspectos saudáveis, aliança terapêutica.
Schussler, G.		
Mezzich, J.	1995	Condições patológicas (personalidade e problemas físicos) até fatores motivacionais, funcionamento adaptativo, considerações ambientais e qualidade de vida.
Schmolke, M.		
Musalek, M.	2008	Fatores que mantêm a patologia, estigmatização, significado da doença para o paciente. Integração de recursos, habilidades, inclinações e talentos .
McWilliams N.	2011	Resiliência, capacidade de aceitar a realidade (teste de realidade), estabilidade da auto-estima, constância do self e constância objetual, flexibilidade do ego e capacidade de pensar a realidade e os objetos de forma complexa.

Tabela 2

Instrumentos de diagnóstico psicodinâmico

Instrumento	Criador	Ano	Forma de operacionalização	Construtos operacionalizados
Structured Interview for Personality Organization (STIPO)	Clarkin et al.	2004	3 domínios centrais 4 domínios suplementares	Identidade, defesas primitivas e teste de realidade. Relação de objeto, adaptação/rigidez, agressão e julgamentos de valor.
Karolinska Psychodynamic Profile (KPP)	Weinryb et al.	1991	18 sub-escalas	Qualidade das relações interpessoais, nível de funcionamento mental, diferenciação de afetos, experiência com o próprio corpo, sexualidade e organização da personalidade.
Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD)	OPD Task Force	2001	5 eixos	I pré-requisitos e vivência da doença II relações interpessoais III conflito intrapsíquico IV estrutura psíquica V diagnóstico descritivo
Psychodynamic Diagnostics (PDM)	PDM Task Force	2006	3 eixos	Transtornos e padrão de Personalidade (Eixo P) Perfil de Funcionamento mental (Eixo M) Experiências Subjetivas ( Eixo S)

## Artigo 2

Submetido a Revista Brasileira de Psiquiatria

### **Psychometric properties of the brazilian version of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis-2**

Daniela Valle Krieger<sup>1</sup>, Camila Piva da Costa<sup>3</sup>, Carolina Padoan<sup>5</sup>, Clarissa Pessota<sup>4</sup>, Daniela Berger<sup>4</sup>, Marina Bento Gastaud<sup>3</sup>, Tamires Pires<sup>4</sup>, André Palmmini<sup>2</sup>, Cláudio Laks Eizirik<sup>6</sup>.

1 Psychologist, Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, Brazil.

2 Associate Professor of Neurology, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, Brazil.

3 Psychologist, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Centro de Estudos Luís Guedes: Porto Alegre, Brazil.

4 Psychologist, Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT): Porto Alegre, Brazil.

5 Psychologist, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS): Porto Alegre, Brazil.

6. Psychiatrist, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Centro de Estudos Luís Guedes (CELG), Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (APRS), Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA): Porto Alegre, Brazil.

## **Resumo**

Background: O diagnóstico baseado unicamente na avaliação quantitativa dos sintomas e seu curso muitas vezes não é suficiente para o trabalho em psicoterapia psicodinâmica. Apesar disso, a literatura sobre diagnóstico psicodinâmico ainda é escassa, assim como os estudos empíricos na área. O Operationalized Psychodynamic Diagnosis-2 tem o objetivo de ampliar o diagnóstico tradicional através da operacionalização de informações psicodinâmicas fundamentais para a compreensão dos fenômenos subjacentes à sintomatologia clínica. A construção multi-axial do OPD-2 possibilita que se abarque a complexidade e a inter-relação das condições e fatores que determinam os fenômenos e as patologias mentais do ponto de vista psicodinâmico. O OPD-2 é composto por 4 eixos psicodinâmicos e 1 eixo descritivo: I: vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento; II: Relações interpessoais; III: Conflito psíquico; IV: Estrutura psíquica; V: Diagnóstico nosológico tradicional. Apesar de ser amplamente utilizado em vários países ainda não foram realizados estudos com o OPD-2 no Brasil. Objetivos: Esse trabalho apresenta a primeira versão brasileira do OPD-2 e verifica a validade de conteúdo, a concordância inter-avaliadores e a validade concorrente do instrumento. Método: A avaliação do conteúdo do instrumento foi realizada por experts em psicoterapia psicodinâmica. A concordância inter-avaliadores foi avaliada utilizando-se 51 entrevistas de psicoterapia psicodinâmica. A validade concorrente comparou os itens do OPD-2 com os resultados do The World Health Organization Quality of Life - abbreviated version e o Symptom Check-List-90-Revised. Resultados: A avaliação de



conteúdo considerou os itens claros quanto a linguagem e pertinentes teoricamente. Os eixos III e IV apresentaram maior índice de concordância inter-avaliadores. Os eixos I, III e IV obtiveram correlação significativa entre alguns itens com os resultados do SCL-90R e WHOQOL-bref. Conclusão: Este estudo demonstrou que o OPD-2 apresenta boas condições de avaliação de propriedades psicodinâmicas. Outros estudos com diferentes amostras e instrumentos devem ser realizados para verificação das propriedades psicométricas do OPD-2 no Brasil.

Descritores: Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado-2, concordância interavaliadores, validade de conteúdo, validade concorrente, psicoterapia psicodinâmica.

## **Abstract**

Background: Diagnoses based upon quantification of symptoms and their course is less suitable to psychodynamic psychotherapy, yet psychodynamic diagnoses are rarely scrutinized scientifically. The Operationalized Psychodynamic Diagnosis-2 seeks to enhance traditional diagnostic schemes through the operationalization of psychodynamic data relevant to the comprehension of psychological phenomena underlying clinical symptomatology. The multi-axial framing of OPD-2 allows the incorporation of the complexity and the inter-relations of conditions and factors determining mental phenomena and pathology from a psychodynamic perspective. OPD-2 has 4 psychodynamic and 1 descriptive axis: I: experience of illness and prerequisites for treatment; II: Interpersonal relations; III: Conflict ; IV: Structure ; V: Mental and psychosomatic disorders. Although largely used in a number of countries, there have been no studies with OPD-2 in Brazil. Objectives: We aimed to present the Brazilian version of OPD-2 and determine the content validity, inter-rater reliability and concurrent validity of the psychodynamic items of the instrument. Methods: Experts in psychodynamic psychotherapy evaluated content and the inter-rater reliability was based on 51 dialogued interviews obtained during routine clinical practice in a specialized institution. Concurrent validity compared OPD-2 items with results from the World Health Organization Quality of Life - abbreviated version (WHOQOL-bref) and the Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R). Results: Evaluation of content considered OPD-2 items as clear and theoretically pertinent. Axes III and IV had higher inter-rater concordance. Several items from axes I, III and IV

correlated significantly with the SCL-90R and the WHOQOL-bref. Conclusion: OPD-2 is adequate to evaluate psychodynamic properties. Further studies with the OPD-2 in Brazil evaluating different samples and using distinct comparator instruments are needed to confirm and extend our findings.

Keywords: Operationalized Psychodynamic Diagnosis – 2, Inter-rater reliability, content validity, concurrent validity, psychodynamic psychotherapy.

Diagnostic evaluation in mental disorders currently relies on symptom categorization, the cornerstone of manuals such as ICD-10 and DSM IV / V<sup>1,2</sup>. The rationale is straightforward: nosological diagnoses would dictate the indication, the goals and the overall treatment plan. However, because psychodynamically-oriented psychotherapy (POP) seeks to fully understand the psychological phenomena underlying clinical symptomatology, traditional nosologic diagnoses do not suffice. These manuals group within a given entity clinical phenomena with widely distinct psychological features, evolution and prognosis<sup>3</sup>. In fact, there is a significant gap between 'superficial' clinical phenomena (symptoms) leading to clinical diagnoses and the underlying intrapsychic mechanisms representing their essential principle. Thus, because POP does target these mechanisms rather than purely the symptoms, there is a clear need for diagnostic schemes that incorporate dynamically-relevant information, advancing beyond the current grouping of patients under given diagnostic categories<sup>4,5,6</sup>.

Not surprisingly, there has been an effort to transition from categoric to dimensional diagnoses, in which symptom evaluation would represent just the starting point of a more in-depth evaluation of the origins, the phenomena and the factors framing and perpetuating mental pathologies<sup>7,8</sup>. The necessary requirement for this paradigm shift was the development of a comprehensive diagnostic evaluation in which fundamental psychodynamic properties would be added to common nosology. More specifically, this would mean bringing to the diagnostic stage the structure of the personality, defense mechanisms, patterns of object relations, psychosocial factors and the relations between

mental and somatic diseases<sup>6</sup>. In response to this claim to move beyond traditional diagnostic schemes and to operationalize psychodynamic information adapted for clinical care and research the Operationalized Psychodynamic Diagnosis, currently in its second version (OPD-2), was developed<sup>9,10</sup>.

The multi-axial framing of OPD-2 allows the incorporation of the complexity and the inter-relations of conditions and factors determining mental phenomena and pathology from a psychodynamic perspective. OPD-2 has 4 psychodynamic and 1 descriptive axis: I: experience of illness and prerequisites for treatment; II: Interpersonal relations; III: Conflict ; IV: Structure ; V: Mental and psychosomatic disorders (DSM / ICD).

Despite being widely used in a number of countries, OPD-2 does not have a Brazilian version. The development of national versions and empirical studies to validate psychodynamic diagnostic tools is pivotal to the planning, execution and determination of the effectiveness of POP treatments. Here, we present the Brazilian version of OPD-2 and evaluate the content validity, inter-rater reliability and concurrent validity of the psychodynamic items of the instrument.

## **Methods**

### ***Subjects:***

Fifty-one subjects beginning POP in the Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT), in Porto Alegre, RS, from November 2011 to December 2012 were studied. The CIPT includes an outpatient clinic and a teaching institution for psychodynamic psychotherapists, affiliated with the Anna Freud Centre and accredited by the World Council for

Psychotherapy. Patients are seen at least once a week. Table 1 depicts demographic and clinical data.

[Table 1]

Following screening, subjects were referred to a psychotherapist and the first interview was dialogued for later analysis. Interviews lasted 45 minutes and were led by 21 psychologists: 6 (29%) specialists in POP and 15 (71%) who were attending the psychotherapy specialization course. Only one was a male.

### **Ethical considerations**

All subjects signed an informed consent form. The study and the informed consent were approved by the Ethical Committees of both the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS 21241) and the CIPT.

### **Instruments of evaluation**

Brazilian version of the OPD-2 (available as supplementary material)

WHOQOL-bref (*The World Health Organization Quality of Life – abbreviated version*)

This 26-item questionnaire assesses quality of life concerning 4 major domains: 1) Physical 2) Psychological 3) Social and 4) Environment. The Portuguese version of the WHOQOL-bref was developed in the WHOQOL Centre for Brazil<sup>11</sup>.

SCL-90-R (*Symptom Check-List-90-Revised*)

This instrument assesses type and severity of symptoms according to 9 dimensions: Somatization, Obsessive compulsion, Interpersonal sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic anxiety, Paranoid ideation and Psychoticism. Increasing scores indicate more severe symptoms in each dimension. Furthermore, a Global Severity Index (GSI), the Total of Positive Symptoms (TPS) and the Positive Symptoms Disturbance Index (PSDI) are also generated. This instrument has also been adapted and validated to the Brazilian population<sup>12</sup>.

## **Procedures**

### Elaboration of the Brazilian version of the OPD-2:

The Brazilian version was an adaptation of the Portuguese version<sup>13</sup>. When the adaptation was debatable, the most adequate wording in relation to the original version was decided by consensus from a group of specialists. The resulting version was then evaluated by the creators of the original instrument (OPD task force) and by the Portuguese group which organized the first translation.

### Validation of the Brazilian version of the OPD-2

#### *1. Content validity*

The Brazilian version of OPD-2 was evaluated by 5 experts in POP with mean clinical experience of 27 years. A specific form was developed to evaluate each axis of the instrument<sup>14</sup> according to the following criteria: 1) correctness of the item to assess the corresponding dimension; 2) clarity of the wording; 3) pertinency and 4) theoretical relevance. The assessment of the correctness of the items to the corresponding axes, was performed in 2

steps. First, the target items were removed from the axis to which they originally belonged and then each was presented to the experts, who had to indicate to which of the axes the given item should belong. On the other hand, clarity of the wording, pertinency and theoretical relevance of the items were assessed in a Likert scale with scores from 1 to 5. Experts could take notes and write commentaries regarding the questions, including their critical appraisal about the items.

### *2. Inter-rater reliability*

Dialogued Interviews were randomly distributed among 6 judges (psychologists specialized in POP with an average of 9 years of clinical experience) who underwent a training session according to the OPD-2 manual. Each interview was scored by 2 randomly paired judges in such a way that pairs varied and all possible combinations of pairs of judges were contemplated. Judges also signed an informed consent form accepting to avoid any disclosure of the clinical material.

### *3. Concurrent validity*

Concurrent validity was calculated according to the means of the scores for each item. The latter were compared with the results from the SCL-90R and the WHOQOL-bref. These instruments were applied before patients were referred for psychotherapy.

### **Statistical analyses:**

The content of OPD-2 was evaluated through frequency calculations and simple averaging. Inter-rater reliability of items from axes I, III e IV were calculated through weighted Kappa adjusted to frequency (Pabak), assuming



a similar distance among each of the stages of the OPD-2 scoring scale. Each item was evaluated separately. Forms which considered Items as non-classifiable were removed from the sample because they could not be assessed by the Likert scale.

For concordance of interpersonal positions of axis II, the 32 checklist items were grouped according to the Circumplex model proposed by Benjamin<sup>15</sup>, resulting in 8 categories. For each category, a weighted Kappa adjusted for frequencies (Pabak) was calculated.

Concurrent validity among items from axes I and IV, as well as correlation with dimensions of SCL-90R and domains of the WHOQOL-bref were determined by Spearman Correlation tests to non-parametric variables. Correlation among items of axis III with the same instruments was performed through the Mann–Whitney test. A significance level of 0.05 was used throughout.

### **Results:**

Table 2: OPD-2 – Outline of each axis. (The Brazilian version of the OPD-2 is available as supplementary material).

[table 2]

### **Assessment of content:**

The 5 experts considered the OPD-2 items adequate to evaluate the dimensions of experience of illness and prerequisites for treatment, interpersonal relations, conflict and structure. All axes were evaluated with a Likert scale of 1 to 5 according to clarity of language, pertinency and

theoretical relevance of the items. Axis I averaged between 4.3 and 4.6 and axis II 3.8 and 4.4. Conflict and Structure items averaged between 4.4 and 4.6.

### **Assessment of inter-rater reliability**

Tables 3, 4 and 5 indicate the level of concordance among judges for items of axes I, III and IV.

[table 3]

[table 4]

[table 5]

For axis II, inter-rater concordance was calculated separately for each of the 4 interpersonal positions. Kappa showed moderate concordance for the patient's self-perception (A1: 0.29 and 0.76) and substantial concordance for the perception of the patient about others (A2: 0.23 and 0.85). In addition, moderate concordance was found for the perception of others about the patient (B1: 0.15 and 0.73) and the perception of the others about themselves in the interaction with the patient (B2: 0.46 and 0.70).

### **Concurrent validity:**

Items evaluating experience of illness and prerequisites for treatment (Axis I), showed a significant correlation between presentation of physical complaints and problems and concept of illness oriented to somatic factors (OPD-2) with the dimension somatization of the SCL-90R ( $r=0.48$   $p=0.001$  e

$r = 0.43$   $p = 0.002$ ) and with the Physical domain of the WHOQOL-Bref ( $r = -0.44$   $p = 0.002$ ). Symptom severity (OPD-2) was significantly correlated with the dimension anxiety ( $r = 0.37$   $p = 0.009$ ) and with the TPS ( $r = 0.30$   $p = 0.037$ ), but not with the GSI measured by the SCL-90R. Significant correlations were also found between symptom severity and the domain environment of the WHOQOL-bref ( $r = -0.34$   $p = 0.019$ ).

The item subjective suffering of the OPD-2 was negatively correlated with the physical and psychological domains of the WHOQOL-bref ( $r = -0.38$   $p = 0.008$  e  $r = -0.46$   $p = 0.001$ ). In other words, the higher the subjective suffering scores, the lower the perception of quality of life in the physical and psychological domains. Subjective suffering of the OPD-2 also correlated positively with the dimensions obsessive compulsion, depression, anxiety and phobic anxiety ( $r = 0.42$   $p = 0.003$ ;  $r = 0.48$   $p = 0.001$ ;  $r = 0.43$   $p = 0.002$  e  $r = 0.44$   $p = 0.002$ ) of SCL-90R, and was also correlated with TPS ( $r = 0.32$   $p = 0.02$ ), PSDI ( $r = 0.49$   $p = 0.00$ ) and with interpersonal sensitivity ( $r = 0.35$   $p = 0.015$ ). This suggests that judges considered greater subjective suffering in subjects with higher number and intensity of symptoms.

The item personal resources were significantly correlated with social relationships ( $r = 0.32$   $p = 0.026$ ) and the domain environment of the WHOQOL-bref ( $r = 0.37$   $p = 0.010$ ). The desired type of treatment/psychotherapeutic was significantly correlated with the PSDI ( $r = 0.33$   $p = 0.02$ ) and dimension depression ( $r = 0.31$   $p = 0.030$ ) of the SCL-90R. The other items of axis I did not show significant correlations with the dimensions of the SCL-90R or the domains of the WHOQOL-bref.

Assessment of axis III showed an association between identity conflict with the GSI and TPS of the SCL-90R. Patients with identity conflict had higher median scores in overall severity and presence of positive symptoms ( $p= 0.039$  and  $p=0.035$ ). Other types of conflicts did not show significant correlations.

Axis IV evaluates the structure of personality. The items object perception ( $r=-0.40$ ) and regulation of objectal relation ( $r = -0.33$ ) correlated with the domain environment of the WHOQOL-bref. The other items of axis IV did not show significant correlations.

### **Discussion:**

The evaluation of experts in POP indicated that OPD-2 axes are adequate to probe psychodynamic dimensions and that the items of the Brazilian version are clear and theoretically relevant.

Inter-rater reliability of items of axis I was between poor and fair. Low scores were mostly related to the low levels of concordance of social and environmental items such as (i) conception of disease based upon social factors, (ii) psychosocial support and (iii) external resistance to change (Pabak 0.07, 0.04 e 0.03 respectively). Axis III items had concordance values between 0.25 and 0.75: individuation versus dependency conflict, guilty and oedipic conflicts had substantial concordance<sup>16</sup>. Items of axis IV had concordance between 0.18 and 0.34 and most had a fair agreement between evaluators. Higher concordance scores were seen for self perception and for attachment capacity: internal objects. Concordance for evaluation of the total structure of the personality was also fair. It should be noted that axis IV items

allowed intermediate scoring (between high and moderate, for example), and thus judges had more options to classify each phenomenon. Although this may have led to more reliable evaluations of the items, concordance may have been reduced and thus pabak averages may have been lowered.

Variation in inter-rater concordance in the different axes may relate to the type of interview. Preliminary data from CIPT confirmed adherence to the psychodynamic technique<sup>17</sup>. Emphasis of POP in the subjectivity of the patient prioritizes the evaluation of unconscious phenomena and their corollaries. Thus, the evaluation of social and environmental issues as well as that of the objective symptomatology is less of an issue. In the absence of such data, judges may have had to rely on inferences, reducing concordance for objective items of axis I. Along the same lines, the psychodynamic approach may have facilitated the interpretation of intrapsychic conflicts and the structure of personality through analysis of the discourse of the patients.

In line with previous findings<sup>18,19,20</sup>, concordance levels for axis II were higher in perspective A (subjective experience of the patient) than in perspective B (perception of the others about the patient). This result can be explained by the counter-transference involved in the evaluation of perspective B, increasing the subjectivity of the evaluation and thus reducing concordance. Furthermore, because the interviews and the scoring of OPD-2 were not performed by the same person, the evaluation of perspective B may have been suboptimal. In addition, counter-transference feelings and non-verbal communication were left out from the the evaluation of OPD-2 axes, which was based upon analyses of dialogued sessions. Finally, the high levels of subjectivity in the assessment of interpersonal relations favor a

higher concordance for the absence than the presence of interpersonal themes.

Results concerning concurrent validity showed that findings using OPD-2 were in line with other validated and largely used instruments. Correlations were significant for experience of illness and prerequisites for treatment (axis I) which allow higher correspondence of items with dimensions and domains evaluated through the SCL-90R and WHOQOL-bref. Also, subjects with identity conflict (axis III) had higher scores on the IGS and TSP. OPD-2 deals with identity conflicts as resulting from contradictory representations of the self leading to feelings of insecurity and displeasure<sup>10</sup> and the higher scores on the IGS and TSP suggest that lack of coherence and perception of stability of the self were in line with higher scores for positive and severity of symptoms. Overall, concurrent validity results are particularly important when they show significant association between psychodynamic constructs - such as subjective suffering, personal resources, introspective capacity and type of desired treatment / psychotherapeutic – with scores of the SCL-90R and of WHOQOL-bref. Significant correlations between psychodynamic constructs and more objective instruments suggests that, even granting the subjectivity inherent to the psychodynamic evaluation, OPD-2-based diagnoses may reliably describe the mental functioning of the subjects, complementing traditional diagnostic systems (DSM and ICD).

Some of the limitations of this study are inherent to scientific initiatives in the POP field. First, concordance studies are necessarily performed through evaluations by external judges, discarding precious information inherent to the analytic field between therapist and patient. The latter is

unfortunately not captured by standardized, objective methods of evaluation. Second, psychodynamic interviews were part of the clinical routine and performed by psychotherapists who lacked training in OPD-2 axes. Inter-rater concordance for OPD-2 axes were shown to be higher when interviews were performed under research settings instead of part of the clinical routine<sup>19</sup>. This suggests that structured interviews in research settings are more suitable to probe the items of the instrument than typical routine psychotherapy interviews, which tend to be less amenable to control by the therapist. Information thus gathered are, therefore, obviously influenced by the known vicissitudes of the therapeutic process, including resistances, transferences and therapeutic alliance.

Contrary to the usual practice of evaluating patients through several encounters as suggested by a number of authors<sup>22,23</sup>, here we used a single interview and this may also have impacted our results. Furthermore, the use of dialogued interviews may have left out information that was then unavailable to the external judges.

Regarding concurrent validity, it is important to consider the nature of the instruments applied. Both SCL-90R and WHOQOL-bref are self-applicable instruments, whereas OPD-2 demands an external evaluator. This difference in perspective may impact results and could explain some unexpected findings, such as the lack of correlation between symptom severity of the OPD-2 and the GSI of SCL-90R. Another unexpected finding was the positive correlation between structural items such as attachment capacity: internal objects and the GSI of the SCL-90R. The relation between the need to internalize 'good' objects invested with positive affect and psychic

development would predict a negative – instead of a positive – correlation between these items. Such results could also be explained by the difference in perspective between the instruments, raising the possibility that subjects with structural deficits evaluate their symptoms differently from an external evaluator. Furthermore, the lack of a perfect correlation between OPD-2 items and those of SCL-90R and WHOQOL-Bref allows an approximation rather than a comparison of results.

This is the first study with the OPD-2 in Brazil and results corroborate findings in other countries. Inter-rater concordance and concurrent validity results suggest that this Brazilian version show good psychometric properties and can correctly evaluate psychodynamic constructs and may be a useful instrument for clinical and research use. It has been hypothesized that performance of the OPD-2 may be related both to the type of interview and the theoretical approach of the evaluators. Future studies using psychotherapeutic interventions and alternative methodologies will be needed to verify this hypothesis.



## References:

1. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *JAMA*. 2008; 300:1551–1565.
2. Serralta FB, Pole N, Tiellet Nunes ML, Eizirik CL, Olsen C. The process of change in brief psychotherapy: effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychother Res*. 2010 Sep;20(5):564-75.
3. Musalek M, Scheibenbogen O. From categorical to dimensional diagnostics: Deficiency-oriented versus person-centred diagnostics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008; 258(5):18-21.
4. Mezzich JE, Schmolke MM. Multiaxial diagnosis and psychotherapy planning: on the relevance of ICD-10, DSM IV and complementary schemas, *Psychother Psychosom*. 1995; 63(2):71-80.
5. Stieglitz RD, Schussler G. Instruments in the assessment of psychosomatic and neurotic disorders. *Psychother Psychosom*. 1995; 63(2):81-9.
6. Schneider W, Heuft G, Freyberger HJ, Janssen PL. Diagnostics concepts, multimodal and multiaxial approaches in psychotherapy and psychosomatics. *Psychother Psychosom*. 1995; 63(2):63-70.

7. McWilliams N. The Psychodynamic Diagnostic Manual: an effort to compensate for the limitations of descriptive psychiatric diagnosis. *J Pers Assess*, 2011; 93(2):112–122.
8. Moses I. Book review: Psychodynamic Diagnostics Manual (PDM). *Psychotherapy*. 2008; 45(1):117–119.
9. OPD Task-Force, editor. Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD). Foundations and manual. Hogrefe & Huber, Seattle 2001.
10. OPD Task-Force, editor. Operationalized Psychodynamic Diagnosis 2. Manual of diagnosis and treatment planning. Hogrefe & Huber, Cambridge, 2008.
11. Fleck MP et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica*. 2000; 34(2):178-83.
12. Lalon, D T Escala de Avaliação de Sintomas-90-R: adaptação, precisão e validade. [dissertation]. Campinas (SP). Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2001.
13. Vicente C S, Oliveira R A, Silva F, Ferrajão P, Augusto S, Oliveira S, et al. Cross-cultural adaptation of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) in Portugal. *Trends Psychiatry Psychother*. 2012; 34(3):129-138.

14. Pasquali L. *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. 2 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.
15. Benjamin L S. Use of structural analysis of social behavior (SASB) to guide intervention in psychotherapy. In: Anchim J C, Kiesler D J (Eds.): *Handbook of interpersonal psychotherapy*. Guilford: New York, 1982.
16. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-174.
17. Gastaud, M B et al. Aderência à técnica na psicoterapia psicanalítica: estudo preliminar. *J. bras. psiquiatr.*, 2012; 61(3):189-190.
18. Cierpka M, Grande T, Rudolf G, Von der Tann M, Stasch M. The Operationalized Psychodynamic Diagnostics System: Clinical Relevance, Reliability and Validity. *Psychopathology*. 2007; (40): 209-220.
19. Cierpka M, Stach M, Dahlbender R, OPD task force. Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD): Concept, reliability and validity. *Rev chil neuro-psiquiat* 2006; 44(2): 105-125.
20. Pérez F, Alvarado L, De la Parra G, Dagnino P. Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2): Preliminary assessment of its validity and inter-rater reliability. *Rev chil neuro-psiquiat* 2009; 47(4): 271-278.

21. Sandler AM. Uma teoria das relações de objetos internos. In Green A, organizador. Psicanálise contemporânea: revista francesa de psicanálise: número especial, 2001/ Rio de Janeiro: Imago; São Paulo, SBPSP. Depto de publicações, 2003.
  
22. Zimerman D E. Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999.
  
23. Etchegoyen R H. Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

Table 1: Demographic and clinical data

	n	%
<b>Subjects</b>		
<b>Gender</b>		
Female	31	60.78
Male	20	39.22
<b>Age (years)</b>	40.12 ± 15.86*	
<b>Education</b>		
With higher education	27	52.94
Without higher education	24	47.06
<b>Main Diagnosis (CID10)</b>		
F30-F39	31	60.78
F40-F48	12	23.53
F99	0	
F60-F69	3	5.88
F10-F19	0	
z	2	3.92
Not included	3	5.88

\*mean and standart deviation

Table 2: OPD-2 Axes

Axis	Dimensions	Items
<b>I. Experience of illness and prerequisites for treatment</b>	Objective assessment of the patient's illness / of the problem	1. Current severity of the illness/of the problem 2. Duration of the disturbance/of the problem
	Patient's experience, presentation, and concepts of illness	3. Experience and presentation of the illness 4. Illness concepts of the patient 5. Patient's concepts about change
	Resources for and impediments to change	6. Resources for change 7. Impediments to change
	(Psychotherapy module) Patient's experience, presentation, and concept/s of illness	5. Patient's concepts about change
	Resources for and impediments to change	6. Resources for change 7. Impediments to change
<b>II. Interpersonal Relationships</b>	<i>Perspective A: The patient's experience</i>	A1 Patient experiences herself as A2 Patient experiences others as
	<i>Perspective B: The experience of others (also of the investigator)</i>	B1 Others experience the patient as B2 Others experience themselves as
<b>III. Conflict</b>		1. Individuation versus dependency. 2. Submission versus control. 3. Need for care versus self-sufficiency
	Repetitive-dysfunctional conflicts	4. Self-worth conflict 5. Guilt conflict 6. Oedipal conflict 7. Identity conflict
<b>IV. Structure</b>	Cognitive abilities	1a Self-perception 1b Object perception
	Regulation	2a Self regulation 2b Regulation of object relationship
	Emotional communication	3a Internal communication 3b Communication with the external world
	Attachment	4a Attachment to internal objects 4b Attachment to external objects
<b>V. Mental and psychosomatic disorders</b>	Mental disorders	Main diagnosis/additional diagnosis
	Personality disorders	Main diagnosis/additional diagnosis

Table 3: Inter-rater reliability for axis I

Items	Pairs concordant	Pabak	95% confidence interval	Pabak Interpretation <sup>16</sup>
Severity of symptoms	22/50	0.25	0.13-0.37	Fair
Subjective suffering	19/51	0.22	0.11-0.33	Fair
Presentation of physical complaints and problems	27/51	0.41	0.30-0.52	Moderate
Presentation of psychological complaints and problems	22/51	0.29	0.18-0.40	Fair
Presentation of social problems	14/51	0.09	-0.02-0.20	Poor
Concept of illness oriented to somatic factors	26/51	0.39	0.28-0.50	Fair
Concept of illness oriented to psychological factors	19/51	0.22	0.11-0.32	Fair
Concept of illness oriented to social factors	13/50	0.07	-0.04-0.19	Poor
Desired type of treatment: physical	30/51	0.49	0.38-0.60	Moderate
Desired type of treatment: psychotherapeutic	19/51	0.22	0.11-0.33	Fair
Desired type of treatment: social area	11/50	0.02	-0.09-0.14	Poor
Personal resources	20/51	0.24	0.13-0.35	Fair
Psychosocial support	11/48	0.04	-0.08-0.15	Poor
External impediments to change	10/45	0.03	-0.09-0.15	Poor
Internal impediments to change	20/47	0.28	0.17-0.40	Fair
Symptom reduction	17/50	0.17	0.07-0.29	Poor
Reflective-clarification of motives/conflict	20/51	0.24	0.13-0.35	Fair
Emotional supportive intervention	21/50	0.27	0.16-0.39	Fair
Active-directive intervention	7/48	-0.07	-0.18-0.05	Poor
Psychological Mindedness	16/50	0.15	0.04-0.26	Poor
Secondary gain from illness/ conditions maintaining the problem	6/40	-0.13	-0.27-0.00	Poor

Tabela 4 : Inter-rater reliability for axis III

<b>Conflict</b>	<b>Pairs concordant</b>	<b>Pabak</b>	<b>95% confidence interval</b>	<b>Pabak Interpretation</b>
<b>Individuation X dependency</b>	29/36	0.70	0.55-0.86	Substantial
<b>Submission X control</b>	26/36	0.58	0.43-0.73	Moderate
<b>Need for care X self-sufficiency</b>	21/36	0.37	0.22-0.53	Moderate
<b>Self-worth conflict</b>	18/36	0.25	0.10-0.40	Fair
<b>Guilty conflict</b>	29/36	0.70	0.55-0.86	Substantial
<b>Oedipal conflict</b>	30/36	0.75	0.60-0.90	Substantial
<b>Identity conflict</b>	25/36	0.54	0.39-0.70	Moderate
<b>Mode of processing of main conflict</b>	14/33	0.23	0.08-0.38	Fair



Tabela 5: Inter-rater reliability for axis IV

<b>Structure</b>	<b>Pairs concordant</b>	<b>Pabak</b>	<b>95% confidence interval</b>	<b>Pabbak Interpretation</b>
<b>Self perception</b>	22/51	0.32	0.22-0.42	Fair
<b>Object perception</b>	20/51	0.24	0.13-0.35	Fair
<b>Self-regulation</b>	20/51	0.29	0.20-0.39	Fair
<b>Regulation of object-relationship</b>	20/51	0.29	0.19-0.39	Fair
<b>Internal communication</b>	16/51	0.20	0.10-0.30	Fair
<b>Communication with the external world</b>	15/51	0.18	0.08-0.27	Poor
<b>Attachment capacity: internal objects</b>	22/51	0.34	0.24-0.43	Fair
<b>Attachment capacity: external objects</b>	16/51	0.20	0.10-0.30	Fair
<b>Structure total</b>	21/50	0.32	0.23-0.42	Fair

## Supplementary material

### 1. Apresentação da versão brasileira do OPD-2.

<b>Apresentação da versão brasileira do OPD-2</b>		
<b>Eixos</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Itens</b>
<b>I. Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento</b>	Avaliação objetiva da doença/problema	1. Gravidade dos sintomas 2. Duração da doença
	Vivência, forma de apresentação e concepção da doença por parte do paciente	3. Experiência e apresentação da doença 4. Concepção da doença por parte do paciente 5. Concepções da mudança por parte do paciente
	Recursos e resistências à mudança	6. Recursos para mudança 7. Resistências à mudança
	Módulo Psicoterapêutico Vivência, formas de apresentação e concepção da doença por parte do paciente -	5. Concepções da mudança por parte do paciente
<b>II. Relações Interpessoais</b>	Recursos e resistências à mudança	6. Recursos para mudança 7. Resistências à mudança
	Perspectiva A: Vivência por parte do paciente  <b>Perspective B: A percepção dos outros sobre o paciente (incluindo a do investigador)</b>	O paciente percebe-se a si próprio como O paciente percebe os outros como  Os outros percebem o paciente como Os outros percebem-se a si próprio como
<b>III. Conflitos</b>	Conflitos disfuncionais repetitivos	1. Individuação versus dependência 2. Submissão versus controle 3. Necessidade de cuidado versus auto-suficiência 4. Conflito de auto-estima 5. Conflito de culpa 6. Conflito edípico 7. Conflito de Identidade
<b>IV. Estrutura</b>	Habilidades cognitivas	1a Auto-percepção 1b Percepção do objeto
	Regulação	2a Auto-regulação 2b Regulação da relação objetal
	Comunicação	3a comunicação interna 3b comunicação com o mundo externo
	Vinculação	4a capacidade de vinculação: objetos internos 4b capacidade de vinculação: objetos externos
<b>V. Transtornos mentais</b>	Transtorno Mental	Diagnóstico principal / Diagnóstico adicional
	Transtorno de Personalidade	Diagnóstico principal / Diagnóstico adicional

## **Considerações finais**

- No Brasil existem poucos estudos de tradução e validação de instrumentos que auxiliem na obtenção de informações psicodinâmicas. A elaboração de versões brasileiras e o estudo das propriedades psicométricas de tais instrumentos são importantes para o desenvolvimento da psicoterapia psicodinâmica.
- Este foi o primeiro estudo envolvendo o OPD-2 realizado no Brasil. A adaptação para o português do Brasil foi seguida por estudos de validade de conteúdo, validade concorrente e confiabilidade inter-avaliadores.
- A avaliação de conteúdo foi realizada por experts da área que consideraram que os eixos do OPD-2 são adequados para avaliar as dimensões psicodinâmicas propostas. Os experts também consideraram os itens da versão brasileira claros quanto a linguagem e relevantes teoricamente.
- Os resultados da confiabilidade inter-avaliadores demonstraram maior concordância para os eixos III e IV, corroborando resultados de estudos realizados em outros países.
- Os resultados da validade concorrente demonstraram que, em alguns itens, a avaliação realizada através do OPD-2 acompanha os resultados de instrumentos já validados e amplamente utilizados tais como SCL-90R e WHOQOL-bref.

- O presente estudo utilizou sessões de psicoterapia psicodinâmica dialogadas pelo terapeuta. Outros estudos devem ser realizados utilizando outras metodologias e tipos de amostra.
- As sessões utilizadas neste estudo foram coletadas em um único local. Sugere-se a realização de estudos com a utilização de material coletado em diferentes instituições.
- Outros testes e análises devem ser realizados de forma a completar a validação do instrumento.

## **Referências Bibliográficas:**

Armstrong B K, White E, Saracci, R. Principles of exposure measurement in epidemiology. New York: Oxford University Press, 1994.

Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World Psychiatry. 2010; 9:11-15.

Benjamin L S. Use of structural analysis of social behavior (SASB) to guide intervention in psychotherapy. In: Anchim J C, Kiesler D J (Eds.): Handbook of interpersonal psychotherapy. Guilford: New York, 1982.

Bergeret, J. A personalidade normal e patológica. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. Am J Psychiatry. 2004; 161(9):1665-71.

Cierpka M, Stach M, Dahlbender R, OPD task force. Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD): Concept, reliability and validity. Rev chil neuro-psiquiat. 2006; 44(2): 105-125.

Cierpka M., Grande T., Rudolf G., Von der Tann M. & Stasch M. The Operationalized Psychodynamic Diagnostics System: clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology*. 2007; (40): 209-220.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Cordioli, AV. Psicoterapias: abordagens atuais. (organizador). 3ed. Porto Alegre, Artmed, 2008.

Cunha, J. & cols. Psicodiagnóstico-V. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Dal Zot JS, Keidann CE. Avaliação. In Eizirik C L, De Aguiar R W, Schestatsky S (organizadores). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 2ed. Porto Alegre: artmed, 2005.

Del Re AC, Flückiger C, Horvath AO, Symonds D, Wampold BE. Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32(7):642-9.

DSM-IV Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Eizirik C e Hauck S. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In Cordioli, AV. Psicoterapias: abordagens atuais. (organizador). 3ed. Porto Alegre, Artmed, 2008.

Eizirik C L, De Aguiar R W, Schestatsky S (organizadores). Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Etchegoyen R H. Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

Fleck MP et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. Rev Saude Publica. 2000; 34(2):178-83.

Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. Development and Psychopathology. 1997; 9:679-700.

Freud S. Estudos sobre a histeria (1893). In Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud S. Além do princípio do prazer (1920). In Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996

Freud S. Inibições, sintomas e ansiedade (1926[1925]). In Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud S. O ego e o id (1923). In Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud S. Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). (1913). In Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud S.. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. (1919 [1918]), In Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Friedman RS, Lister P. The current status of psychodynamic formulation. *Psychiatry*. 1987; 50(2):126-41.

Gaebel W, Zielasek J. Psychiatry as a diagnostic discipline. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008; 258(5):1.



Gastaud, Marina Bento et al. Aderência à técnica na psicoterapia psicanalítica: estudo preliminar. J. bras. psiquiatr. 2012; 61(3):189-190.

Hörzs et al. A prototypical profile of borderline personality organization using the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). J Am Psychoanal Assoc. 2009; 57: 1464-8.

Huber D, Zimmermann J, Henrich G, Klug G. Comparison of cognitive-behaviour therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients - a three-year follow-up study. Z Psychosom Med Psychother. 2012; 58(3):299-316.

Jensen HH, Mortensen EL, Lotz M. SCL-90-R symptom profiles and outcome of short-term psychodynamic group therapy. Psychiatry. Published online 2013 April 27. doi: [10.1155/2013/540134](https://doi.org/10.1155/2013/540134)

Kenberg O. Psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas. In Green A, organizador. Psicanálise contemporânea: revista francesa de psicanálise: número especial, 2001/ Rio de Janeiro: Imago; São Paulo, SBPSP. Depto de publicações, 2003.

Knekt P, Lindfors O, Renlund C, Sares-Jäske L, Laaksonen MA, Virtala E. Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term psychotherapy. J Affect Disord. 2011 Dec; 135(1-3):221-30.

Knight, R. The relationship of psychoanalysis to psychiatry. *Am. J. Psychiatry*, vol 101, p 777-782, 1945. Reimpresso em Miller, SC (Ed ) *Clinician and therapist: select papers of Robert P Knight*. New York Basic Books, 1972. P 121-130.

Laloni, D T Escala de Avaliação de Sintomas-90-R: adaptação, precisão e validade. [dissertação]. Campinas (SP). Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2001.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-174.

Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*. 2008; 300:1551–1565.

Martindale BV. Psychodynamic contributions to early intervention in psychosis. *Advances em psychiatry treatment*. 2007;13(1):34-42.

McWilliams N. The Psychodynamic Diagnostic Manual: an effort to compensate for the limitations of descriptive psychiatric diagnosis. *J Pers Assess*. 2011; 93(2), 112–122.

Menezes, P. R. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. *Revista de psiquiatria clínica*. 1998;(25) 5.

Mezzich JE, Schmolke MM. Multiaxial diagnosis and psychotherapy planning: on the relevance of ICD-10, DSM IV and complementary schemas. *Psychother Psychosom.* 1995; 63(2):71-80.

Moses I. Book review: *Psychodynamic Diagnostics Manual (PDM)*. *Psychotherapy.* 2008; 45 (1):117–119.

Musalek M, Scheibenbogen O. From categorical to dimensional diagnostics: deficiency-oriented versus person-centred diagnostics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008; 258(5):18-21

Narfin R. Transference and countertransference. *Rev Infirm.* 2011; (176):49-50.

OPD Task-Force, editor. *Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD). Foundations and manual.* Hogrefe & Huber, Seattle 2001.

OPD Task-Force, editor. *Operationalized Psychodynamic Diagnosis 2. Manual of diagnosis and treatment planning.* Hogrefe & Huber, Cambridge, 2008.

Pasquali L. *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação.* 2 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

Pasquali, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Revista de Psiquiatria Clínica. 1998; (25) 5: 206-213.

Pasquali, L. Psicometria. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(Esp):992-9.

Pérez F, Alvarado L, De la Parra G, Dagnino P. Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2): Preliminary assessment of its validity and inter-rater reliability. Rev chil neuro-psiquiat 2009; 47(4): 271-278.

Perroca MG, Gaidzinski RR. Assessing the interrater reliability of an instrument for classifying patients: kappa quotient. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2003; 37: 72-80.

Perry JC. Scientific progress in psychodynamic formulation. Psychiatry. 1989; 52(3):245-9.

Perry S, Cooper A, Michels R. The psychodynamic formulation: its purpose, structure and clinical application. Am J Psychiatry. 1987; 144(5):543-50.

Reiser MF. Are psychiatric educators "losing the mind"? Am J Psychiatry. 1988; 145(2):148-53.

Ribeiro L, Target M, Chiesa M, Bateman A, Stein H, Fonagy P. The Problematic Object Representation Scales (PORS): A preliminary study to assess object relations in personality disorder through the AAI protocol. Bull Menninger Clin. 2010; 74(4): 328-352.

Robert M. Weinryba R M , Busch M, Gustavsson P, Saxon L, Skarbrandt E. Reliability of the Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) among Patients with and without psychoactive substance abuse disorders. *Psychother Psychosom.* 1998; 67:10–16.

Sandler A M. Uma teoria das relações de objetos internos. In Green A, organizador. *Psicanálise contemporânea: revista francesa de psicanálise: número especial, 2001/* Rio de Janeiro: Imago; São Paulo, SBPSP. Depto de publicações, 2003.

Schneider W, Heuft G, Freyberger HJ, Janssen PL. Diagnostics concepts, multimodal and multiaxial approaches in psychotherapy and psychosomatics. *Psychother Psychosom.* 1995; 63(2):63-70.

Schneider W, Klauer T, Freyberger HJ. Operationalized Psychodynamic Diagnosis in planning and evaluating the psychotherapeutic process. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008; 258(5):86-91.

Serralta FB, Pole N, Tiellet Nunes ML, Eizirik CL, Olsen C. The process of change in brief psychotherapy: effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychother Res.* 2010; 20(5):564-75.

Solimano AL. Conflicto y déficit en la etiopatogenia. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.* 2010; 21(92): 245-252.

Stieglitz RD, Schussler G. Instruments in the assessment of psychosomatic and neurotic disorders. *Psychother Psychosom.* 1995; 63(2):81-9.

Stone L. The widening scope of indications for psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc.* 1954; 2(4):567-94.

Vicente C S, Oliveira R A, Silva F, Ferrajão P, Augusto S, Oliveira S, et al. Cross-cultural adaptation of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) in Portugal. *Trends Psychiatry Psychother.* 2012; 34(3):129-138.

Wallerstein RS. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica: raízes históricas e situação atual. In Eizirik C L, De Aguiar R W, Schestatsky S (organizadores). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos.* 2ed. Porto Alegre: artmed, 2005.

Weisman A D. The psychodynamic formulation of conflict. *AMA Arch Gen Psychiatry.* 1959; 1:288-309.

Zimerman D E. *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática.* Porto Alegre: Artmed, 1999.

## **Anexo 1**

### 1. projeto de pesquisa

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Serviço de Psiquiatria

## **VALIDAÇÃO DO SISTEMA DE DIAGNÓSTICO PSICODINÂMICO OPERACIONALIZADO 2 (OPERATIONALIZED PSYCHODYNAMIC DIAGNOSIS 2)**

Projeto de Mestrado

Autora: Psic. Daniela Valle Krieger  
Orientador: Prof. Dr. Cláudio Laks Eizirik

## Sumário

1. Introdução.....	3
2. Justificativa.....	6
3. Objetivos.....	7
3.1 Geral.....	7
3.2 Específicos.....	7
4. Metodologia.....	7
4.1 Autorização.....	7
4.1 Tradução.....	7
4.2 Validação.....	8
5. Delineamento.....	8
6. Local de Realização.....	9
7. Critérios de Inclusão.....	10
8. Aspectos Éticos.....	10
9. Cálculo Amostral.....	10
10. Análise Estatística.....	11
11. Cronograma.....	11
12. Orçamento.....	12
13. Referências Bibliográficas.....	12



## 1. Introdução

A tentativa de classificar os transtornos mentais é antiga. Ao longo da história foram propostas basicamente duas explicações para as doenças mentais: causas biológicas e causas não biológicas. Nos últimos séculos, especialmente, esta dicotomia se traduziu em causas cerebrais e causas não cerebrais dos transtornos mentais. Apesar de todos os esforços que se realizaram nas últimas décadas para acabar com essa polaridade, não se pode dizer que se tenha tido sucesso. Pelo contrário, nos últimos duzentos anos o que se tem presenciado é uma constante mudança de postura no interior dos programas de formação, das linhas de investigação, dos locais de atendimento a pacientes e do próprio meio sociocultural. <sup>[1]</sup>

O modelo médico que possui como base essencial a observação dos sintomas e do curso da doença ao longo do tempo, foi aplicado por Kraepelin em 1896 também aos transtornos mentais. Dessa forma, se tornou possível diferenciar categorias diagnósticas de acordo com o quadro clínico apresentado. Os pontos de vista de Kraepelin contribuíram para uma relativa unificação conceitual da psiquiatria europeia, e até hoje as modernas classificações (DSMs e CID 10) ainda se baseiam no seu sistema nosológico de classificação diagnóstica através dos sintomas e seu curso. Contemporâneos de Kraepelin, alguns outros autores também classificaram e compreenderam as doenças mentais, ora como produtos de uma suposta lesão orgânica cerebral, ora tentando estabelecer relação entre os fenômenos psicológicos e regiões anatômicas específicas. <sup>[2]</sup>

Durante a segunda década do século passado, o entendimento do aparelho psíquico e, conseqüentemente, das doenças mentais, sofre uma mudança significativa com a teoria psicanalítica desenvolvida por Freud. A psicanálise e suas noções metapsicológicas altera e torna mais complexa a tarefa diagnóstica. Os construtos psicológicos e a clínica analítica deslocam a ênfase da descrição para o entendimento e significado dos sintomas apresentados. Dessa forma, passam a ser considerados não somente sintomas negativos e positivos mas também o seu sentido latente, grau de desenvolvimento libidinal, egóico e superegóico e eficácia e maturidade dos mecanismos de defesa adotados. <sup>[3] [4] [5]</sup>

Dessa forma, a teoria psicanalítica, amplamente aceita e praticada na primeira metade do século XX, não enfatizava categorias diagnósticas particulares, sendo que tanto o primeiro quanto o segundo manual diagnóstico oficial (DSM I, 1952 e DSM II, 1968) refletiam claramente o entendimento dos psiquiatras dinâmicos, entre eles, Adolf Meyer. Ambos os manuais concebiam os sintomas como resultado de condições dinâmicas subjacentes e de manifestações simbólicas que só adquiriam significado na história pessoal de cada indivíduo. Porém, nos anos 80, o processo diagnóstico sofre nova e significativa mudança com o lançamento do DSM III. A nova edição do manual oficial volta a enfatizar o modelo médico de diagnóstico como a chave para a prática médica e pesquisa clínica, através de uma clara distinção entre categorias diagnósticas específicas, seus sintomas e duração. Assim, as categorias pouco definidas dos primeiros manuais foram substituídas por categorias com um alto grau de definição e unificação.<sup>[6]</sup>

Pode-se dizer então que, o processo diagnóstico sofreu, em curto espaço de tempo, oscilações entre diferentes pólos, de acordo com as teorias psicológicas mais em voga em determinados momentos históricos. Assim, a diferença entre os modelos e a consequente dicotomia na entrevista e no entendimento diagnóstico é fruto de diferentes necessidades e tradições no processo diagnóstico realizado por psiquiatras e psicanalistas/psicoterapeutas. Alguns esforços integradores entre psipatologia e psicodinâmica já foram realizados, como por exemplo, a entrevista estrutural de Otto Kenberg. De fato, a busca é por uma atitude pluralista que permita tanto a investigação psicopatológica quanto o entendimento psicodinâmico e por novas propostas diagnósticas que venham ao encontro das necessidades de psicanalistas e psicoterapeutas.<sup>[7][8]</sup>

Com o objetivo de ampliar a classificação diagnóstica baseada unicamente em sintomas proposta pelo CID 10, surge em 1990 um grupo composto por psicanalistas, experts em medicina psicossomática e psiquiatras que desenvolveu um inventário diagnóstico e criou um manual de treinamento e aplicação clínica para terapeutas com experiência, o Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD). Foram publicados também

formulários de resposta para cada eixo com o objetivo de facilitar a aplicação e assim, aumentar a confiabilidade do instrumento (anexo 1).<sup>[9],[10],[11]</sup>

O manual de Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado foi traduzido para o Inglês, Italiano e Hungaro e a versão em Espanhol encontra-se em processo de tradução. O instrumento tem sido utilizado em diversas clínicas psicossomáticas, clínicas de transtornos aditivos, departamentos universitários de psicoterapia e tratamento psicossomático, projetos de investigação e, com menor frequência, em programas de assistência psicoterapêutica. Mais de 4.000 profissionais já foram habilitados para utilizar o inventário OPD em diversos centros de formação de língua alemã.<sup>[11],[12]</sup>

O OPD permite que o terapeuta clínico possa, depois de uma primeira entrevista de aproximadamente 1 hora, fazer uma estimativa da dinâmica psíquica do paciente baseado nas categorias do OPD e incluir os resultados em formulários de avaliação. Dessa forma, o Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado é flexível e pode ser realizado em uma entrevista psicodinâmica normal, ou seja, aberta. O sistema tem como base cinco eixos (anexo1), que devem ser avaliados e preenchidos pelo entrevistador. O eixo I diz respeito à experiência de enfermidade e motivação para o tratamento, apresentando 18 subitens que devem ser pontuados de acordo com a seguinte regra: 1 ponto para não está presente, 2 pontos para leve, 3 pontos para moderado e 4 pontos para grave.

O eixo II contempla as relações interpessoais do paciente, sendo que para o preenchimento desse eixo devem ser levados em consideração o padrão transferencial do paciente e o sentimento contratransferencial do analista. O eixo III diz respeito aos conflitos psíquicos apresentados pelo paciente. Existem 8 subitens para esse eixo, sendo que para fins diagnósticos, o terapeuta deve optar por dois conflitos que julga proeminentes no paciente, ordenando-os pela importância que possuem na dinâmica psíquica do paciente.

O eixo IV avalia a estrutura psíquica, com 6 subitens que devem ser pontuados da seguinte forma: bem integrada, moderadamente integrada, pouco integrada e desintegrada. Por fim, o eixo V deve ser preenchido com o diagnóstico descritivo do paciente, segundo o manual da CID 10.

Estudos para avaliação preliminar da confiabilidade do instrumento realizados em língua espanhola, com base na concordância inter avaliadores e no teste reteste em dois momentos (antes e depois de um treinamento com especialistas) revelaram que os níveis de confiabilidade foram condizentes com os encontrados na literatura, ou seja, maior concordância inter avaliador nos eixos I e IV, eixos mais objetivos e observáveis. Já os eixos II e III apresentam menor concordância provavelmente devido ao fato de serem menos observáveis e mais dependentes da experiência do terapeuta.<sup>[13]</sup>

No Brasil, apesar do crescente interesse entre os pesquisadores na elaboração de versões brasileiras de instrumentos que avaliam fatores integrantes ou que influenciam o processo de psicoterapia, ainda não foram realizados estudos com o instrumento Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado. Tais iniciativas são fundamentais para o aperfeiçoamento e expansão da pesquisa em psicoterapia de orientação analítica em nosso meio.<sup>[14]</sup>

## **2. Justificativa**

Embora considerado útil e, para muitos psicanalistas e psicoterapeutas de orientação analítica, imprescindível, o processo diagnóstico realizado sob orientação dos manuais diagnósticos atuais (CID 10 e DSM IV) muitas vezes não é visto como suficiente para a compreensão psicodinâmica do paciente. O diagnóstico realizado com base na descrição clínica de sintomas e sua duração não fornece informações sobre o mundo interno e sobre o significado da sintomatologia apresentada, dados extremamente preciosos para os profissionais que irão conduzir um processo psicoterapêutico ou analítico.

Levando em conta esse fato, pode ser relevante a necessidade de validar um instrumento já existente (OPD) que possa, além de um diagnóstico clínico, fornecer informações precisas sobre a experiência do paciente com a doença, sua motivação para tratamento, seus conflitos, qualidade das defesas utilizadas e qualidade das suas relações interpessoais, somados ao diagnóstico clínico com base no CID 10.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Geral:**

Validar o sistema Operationalized Psychodynamic Diagnosis, criado em Heidelberg, Alemanha, pelo OPD Group, para que possa ser utilizado pelos psicoterapeutas brasileiros.

#### **3.2 Específicos:**

Avaliar a validade de conteúdo do instrumento através da avaliação de experts brasileiros sobre o conteúdo dos itens da escala;

Avaliar a validade de face do instrumento através da apresentação da escala a psicoterapeutas que devem avaliar a facilidade de uso e de entendimento dos itens do instrumento;

Avaliar a confiabilidade do instrumento, através da objetividade interavaliadores;

Avaliar a confiabilidade do instrumento através da objetividade teste- reteste;

Avaliar a consistência interna do instrumento.

### **4. Metodologia**

#### **4.1 Autorização**

A autorização para a utilização do Operationalized Psychodynamic diagnosis no Brasil foi concedida pelo presidente do OPD Group, Dr. Manfred Cierpka, via correio eletrônico (anexo 2).

#### **4.2 Tradução**

Primeira etapa: Tradução do instrumento original em língua alemã para o Português de Portugal. A tradução foi realizada por dois tradutores independentes da área. A versão resultante foi retraduzida por dois tradutores independentes e comparada com a versão original do instrumento.

Segunda etapa: Adaptação da versão portuguesa para o português do Brasil, através da discussão em grupo de especialistas da área sobre as

modificações necessárias. A versão resultante deverá ser aprovada tanto pelos criadores do instrumento quanto pelos responsáveis pela versão portuguesa do mesmo.

#### **4.2 Estudos de confiabilidade:**

**4.2.1** Confiabilidade do instrumento, verificada de acordo com a concordância entre os escores interavaliadores para uma mesma entrevista, através do cálculo do Coeficiente Kappa.

**4.2.2** Confiabilidade do instrumento, verificada de acordo com a concordância entre os escores no teste reteste (momento 1 e momento 2) para uma mesma entrevista, através do cálculo do Coeficiente Kappa;

**4.2.3** Consistência interna entre os diferentes eixos da escala, calculada de acordo com o Coeficiente alfa de Cronbach.<sup>[15][16]</sup>

#### **4.3 Estudos de validade:**

**4.3.1** Validade de conteúdo, verificada através da avaliação do sistema OPD por 10 experts da área da psicanálise e da psicoterapia psicanalítica;

**4.3.2** Avaliação do instrumento por uma amostra da população alvo (20 psicoterapeutas), através do grau de compreensão dos itens do instrumento.

### **5. Delineamento**

Estudo quantitativo, descritivo e comparativo com desenho de confiabilidade teste reteste e interavaliadores. Para a utilização do sistema OPD serão realizadas entrevistas conduzidas por profissionais experientes em psicoterapia de orientação analítica. As entrevistas serão realizadas em

concordância com as instruções do manual OPD, ou seja, entrevistas abertas de aproximadamente 50 minutos de duração.

As entrevistas realizadas serão dialogadas pelo terapeuta e entregues para fazerem parte da pesquisa. Posteriormente os 5 eixos do sistema OPD serão preenchidos por 5 diferentes terapeutas, também experientes em psicoterapia de orientação analítica e familiarizados com o instrumento, que pontuarão a escala de acordo com as informações obtidas e com o seu entendimento diagnóstico acerca das verbalizações do paciente na entrevista (momento 1).

Três meses depois do primeiro preenchimento do sistema diagnóstico operacionalizado, os mesmos terapeutas receberão novamente a mesma sessão e a pontuação novamente (momento 2).

Os resultados das avaliações dos diferentes terapeutas nos dois momentos da pesquisa serão inseridos em um banco de dados para posterior realização da análise estatística sobre confiabilidade e consistência interna do instrumento.

## **6. Local de Realização**

As entrevistas serão realizadas no Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade por terapeutas integrantes do corpo clínico da instituição que tenham interesse em participar do estudo. O CIPT é uma instituição de pós-graduação no ensino em psicoterapia psicanalítica, conveniada ao Anna Freud Centre, que forma especialistas em psicoterapia psicanalítica reconhecidos pelo Conselho Federal de Psicologia, pela Associação Brasileira de Ensino em Psicologia e pelo World Council for

Psychotherapy. O presente projeto já foi autorizado pela comissão científica do CIPT.

### **7. Critérios de inclusão no estudo:**

Serão incluídos no estudo todos os pacientes acima de 18 anos que buscarem atendimento na instituição entre 2011 e 2012 e que tenham assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

### **8. Aspectos Éticos:**

O tratamento dos pacientes não será influenciado pela participação na pesquisa. O preenchimento do sistema OPD pelos terapeutas é experimental e não será utilizado para fins diagnósticos ou psicoterapêuticos.

O preenchimento do sistema diagnóstico operacionalizado não deve de nenhum modo permitir a posterior identificação do paciente, sendo que a transcrição da entrevista deve assegurar o anonimato do entrevistado.

Todos os pacientes envolvidos no estudo serão informados dos propósitos da pesquisa e deverão assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 3).

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e aguarda aprovação.

### **9. Cálculo Amostral:**

O cálculo da amostra (número de entrevistas) a ser utilizado no estudo foi realizado pelo GPPG do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram considerados o número de itens do instrumento e os dados da literatura sobre a concordância interavaliadores para os diferentes eixos do



instrumento. Dessa forma, o numero de entrevistas foi calculado para cada eixo.

Eixo 1: 53 entrevistas

Eixo 2: 52 entrevistas

Eixo 3: 53 entrevistas

Eixo 4: 25 entrevistas

### 10. Análise Estatística:

Depois de pontuadas pelos avaliadores, os resultados dos cinco eixos da escala serão inseridos em um banco de dados. A análise estatística dos resultados será realizada com o auxílio do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do HCPA. Calcula-se que o estudo tenha poder de 80% e  $p < 0,05$ .

### 11. Cronograma

#### 2011

	Revisão da Literatura	Tradução do instrumento	Validade de face e de Conteúdo	Aprovação pelo CEP UFRGS	Coleta de entrevistas e transcrição	Elaboração Artigo 1
Janeiro	X					
Fevereiro	X					
Março	X	X				
Abril	X	X				
Maiο	X	X				
Junho	X	X				
Julho	X	X	X	X	X	
Agosto	X		X		X	
Setembro	X		X		X	X
Outubro	X		X		X	X
Novembro	X				X	X
Dezembro	X				X	X

#### 2012

	Pontuação das	Pontuação das	Análise dos	Elaboração do
--	---------------	---------------	-------------	---------------

	entrevistas (momento1)	entrevistas (momento2)	Dados	Artigo 2
Janeiro	<b>X</b>			
Fevereiro	<b>X</b>			
Março	<b>X</b>		<b>X</b>	
Abril			<b>X</b>	
Maio			<b>X</b>	
Junho			<b>X</b>	
Julho			<b>X</b>	
Agosto		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Setembro		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Outubro		<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Novembro				<b>X</b>
Dezembro				<b>X</b>

## 12. Orçamento

	Valor	Total
Tradução especializada	R\$ 28,00 por lauda	R\$ 500,00
Material de Áudio	R\$ 300,00	R\$ 300,00
Material Gráfico	R\$ 200,00	R\$ 200,00
Transcrição de entrevistas	R\$ 500,00	R\$ 500,00
Valor total do projeto		R\$ 1.500,00

## 13. Referências Bibliográficas

[1] Holguin Lew, J.C. Historia y neurociencias: Psiquiatría e Investigación Neurobiológica: entre la fascinación y la insatisfacción. Rev. colomb. psiquiatr. 2004, vol.33, n.1, pp. 37-57.

[2] Del-Porto, José Alberto and Del-Porto, Kátia Oddone. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. Rev. psiquiatr. Clín. 2005, vol.32, n.1 pp. 7-14.

[3] Bergeret, J. A Personalidade Normal e Patológica. 3.ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

[4] Freud, S. Inibição, Sintomas e Ansiedade, 1926. In Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

[5] Freud, S. Análise terminável e interminável, 1937. In Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

[6] Mayes, R; Horwitz, A. DSM III and the revolution in mental illness. Journal of the History of the Behavioral Sciences. 2005, vol. 41, n.3, pp. 249 – 267.

[7] Cierpka, M; Jiménez, J. P; Kächele, H; Buchheim, P. Psicopatología y psicodinámica en la primera entrevista psiquiátrica. (El aporte de la "Entrevista Estructural" de Otto Kernberg)./ Psychopathology and psychodynamics in the initial psychiatric interview. (Contribution to O. Kernber's "structural interview". Rev. chil. neuro-psiquiatr.1987, vol.25, n.4, pp. 252-66.

[8] Mundt, C. Backenstrass, M. Psychotherapy and Classification: Psychological, Psychodynamic, and Cognitive Aspects. Psychopathology 2005; vol.38, n.4, pp. 219-222.

[9] El grupo de coordinación consiste de: Manfred Cierpka, Reiner, W. Dahlbender, Harald J. Freyberger, Tilman Grande, Gereon Heuft, Paul L. Janssen, Franz Resch, Gerd Rudolf, Henning Schauenburg, Wolfgang Schneider, Gerhard Schüssler, Michael Schulte-Markwort, Michael Stasch, Matthias von der Tann.

[10] Arbeitskreis OPD (Hrsg.). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD - 2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern, Huber Verlag; 2006.

[11] OPD Task-Force, editor. Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD). Foundations and manual. Kirkland: Hogrefe & Huber; 2001.

[12] Cierpka, Manfred; Stasch, Michael; Reiner, W y Dahlbendery y el grupo de trabajo OPD. El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez. Rev.chil. neuro-psiquiatr. 2006, vol.44, n.2, pp. 105-125.

[13] Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. Rev.chil. neuro-psiquiat. 2009, vol. 47, n.4, pp. 271-278.

[14] Serralta, F; Nunes. M. L; Eizirick, C. Elaboração da versão em Português do Psychoterapy Process Q- Set. Rev. Psiquiat. Rio Gd. Sul, 2007, vol.29, n.1, pp. 44 - 55.

[15] Pasquali, Luiz. Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação. 2 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

[16] Menezes, P.R. Validade e Confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. Revista Psiq. Clínica. 1998, vol.25, n.5, pp. 214-216.

## Anexo 2

### Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) Erhebungsbogen

Achse I (Basismodul) Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzungen	nicht/ kaum		mittel		sehr hoch	nicht beur- teilbar
	①	②	③	④	⑤	⑥
<b>Objektivierende Bewertung der Erkrankung /des Problems</b>						
<b>1. Gegenwärtige Schwere der Störung /des Problems</b>						
1.1. Schwere der Symptomatik	①	②	③	④	⑤	⑥
1.2. GAF: Maximalwert der letzten 7 Tage	➔ _____					⑥
1.3. EQ5 D Summe: _____ Itemwerte ➔	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	⑥
<b>2. Dauer der Störung /des Problems</b>						
2.1. Dauer der Störung	< 6 Monat e	6-24 Monat e	2-5 Jahre	5-10 Jahre	> 10 Jahre	⑥
2.2. Alter bei Erstmanifestation der Störung	in Jahren ➔ _____					⑥
<b>Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte des Patienten</b>						
<b>3. Krankheitserleben und -darstellung</b>						
3.1. Leidensdruck	①	②	③	④	⑤	⑥
3.2. Darstellung körperlicher Beschwerden u. Probleme	①	②	③	④	⑤	⑥
3.3. Darstellung psychischer Beschwerden u. Probleme	①	②	③	④	⑤	⑥
3.4. Darstellung sozialer Probleme	①	②	③	④	⑤	⑥
<b>4. Krankheitskonzepte des Patienten</b>						
4.1. An somatischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	①	②	③	④	⑤	⑥
4.2. An psychischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	①	②	③	④	⑤	⑥
4.3. An sozialen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	①	②	③	④	⑤	⑥
<b>5. Veränderungskonzepte des Patienten</b>						
5.1. Gewünschte Behandlungsform: körperliche Behandlung	①	②	③	④	⑤	⑥
5.2. Gewünschte Behandlungsform: psychotherapeutische Behandlung	①	②	③	④	⑤	⑥
5.3. Gewünschte Behandlungsform: sozialer Bereich	①	②	③	④	⑤	⑥
<b>Veränderungsressourcen /Veränderungshemmnisse</b>						
<b>6. Veränderungsressourcen</b>						
6.1. persönliche Ressourcen	①	②	③	④	⑤	⑥
6.2. (psycho)soziale Unterstützung	①	②	③	④	⑤	⑥
<b>7. Veränderungshemmnisse</b>						

7.1. äußere Veränderungshemmnisse	①	①	②	③	④	⑤
7.2. innere Veränderungshemmnisse	①	①	②	③	④	⑤

<b>Achse I (Psychotherapiemodul)</b>	nicht/ kaum		mittel		sehr hoch	nicht beur- teilbar
(optional)	①	①	②	③	④	⑤

### Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte des Patienten

5. Veränderungskonzepte des Patienten						
5.P1. Symptomreduktion	①	①	②	③	④	⑤
5.P2. reflektierend-motivklärend /konfliktorientiert	①	①	②	③	④	⑤
5.P3. emotional-supportiv	①	①	②	③	④	⑤
5.P4. aktiv-anleitend	①	①	②	③	④	⑤

### Veränderungsressourcen /Veränderungshemmnisse

6. Veränderungsressourcen						
6.P1. Offenheit	①	①	②	③	④	⑤
7. Veränderungshemmnisse						
7.P1. sekundärer Krankheitsgewinn /problemaufrechterhaltende Bedingungen	①	①	②	③	④	⑤

### Achse II Beziehung

Perspektive A: Das Erleben des Patienten					
<i>Patient erlebt sich</i>			<i>Patient erlebt andere</i>		
	<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>		<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>
1.	_____		1.	_____	
2.	_____		2.	_____	
3.	_____		3.	_____	

Perspektive B: Das Erleben der anderen (auch des Untersuchers)					
<i>Andere erleben den Patient</i>			<i>Andere erleben sich</i>		
	<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>		<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>
1.	_____		1.	_____	
2.	_____		2.	_____	
3.	_____		3.	_____	

### Achse III Konflikt

Fragen zur Abklärung der Voraussetzungen der Konfliktbeurteilung

A) Konflikte sind <u>nicht</u> zu raten, diagnostische Sicherheit fehlt.	ja =①	nein=②
B) Aufgrund geringer struktureller Integration handelte es sich bei den erkennbaren Konfliktthemen nicht um distinkte dysfunktionale Konfliktmuster als vielmehr um Konfliktschemata.	ja =①	nein=②
C) Wegen abgewehrter Konflikt- und Gefühlswahrnehmung ist die Konfliktachse nicht beurteilbar.	ja =①	nein=②
D) Konflikthafte Belastung (Aktualkonflikt) ohne wesentliche dysfunktionale repetitive Konfliktmuster.	ja =①	nein=②

<b>repetitiv-dysfunktionale Konflikte</b>	nicht vor- handen	wenig be- deutsam	bedeutsam	sehr be- deutsam	nicht beur- teilbar
---	----------------------	----------------------	-----------	---------------------	---------------------------

1. Individuation versus Abhängigkeit	①	①	②	③	⑨
2. Unterwerfung versus Kontrolle	①	①	②	③	⑨
3. Versorgung versus Autarkie	①	①	②	③	⑨
4. Selbstwertkonflikt	①	①	②	③	⑨
5. Schuldkonflikt	①	①	②	③	⑨
6. Ödipaler Konflikt	①	①	②	③	⑨
7. Identitätskonflikt	①	①	②	③	⑨

Hauptkonflikt: \_\_\_\_\_

Zweitwichtigster Konflikt: \_\_\_\_\_

Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
	①	②	③	④	⑨

Achse IV Struktur	gut ①	1,5	mäßig ②	2,5	gering ③	3,5	desintegriert ④	nicht beurteilbar ⑨
1a Selbstwahrnehmung	①		②		③		④	⑨
1b Objektwahrnehmung	①		②		③		④	⑨
2a Selbstregulierung	①		②		③		④	⑨
2b Regulierung d. Objektbezugs	①		②		③		④	⑨
3a Kommunikation nach innen	①		②		③		④	⑨
3b Kommunikation nach außen	①		②		③		④	⑨
4a Bindung an innere Objekte	①		②		③		④	⑨
4b Bindung an äußere Objekte	①		②		③		④	⑨
<b>5 Struktur gesamt</b>	①		②		③		④	⑨

**Achse V: Psychische und Psychosomatische Störungen**

**Va: Psychische Störungen:**

ICD 10 (Forschungskriterien)

DSM-IV (optional)

Hauptdiagnose:

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

weitere Diagnose 1:

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

weitere Diagnose 2:

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

weitere Diagnose 3:

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Vb: Persönlichkeitsstörungen:**

ICD 10 (F60xx oder F61.x)

DSM-IV (optional)

Hauptdiagnose:

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

weitere Diagnose 1:

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

Bei Diagnosen sowohl auf Achse Va als auch Vb:

**Welche Störung steht klinisch im Vordergrund?**

Bei Diagnosen nach DSM-IV sowohl psy. St. als auch Pers.:

**Welche Störung steht klinisch im Vordergrund?**

① = Achse Va

② = Achse Vb

① = psychische St.

② = Persönlichkeitsst.

### Anexo 3

**Grupo Português de Investigação OPD**  
*Oliveira, R. A.; Vicente, C.; Silva, F.; Ferrajão, P.; Augusto, S.; Oliveira, S. & Senra, H.*

#### Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado 2 Formulários de avaliação de dados

Eixo I – Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento Módulo Básico	Nada/ Rara- mente presente	①	Mode- rado	②	Elevado	③	④	Não classifi- cável	⑤
<b>Avaliação objectiva da doença/problema</b>									
<b>1. Gravidade actual da doença/problema</b>									
1.1. Gravidade dos sintomas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
1.2. GAF: máximo nos últimos 7 dias		➔	_____						⑨
1.3. EQ-5D: _____ Valores dos itens ➔	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____				⑨
<b>2. Duração da doença/problema</b>									
2.1. Duração da doença	< 6 Meses	6-24 Meses	2-5 Anos	5-10 Anos	> 10 Anos				⑨
2.2. Idade na primeira manifestação da doença	em anos	➔	_____						⑨
<b>Vivência, forma de apresentação e conceptualização da doença por parte do paciente</b>									
<b>3. Vivência e forma de apresentação da doença</b>									
3.1. Sofrimento subjectivo	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
3.2. Presença de problemas e queixas físicas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
3.3. Presença de problemas e queixas psicológicos	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
3.4. Presença de problemas sociais	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
<b>4. Conceptualização o da doença por parte do paciente</b>									
4.1. Concepção da doença baseada em factores somáticos	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
4.2. Concepção da doença baseada em factores psicológicos	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
4.3. Concepção da doença baseada em factores sociais	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
<b>5. Conceptualização da mudança por parte do paciente</b>									
5.1. tipo de tratamento desejado : físico/médico	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
5.2. tipo de tratamento desejado : psicoterapêutico	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
5.3. tipo de tratamento desejado : apoio social	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
<b>Recursos e resistência à mudança</b>									
<b>6. Recursos para a mudança</b>									
6.1. Recursos pessoais	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
6.2. Apoio (Psico)Social	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
<b>7. Resistências à mudança</b>									
7.1. Resistências externas à mudança	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨



7.2. Resistências internos à mudança	①	②	③	④	⑤
<b>Módulo Psicoterapêutico (Opcional)</b>	Nada/ Rara- mente presente	Mode- rado	Elevado	Não classifi- cável	
<b>(Opcional)</b>	①	②	③	④	⑤

### Vivência, formas de apresentação e conceptualização da doença por parte do paciente

5. <i>Concepção da mudança por parte do paciente</i>						
5.P1. Redução de sintomas	①	②	③	④	⑤	
5.P2. Predisposição para a clarificação e reflexão dos problemas/conflitos	①	②	③	④	⑤	
5.P3. Intervenção de suporte emocional	①	②	③	④	⑤	
5.P4. Intervenção directiva	①	②	③	④	⑤	

### Recursos e Resistências à mudança

6. <i>Recursos para a mudança</i>					
6.P1. Capacidade introspectiva	①	②	③	④	⑤
7. <b>Resistências à mudança</b>					
7.P1. Ganhos secundários com a doença / condições que mantêm o problema	①	②	③	④	⑤

### Eixo II – Relações Interpessoais

#### Perspectiva A: Vivência por parte do paciente

O paciente percebe-se a si próprio como		O paciente percebe os outros como	
Item Nr.	Text	Item Nr.	Text
1.	_____	1.	_____
2.	_____	2.	_____
3.	_____	3.	_____

#### Perspectiva B: A percepção dos outros (incluindo a do investigador)

Os outros percebem o paciente como		Os outros percebem-se a si próprio como	
Item Nr.	Text	Item Nr.	Text
1.	_____	1.	_____
2.	_____	2.	_____
3.	_____	3.	_____

### EIXO III – CONFLITO

#### Questões preliminares que permitam ao terapeuta classificar o conflito:

A) Os conflitos não podem ser classificados por falta de segurança diagnóstica.	sim =①	não=②
B) Devido a um baixo nível de integração estrutural, não se reconhece um padrão distinto conflitual, mas antes padrões conflituais ténues.	sim =①	não=②
C) Uma vez que a percepção dos conflitos e dos afetos está condicionada por questões defensivas, o eixo do conflito não pode ser classificado.	sim =①	não=②
D) Stress conflitual (conflito indutor de stress) sem nenhum padrão conflitual e disfuncional repetitivo.	sim =①	não=②

Conflitos disfuncionais repetitivos	Ausente	Insignificante	Significativo	Muito significativo	Não classificável
1. Individuação versus Dependência	①	②	③	④	⑤

2. Submissão versus Controlo	①	①	②	③	⑨
3. Necessidade de ser cuidado versus auto-suficiência	①	①	②	③	⑨
4. Conflito de Auto-estima	①	①	②	③	⑨
5. Conflito de culpa	①	①	②	③	⑨
6. Conflito edipiano	①	①	②	③	⑨
7. Conflito de identidade	①	①	②	③	⑨

**Conflito principal:** \_\_\_\_\_ **Seguido de (por ordem de importância):** \_\_\_\_\_

Modo como o conflito principal se processa	Predominantemente activo	Misto mas activo	Misto mas passivo	Predominantemente passivo	Não classificável
	①	②	③	④	⑨

Eixo IV Estrutura	elevada		Moderada		baixa		Desintegrada	Não classificável
	①	1,5	②	2,5	③	3,5	④	⑨
1a Auto-percepção	①		②		③		④	⑨
1b Percepção do objecto	①		②		③		④	⑨
2a Auto-regulação	①		②		③		④	⑨
2b Regulação da relação objectal	①		②		③		④	⑨
3a Comunicação Interna	①		②		③		④	⑨
3b Comunicação com o mundo externo	①		②		③		④	⑨
4a Capacidade de vinculação: objectos internos	①		②		③		④	⑨
4b Capacidade de vinculação: objectos externos	①		②		③		④	⑨
5 Estrutura total	①		②		③		④	⑨

### Eixo V – Transtornos mentais e psicossomáticos

#### Va: transtornos mentais:

Diagnóstico principal:

ICD 10  
F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

DSM-IV (opcional)

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

Diagnóstico adicional 1:

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

Diagnóstico adicional 2:

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

Diagnóstico adicional 3:

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

#### Vb: transtornos de personalidade:

Diagnóstico principal:

ICD 10 (F60xx oder F61.x)

DSM-IV (optional)

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

Diagnóstico adicional 1:

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

Para o diagnóstico dos eixos Va e Vb:

**Que transtorno é clinicamente predominante?**

① = Eixo Va

② = Eixo Vb

## Anexo 4

### Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado 2 Formulários de avaliação de dados

<b>Eixo I – Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento Módulo Básico</b>	Ausente/ Raramente presente		Mode- rado		Elevado	Não classifi- cável
	①	②	③	④	⑤	⑥
<b>Avaliação objetiva da doença/problema</b>						
<b>1. gravidade atual da doença/problema</b>						
1.1. Gravidade dos sintomas	①	②	③	④	⑤	⑥
1.2. AGF: máximo nos últimos 7 dias		→	_____			⑥
1.3. EQ-5D: _____ Valores dos itens →	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	⑥
<b>2. Duração da doença/problema</b>						
2.1. Duração da doença	< 6 Meses	6-24 Meses	2-5 Anos	5-10 Anos	> 10 Anos	⑥
2.2. Idade na primeira manifestação da doença	em anos	→	_____			⑥
<b>Vivência, forma de apresentação e concepção da doença por parte do paciente</b>						
<b>3. Vivência e forma de apresentação da doença</b>						
3.1. Sofrimento subjetivo	①	②	③	④	⑤	⑥
3.2. Presença de problemas e queixas físicas	①	②	③	④	⑤	⑥
3.3. Presença de problemas e queixas psicológicos	①	②	③	④	⑤	⑥
3.4. Presença de problemas sociais	①	②	③	④	⑤	⑥
<b>4. Concepção da doença por parte do paciente</b>						
4.1. Concepção da doença baseada em fatores somáticos	①	②	③	④	⑤	⑥
4.2. Concepção da doença baseada em fatores psicológicos	①	②	③	④	⑤	⑥
4.3. Concepção da doença baseada em fatores sociais	①	②	③	④	⑤	⑥
<b>5. Concepção da mudança por parte do paciente</b>						
5.1. tipo de tratamento desejado : físico/médico	①	②	③	④	⑤	⑥
5.2. tipo de tratamento desejado : psicoterapêutico	①	②	③	④	⑤	⑥
5.3. tipo de tratamento desejado : apoio social	①	②	③	④	⑤	⑥
<b>Recursos e resistência à mudança</b>						
<b>6. Recursos para a mudança</b>						
6.1. Recursos pessoais	①	②	③	④	⑤	⑥
6.2. Apoio Psicossocial	①	②	③	④	⑤	⑥
<b>7. Resistências à mudança</b>						
7.1. Resistências externas à mudança	①	②	③	④	⑤	⑥
7.2. Resistências internos à mudança	①	②	③	④	⑤	⑥

Módulo Psicoterapêutico	Nada/ Rara- mente presente		Mode- rado		Elevado	Não classifi- cável
	①	②	③	④	⑤	⑥

### Vivência, formas de apresentação e concepção da doença por parte do paciente

5.	<i>Concepção da mudança por parte do paciente</i>					
5.P1.	Redução de sintomas	①	②	③	④	⑤
5.P2.	Predisposição para a clarificação e reflexão dos problemas/conflitos	①	②	③	④	⑤
5.P3.	Intervenção de suporte emocional	①	②	③	④	⑤
5.P4.	Intervenção diretiva	①	②	③	④	⑤

### Recursos e Resistências à mudança

6.	<i>Recursos para a mudança</i>					
6.P1.	Capacidade introspectiva	①	②	③	④	⑤
7.	<b>• Resistências à mudança</b>					
7.P1.	Ganhos secundários com a doença / condições que mantêm o problema	①	②	③	④	⑤

### Eixo II – Relações Interpessoais

#### Perspectiva A: Vivência por parte do paciente

<i>O paciente percebe-se a si próprio como</i>		<i>O paciente percebe os outros como</i>	
Item Nr.	Text	Item Nr.	Text
1.	_____	1.	_____
2.	_____	2.	_____
3.	_____	3.	_____

#### Perspectiva B: A percepção dos outros (incluindo a do investigador)

<i>Os outros percebem o paciente como</i>		<i>Os outros percebem-se a si próprio como</i>	
Item Nr.	Text	Item Nr.	Text
1.	_____	1.	_____
2.	_____	2.	_____
3.	_____	3.	_____

### EIXO III – CONFLITO

#### Questões preliminares que permitam ao terapeuta classificar o conflito:

A) Os conflitos não podem ser classificados por falta de segurança diagnóstica.	sim = ①	não = ②
B) Devido a um baixo nível de integração estrutural, não se reconhece um padrão distinto conflitual, mas antes padrões conflituais ténues.	sim = ①	não = ②
C) Uma vez que a percepção dos conflitos e dos afetos está condicionada por questões defensivas, o eixo do conflito não pode ser classificado.	sim = ①	não = ②
D) Stress conflitual (conflito indutor de stress) sem nenhum padrão conflitual e disfuncional repetitivo.	sim = ①	não = ②

Conflitos disfuncionais repetitivos	Ausente	Insignificante	Significativo	Muito significativo	Não classificável
1. Individuação versus Dependência	①	②	③	④	⑤
2. Submissão versus Controle	①	②	③	④	⑤
3. Necessidade de cuidado versus auto-suficiência	①	②	③	④	⑤
4. Conflito de Auto-estima	①	②	③	④	⑤
5. Conflito de culpa	①	②	③	④	⑤
6. Conflito edípico	①	②	③	④	⑤
7. Conflito de identidade	①	②	③	④	⑤

Conflito principal: \_\_\_\_\_ Seguido de (por ordem de importância): \_\_\_\_\_

Modo como o conflito principal se processa	Predominantemente ativo	Misto mas ativo	Misto mas passivo	Predominantemente passivo	Não classificável
	①	②	③	④	⑤

Eixo IV Estrutura	elevada		Moderada		baixa		Desintegrada	Não classificável
	①	1,5	②	2,5	③	3,5	④	⑤
1a Auto-percepção	①		②		③		④	⑤
1b Percepção do objeto	①		②		③		④	⑤
2a Auto-regulação	①		②		③		④	⑤
2b Regulação da relação objetal	①		②		③		④	⑤
3a Comunicação Interna	①		②		③		④	⑤
3b Comunicação com o mundo externo	①		②		③		④	⑤
4a Capacidade de vinculação: objetos internos	①		②		③		④	⑤
4b Capacidade de vinculação: objetos externos	①		②		③		④	⑤
5 Estrutura total	①		②		③		④	⑤

#### Eixo V – Transtornos mentais

##### Va: transtornos mentais:

Diagnóstico principal:

ICD 10  
F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

DSM-IV (opcional)

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

Diagnóstico adicional 1:

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

Diagnóstico adicional 2:

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

Diagnóstico adicional 3:

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

##### Vb: transtornos de personalidade:

Diagnóstico principal:

ICD 10 (F60xx oder F61.x)

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

DSM-IV (optional)

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

Diagnóstico adicional 1:

F \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_ . \_\_\_\_

## Anexo 5



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Institut für Familientherapie | Berghheimer Straße 54 | 69115 Heidelberg

Ethics Committee

Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul  
(UFRGS)

### Zentrum für Psychosoziale Medizin

Klinik für Allgemeine Psychiatrie  
mit Poliklinik  
(Prof. Dr. S. Herpertz)

Klinik für Allgemeine Innere Medizin  
und Psychosomatik  
(Prof. Dr. W. Herzog)

Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie  
(Prof. Dr. F. Resch)

Institut für Medizinische Psychologie  
(Prof. Dr. R. Verres)

**Institut für Psychosomatische  
Kooperationsforschung u.  
Familientherapie**  
(Prof. Dr. M. Cierpka)

### AUTHORIZATION

I herewith give authorization to **Daniela Krieger** and **Claudio Eizirik**, Programa de Pós Graduação em Psiquiatria de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, to work with the OPD (Operationalized Psychodynamic Dagnosis) in Brazil.

Heidelberg, Sept. 5th, 2011

Professor Dr. med. Manfred Cierpka

### Prof. Dr. med. Manfred Cierpka

Ärztlicher Direktor des  
Instituts für Psychosomatische  
Kooperationsforschung und  
Familientherapie

Bergheimer Straße 54  
69115 Heidelberg  
Fon +49 (0)6 221 56 4700  
Fax +49 (0)6 221 56 4702  
Manfred.Cierpka@  
med.uni-heidelberg.de

[www.zpm.uni-hd.de/](http://www.zpm.uni-hd.de/)

## Anexo 6

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Essa pesquisa tem como finalidade validar o OPERATIONALIZED PSHYCHODINAMIC DIAGNOSIS 2 para uso de terapeutas brasileiros. Para isso pedimos sua autorização para que sua sessão de avaliação seja transcrita (dialogada) e que os dados possam ser utilizados por outros profissionais da área para fins de validação do instrumento. A sua identidade será mantida em sigilo, devendo ser alterados quaisquer dados que possam identificá-lo.

Eu \_\_\_\_\_ fui informado dos objetivos acima descritos e do porquê estão sendo utilizadas as informações que vou fornecer de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento do estudo, terei liberdade de retirar meu consentimento de participar na pesquisa. O pesquisador (a) \_\_\_\_\_ certificou-me do caráter confidencial dos dados e de que, a divulgação dos resultados será sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente:

\_\_\_\_\_

Assinatura do terapeuta:

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

Pesquisador: Daniela Valle Krieger fone 99970320

Pesquisador responsável: Prof Cláudio Laks Eizirik 33085624

CEP UFRGS: 33083629

## Anexo 7

### TERMO DE COMPROMISSO

Essa pesquisa tem como a finalidade validar o OPERATIONALIZED PSHYCHODYNAMIC DIAGNOSIS 2 para uso de terapeutas brasileiros. Para isso você foi convidado para ser um dos juízes avaliadores das sessões dialogadas que serão cedidas pelos pacientes dessa instituição.

Eu \_\_\_\_\_, terapeuta avaliador das sessões do presente estudo me comprometo a manter o sigilo sobre as informações a que terei acesso no decorrer do trabalho, utilizando os dados das entrevistas unicamente para preenchimento do sistema OPD.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do terapeuta: \_\_\_\_\_


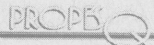
Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

---

Pesquisador: Daniela Valle Krieger fone 99970320  
Pesquisador responsável: Prof Cláudio Laks Eizirik 33085624  
CEP UFRGS: 33083629



## Anexo 8

	<b>U F R G S</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	<b>PRÓ-REITORIA DE PESQUISA</b> Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs	
---	--	---	---

**CARTA DE APROVAÇÃO**

**Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:**

**Número:** 21241  
**Título:** VALIDAÇÃO DO SISTEMA DE DIAGNÓSTICO PSICODINÂMICO OPERACIONALIZADO 2

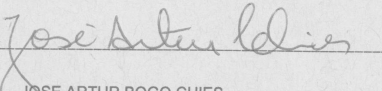
**Pesquisadores:**

**Equipe UFRGS:**

CLAUDIO LAKS EIZIRIK - coordenador desde 01/03/2011  
Daniela Valle Krieger - pesquisador desde 01/03/2011

*Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 17/11/2011 - sala 01 de reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.*

Porto Alegre, Quarta-Feira, 30 de Novembro de 2011

  
JOSE ARTUR BOGO CHIES  
Coordenador da comissão de ética

1