



EL SISTEMA DIAGNOSTICO PSICODINAMICO OPERACIONALIZADO (OPD). CONCEPTO, CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

Manfred Cierpka *

Resumen

Este artículo presenta el sistema de “diagnóstico psicodinámico operacionalizado” (OPD), que en los últimos 10 años se ha difundido ampliamente en los países de habla germana. El OPD tiene como meta operacionalizar los constructos psicoanalíticos clínicamente probados. El material clínico presentado por el paciente en la primera entrevista puede ser estimado y clasificado en un nivel lo más cercano posible a lo directamente observable. Con la OPD se puede formular un diagnóstico psicodinámico clínicamente relevante y orientador para los psicoterapeutas. El diagnóstico psicodinámico multiaxial se basa en 5 ejes diferentes: eje 1: experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento, eje 2: relaciones interpersonales, eje 3: conflicto, eje 4: estructura, eje 5: diagnóstico sindromático (según el capítulo V (F) del CIE 10). El eje 5 de la OPD genera un punto de unión del instrumento con el modelo del CIE. Los estudios sobre confiabilidad muestran un nivel bueno a satisfactorio de confiabilidad en el contexto investigativo. Los resultados de los estudios sobre la validez evidencian un buen nivel de validez de cada eje. Los múltiples estudios con el OPD ofrecen guías para perfeccionar las categorías.

Palabras clave

Diagnóstico psicodinámico, OPD, diagnóstico multiaxial, confiabilidad y validez.

Summary

This paper presents the system “Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD), which has been applied in the German speaking countries very successfully during the last 10 years. The OPD is the operationalization of the psychodynamically oriented clinical assessment. The clinical material assessed during the initial interview with the patient is described in a way which is close to the level of observation. The classification system OPD serves as a clinically relevant and process oriented tool for psychotherapists. The multidimensional psychodynamically oriented approach is based on five axes. Axis I: Experience with the illness and treatment preconditions,

* Universitätsklinikum Heidelberg. E-mail: Manfred_Cierpka@med.uni-heidelberg.de



axis II: habituated relationships of the patient, axis III: the intrapsychic conflicts of the patient; axis IV: The psychic structure of the patient, axis V: syndromatic, according to chapter V (F) of the ICD 10. The fifth axis is conceptualized as a linking tool to ICD-10. Reliability studies on OPD show good to satisfying scores for interrater agreement for the research context. The results derived from the validity studies support the validity of the OPD system. There are also hints for improvements of multiple categories or items within each axis.

Key words

Psychodynamic diagnostic, OPD, multi-axial diagnostic, reliability and validity.

Introducción del OPD

En Alemania, el año 1990, psicoanalistas, expertos en medicina psicosomáticas y psiquiatras fundaron un grupo de trabajo ("Arbeitskreis") sobre el "diagnóstico psicodinámico operacionalizado" (OPD). Este grupo tenía como objetivo ampliar la clasificación de trastornos psíquicos del CIE - 10, basada en una descripción sintomatológica. El grupo de trabajo del OPD desarrolló un inventario diagnóstico y creó un manual (Arbeitskreis, 1996) de entrenamiento y aplicación clínica para terapeutas con experiencia. Además se publicaron formularios de respuesta (checklists) (Rudolf et. al. 1998; Grande et. al. 2000) para cada eje, con el fin de facilitar su aplicación y aumentar así la confiabilidad. La operacionalización de los constructos se desarrolló en un nivel medio de abstracción para que se pueda realizar una evaluación en un nivel lo más cercano posible a lo observable. Mientras tanto, muchos psicoterapeutas han perdido conocer y aplicar el OPD en su trabajo. El manual del OPD se tradujo al inglés, italiano y húngaro, la versión en español se encuentra en proceso de traducción. Más de 4000 terapeutas han sido capacitados en diferentes centros de formación de habla germana. Para poder conocer las debilidades y fortalezas del OPD se recomienda no sólo leer el manual. La riqueza, pero también la complejidad, se evidencia recién en el análisis y discusión de un caso grabado en video. En diversas clínicas psicosomáticas, clínicas para tratar adicciones, departamentos universitarios de psicoterapia y tratamientos psicosomáticos, se aplica el OPD en proyectos de investigación, y también, con menor frecuencia, en programas de asistencia psicoterapéutica.

El terapeuta clínico (o un observador externo) puede, después de una primera entrevista de 1 a 2 horas, estimar la dinámica psíquica del paciente, basándose en las categorías del OPD, e incluir los resultados en los formularios de evaluación. Siguiendo un hilo conductor para llevar a cabo la entrevista, se puede obtener la información necesaria para el diagnóstico OPD. Este, sin embargo, es tan flexible que se puede realizar una entrevista psicodinámica normal, es decir, abierta.



Clasificaciones psicodinámicas

La psicoterapia de orientación psicoanalítica, clasifica los fenómenos psíquicos sobre la base de constructos (meta)psicológicos de la teoría psicoanalítica, probados clínicamente. Freud creó, durante la segunda década del siglo pasado, las bases de la clasificación psicoanalítica, cuando comenzó a entender la personalidad con la ayuda de la teoría de la pulsión y de las instancias del yo, ello, super-yo. De esta manera, distinguimos desde entonces, por ejemplo, la “debilidad del yo” de una “fortaleza del yo”. También se han utilizado como una clasificación, los conceptos pregenital y genital del desarrollo pulsional. La regresión a puntos de fijación, como configuraciones defensivas específicas, se relacionó con diferentes tipos de enfermedad. En la literatura psicoanalítica actual, se realiza hasta hoy, una diferenciación de la personalidad sobre la base de la teoría de las pulsiones, complementada por la psicología del yo y las teorías de las relaciones objetales (véase, por ejemplo, Shapiro, 1991).

Estos constructos (meta)psicológicos se utilizan en situaciones clínicas, con el fin de describir las funciones psíquicas y sus trastornos. En la primera entrevista y en la anamnesis, los psicoterapeutas analizan la historia del caso con la ayuda de estos constructos psicológicos, para así poder describir las relaciones entre los síntomas del paciente y sus trastornos cognitivo-emocionales dentro del desarrollo. El contenido relatado por el paciente en el diagnóstico o terapia y las observaciones y percepciones del psicoterapeuta en la interacción terapeuta-paciente, se integran en el diagnóstico psicodinámico.

Sin embargo, muchas de estas teorías metapsicológicas que surgieron a lo largo del tiempo, se formularon en un nivel de abstracción tan alto, que se separaron en mayor o menor medida de los fenómenos clínicos observables, por lo que muchas veces sólo se los podía deducir. Este desarrollo llevó, sin duda, a demasiadas teorías heterogéneas y a confusiones en la comprensión del psicoanálisis. Pero también se elaboraron constructos esencialmente observables dentro del proceso de creación de la teoría psicoanalítica. Dentro de esa línea están los modelos transferenciales, las defensas, conductas, necesidades y sentimientos, los cuales son observables y, por lo tanto, también clasificables fenomenológicamente. No obstante, también para estos constructos psicodinámicos, formulados en un nivel bajo de abstracción, existe escasa claridad del nivel de acuerdo y consenso entre los diferentes profesionales clínicos, debido a que hasta el momento hay muy pocos intentos de estandarización para la operacionalización de los constructos como para llegar a resultados confiables.

Bellak (1968) emprendió el intento de operacionalizar las funciones yoicas. El desarrolló escalas de puntajes, para poder evaluar las funciones yoicas observadas en las entrevistas. La propuesta de Weinryb y Rossel (1991), para llegar a un perfil psico-



dinámico del paciente sobre la base de constructos psicodinámicos operacionalizados, fue más amplia. Las 18 subescalas del perfil psicodinámico de Karolinska, se formuló con la meta de resaltar, de la manera más completa posible, las funciones psíquicas del paciente y sus rasgos caractereológicos, a través de la percepción de sí mismo y de los otros. Estas diferentes subescalas están formuladas en distintos niveles de abstracción y el nivel de abstracción necesario para llegar a una estimación varía entre las subescalas. Con esto se evidencia que las operacionalizaciones psicodinámicas no pueden quedarse en el nivel conductual debido a que no se pueden observar directamente los conflictos intrapsíquicos. Por lo tanto, también deben llegar a conclusiones interpretativas en el proceso de evaluación.

Metas del OPD

El impulso para la creación de un grupo de trabajo de OPD fueron, entre otros, las reservas y descuentos con el sistema descriptivo de clasificación psiquiátrico DSM-III y CIE-10, los cuales para psicoterapeutas de orientación psicodinámica no aportan mucho. Con ese sistema diagnóstico, no sólo se deshecha el concepto de neurosis, sino que predomina el énfasis en conceptos biológicos – psiquiátricos, los cuáles descuidan la validez de las categorías diagnósticas a favor de la confiabilidad (véase Schneider y Freyberger, 1990; Schneider y Hoffmann, 1992). Un diagnóstico únicamente descriptivo y centrado en los síntomas, entrega al terapeuta clínico pocos elementos orientadores para la indicación terapéutica. Al terapeuta de orientación psicodinámica le hace falta contar con enunciados sobre conflictos intrapsíquicos e interpersonales, nivel estructural del paciente y experiencia de enfermedad. Este déficit se percibe más claramente debido a que contamos con experiencias clínicas fundamentadas de los conceptos de enfermedad psicoanalíticos, los cuales crean la conexión entre los síntomas, los conflictos desencadenantes y las relaciones disfuncionales del paciente.

La operacionalización del diagnóstico psicodinámico puede traspasar los límites de una clasificación psiquiátrica descriptiva pura y aprovechar los beneficios de una operacionalización de constructos psicodinámicos cercanos al nivel de observación en conjunto de un diagnóstico fenomenológico. El grupo de trabajo se reunió, por lo tanto, con el objetivo de ampliar a través de dimensiones psicodinámicas básicas, la clasificación descriptiva y orientada al síntoma del CIE-10.

El diagnóstico psicodinámico multiaxial se basa en 5 ejes diferentes:

- Eje 1, experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento.
- Eje 2, relaciones interpersonales.
- Eje 3, conflicto.



Eje 4, estructura.

Eje 5, diagnóstico sindromático (según el capítulo V (F) del CIE-10).

Para cada eje se elaboró la operacionalización por un subgrupo de trabajo y a continuación se escribió un capítulo con ejemplos en el manual, dónde se cristalizaron, entre otros, los siguientes puntos como un marco de condiciones comunes:

1.- Construcción de instrumentos diagnósticos clínicamente relevantes y de orientación psicodinámica a través de la comprensión y adaptación de instrumentos ya existentes, para los ejes “experiencia de enfermedad”, “relaciones interpersonales”, “estructura” y “conflicto”.

2.- Mantención de un “nivel de abstracción medio” en la creación de constructos, ubicados entre la descripción conductual “pura” y la creación metapsicológica “pura” de conceptos.

3.- Elaboración de una cultura conceptual e ideomática lo más unificadora y precisa posible, que trascienda las diferentes escuelas y que evite lo más posible el uso de la terminología específica vinculadas a las escuelas.

A continuación, se presentan las conceptualizaciones de los 5 ejes.

Eje I: Experiencia de enfermedad y prerequisites para el tratamiento

Para la indicación terapéutica, independientemente si se tiene que prescribir un tratamiento de tipo somático o un tipo específico de psicoterapia, juega un importante rol la forma de experimentar la enfermedad del paciente y su motivación al tratamiento, sus recursos cognitivos y afectivos, así como variables del ambiente (por ejemplo acceso a la ayuda social). Por lo tanto, estos aspectos constituyen una dimensión relevante del diagnóstico psicodinámico operacionalizado.

Los estudios sobre coping (enfrentamiento), se han dedicado al tema de la elaboración de la enfermedad que, en un principio, diferenciaron los conceptos centrados en el estímulo de los centrados en la respuesta (ver Selye 1974, como representante del primer grupo y Thoits 1983, como representante del segundo grupo). Lazarus y Folkman (1984), parten de la base en su modelo de coping, que se trata de un proceso con una relación bidireccional entre variables del ambiente y variables personales. Los cuestionamientos sobre la funcionalidad, es decir, el nivel de maduración de mecanismos de adaptación, han sido abarcados por Nora Haan (1972) y Vaillant (1971-1977), ambos orientaron el desarrollo de sus conceptos en los estudios psicoanalíticos sobre defensas. Estos modelos teóricos son poco apropiados para desarrollar afir-



maciones concretas sobre la experiencia de enfermedad y su mejor tipo de tratamiento, por lo que tienen poca importancia para la indicación terapéutica. Esto también es válido para los estudios sobre compliance (adherencia a tratamiento), que se ocupa de la cooperación a tratamiento del paciente (ver por ejemplo Becker et. al. 1982; Basler, 1990).

Al operacionalizar la “experiencia de enfermedad y prerrequisitos para el tratamiento”, hemos renunciado al desarrollo de un modelo diferenciado, a favor de una composición de elementos cercanos a la realidad, relevantes para la práctica clínica y que sirvan como guía para una buena indicación terapéutica. Al hacerlo hemos intentado abordar tanto los aspectos afectivos, que se relacionan con la enfermedad como, también, el punto de vista de la elaboración cognitiva del trastorno, especialmente las expectativas relativas al tratamiento como, también, los recursos individuales y su integración social. Los pacientes con enfermedades físicas y/o psíquicas, pueden ser evaluados con la escala desarrollada por nosotros.

La evaluación se realiza sobre la base de una entrevista semiestructurada, en que deben considerarse, además de la información verbal, también el contenido escénico (no verbal) en la medición de cada indicador.

Al principio, el diagnosticador debe clasificar la gravedad de la enfermedad somática y el nivel de discapacidad física relacionada con ello, así como la gravedad de la enfermedad psíquica, para tener una evaluación “objetiva” de la gravedad de la enfermedad. El eje “experiencia de enfermedad y prerrequisitos del tratamiento”, abarca 19 indicadores, los que representan dimensiones que guían la indicación terapéutica.

Cada indicador es evaluado en una escala, que va desde no se presenta (1), leve (2), moderado (3), hasta llegar a grave (4). Adicionalmente, hay una categoría que dice “no evaluable”. Cada uno de los contenidos de las dimensiones está descrito en un glosario. Se presentan ejemplos para cada uno de los niveles de gravedad, para aumentar la confianza en la evaluación.

- 1.- Gravedad de los síntomas físicos.
- 2.- Gravedad de los síntomas psíquicos.
- 3.- Padecimiento subjetivo del paciente (“Leidensdruck”).
- 4.- Afectación de la vivencia de sí mismo.
- 5.- Nivel de discapacidad física.
- 6.- Beneficio secundario de la enfermedad.
- 7.- Capacidad de insight de las relaciones psicodinámicas/psicosomáticas.



- 8.- Capacidad de insight de las relaciones somatopsíquicas.
- 9.- Estimación del paciente sobre un tratamiento adecuado (psicoterapia).
- 10.- Estimación del paciente sobre un tratamiento adecuado (tratamiento somático).
- 11.- Motivación para la psicoterapia.
- 12.- Motivación para el tratamiento físico.
- 13.- Adherencia al tratamiento (compliance).
- 14.- Presentación de síntomas:
 - los síntomas somáticos sobresalen.
 - 15.- los síntomas psíquicos sobresalen.
- 16.- Integración psicosocial.
- 17.- Recursos personales.
- 18.- Apoyo social.
- 19.- Adecuación de la afectación subjetiva, con la gravedad de la enfermedad.

Eje II: El diagnóstico de la conducta relacional disfuncional habitual

La manera en que un ser humano vive y vivencia sus relaciones con otros, tiene una importancia central en el diagnóstico de la psicoterapia psicodinámica, debido a que los conflictos intrapsíquicos favorecen una forma disfuncional de relacionarse y, porque desde la forma individual de relacionarse, se pueden deducir conflictos intrapsíquicos. Entendemos la **conducta relacional** como la expresión de la dinámica entre los deseos relacionales más o menos conscientes, las angustias intrapsíquicas que emergen de esto último en el paciente y los temores sobre cómo podría reaccionar la contraparte a los deseos. La conducta relacional **habitual** del paciente, se puede entender como un transigir psicosocial permanente entre sus deseos y sus temores en las relaciones. Como conducta relacional habitual, se describe aquella actitud interpersonal que se destaca en la persona y que es, en mayor o menor medida, efectiva. Como **conducta relacional disfuncional** definimos la constelación específica que se produce de la interacción de la conducta relacional habitual del paciente y las formas habituales de reaccionar de sus compañeros sociales.

En la primera entrevista clínica se obtiene información diagnóstica sobre la conducta relacional del paciente, tanto de los relatos de episodios relacionales con otros, como de la propia experiencia del terapeuta dentro de la relación terapeuta – paciente durante la conversación. En el contexto clínico la conducta relacional que el paciente escenifica inconscientemente, se vuelve experienciable y observable (transferencia). Debido a las reacciones e impulsos observados en sí mismo, el terapeuta puede llegar a conclusiones, de cómo otros se sienten y, eventualmente, comportan en la interacción con el paciente. Es así como la experiencia contratransferencial también se puede usar como instrumento del diagnóstico interpersonal. El diagnóstico de la conducta relacional habitual abarca, por lo tanto, siempre dos dimensiones:



- ¿En qué posición se coloca el paciente a sí mismo?
- ¿En qué posición se encuentran los otros en relación con el paciente?

La construcción del instrumento para el diagnóstico de la conducta relacional habitual es el resultado de las siguientes dos perspectivas:

1.- Conducta relacional disfuncional habitual del paciente:

¿Cómo se percibe el paciente a sí mismo en la relación? El diagnosticador estima la conducta relacional que vivencia el paciente en relación con otras personas. ¿Cómo percibe el paciente la conducta relacional de otros?

2.- Reacciones típicas de otros

También el diagnosticador estima su vivencia transferencial y contratransferencial en estas dos perspectivas: ¿Cómo percibe el terapeuta la conducta relacional del paciente hacia él? ¿Cómo se percibe el terapeuta a sí mismo en relación con el paciente?

La categorización de las dos perspectivas se realiza por medio de un sistema paralelo de indicadores preestablecidos. Los indicadores se vinculan a módulos circunflejos de la conducta interpersonal (véase Benjamín, 1982; Kiesel, 1983). Estos módulos tienen en común la organización de las conductas interpersonales sobre la superficie de un círculo. Esta se determina por dos dimensiones ortogonales y bipolares: dominancia/control (dominante/controlador versus sumiso/sometido) y afiliación (afectuoso/cercano versus hostil/distante). Las cualidades de la conducta interpersonal son determinables a través de la combinación de estas dos dimensiones básicas ubicables en lugares de la superficie del círculo. La aplicación del modelo circular interpersonal como heurística llevó a la formulación de 30 indicadores en lenguaje clínico para cada una de las diferentes posiciones (por ejemplo, el paciente se coloca una y otra vez en la posición en que él admira e idealiza a otros u, otros están frecuentemente en la posición en que admiran e idealizan al paciente).

En la tabulación se marcan después de la primera entrevista clínica, máximo 3 indicadores en cada una de las dos listas y después se traspasan al formulario de respuesta. La tabulación de la conducta relacional central del paciente se formula bajo la rúbrica “vivenciar del paciente”. Pero también se considera como la contraparte – el objeto - experiencia la conducta relacional (vía deducciones del diagnosticador). El “vivenciar del objeto” es el segundo paso en la tabulación. Un paciente controlador puede, por ejemplo, ser percibido como dominante. El tercer paso en la tabulación es la formulación de la conducta relacional como el terapeuta la percibe en la situación clínica, el “vivenciar del terapeuta”.



Eje III: Los conflictos del paciente

Un elemento básico de la vida humana son los intereses interpersonales e intrapsíquicos opuestos. Las sobreexigencias, tensiones y conflictos surgen por las circunstancias de la realidad externa y el mundo vivencial interno. Los conflictos dinámicos inconscientes tienen que ser separados de los desafíos y tensiones conscientes. En la clasificación se destacan los opuestos y las áreas problemáticas del vivenciar y actuar que no son percibidas, es decir inconscientes.

Los modelos conflictivos están presentes en la vida del afectado, son determinantes por largos períodos y se manifiestan en áreas fundamentales de la vida de una persona (según Dührssen, 1981): elección de pareja, comportamiento relacional y vida familiar, familia de origen, área laboral, comportamiento referido a la propiedad, ambiente sociocultural, así como la reacción frente a la enfermedad y experiencia de enfermedad.

El concepto de conflicto inconsciente interno surgió de la tradición psicoanalítica. Sin embargo, se intenta evitar el máximo de términos psicoanalíticos tradicionales relativos a conflicto, debido a sus múltiples interpretaciones según cada escuela (ejemplo, conflicto oral). Tampoco se hace referencia a elementos de la psicología del desarrollo.

De acuerdo con Mentzos (1982), hacemos la diferencia entre el conflicto básico con su correspondiente elaboración y la construcción del yo, es decir del self, es decir de la estructura psíquica. Conflicto y estructura constituyen polos de una continuidad clínica. Pacientes con trastornos estructurales también sufren con conflictos, sin embargo su forma de vivenciar y su conducta se caracteriza, prioritariamente, por trastornos del yo.

Se pueden distinguir ocho conflictos básicos y sus modalidades de elaboración:

1.- Dependencia versus autonomía:

Búsqueda de una relación (pero no de cuidado), con una marcada dependencia (modalidad pasiva) o bien, constitución de independencia emocional (modalidad activa), con represión del deseo de vincularse (familia/pareja/profesión). La enfermedad produce una “bienvenida” dependencia o representa una amenaza existencial.

2.- Sumisión versus control:

Obediencia/sumisión (modalidad pasiva) versus control/resistencia (modalidad activa), determinan las relaciones interpersonales y la experiencia interna. La enfermedad se “combate” o bien es una fatalidad a aceptar y a la cuál hay que “someterse”, como al médico.



3.- Deseo de ser cuidado versus autarquía:

El deseo de ser cuidado y albergado conducen a una fuerte dependencia (depending and demanding) (modalidad pasiva), o bien se resiste a él en forma de autosuficiencia y modestia (actitud básica de altruismo) (modalidad activa). En caso de enfermedad, estas personas se muestran pasivamente defendidos o rechazan la ayuda.

4.- Conflictos de autoestima (self versus objetos):

La manutención de la valoración de sí mismo es conflictiva y requiere de un gran esfuerzo o puede fracasar. La enfermedad conduce a crisis de autoestima pero puede también actuar restituyendo la imagen de sí.

5.- Conflictos del super yo y de culpa:

Estas personas tienen una marcada predisposición a admitir la propia culpa (hasta el punto de la sumisión masoquista) y tienden al auto reproche (modalidad pasiva), o bien está ausente todo sentimiento de culpa (modalidad activa); éste se adjudica a otros, a los cuales también se carga con la responsabilidad de la enfermedad.

6.- Conflictos sexuales edípicos:

El erotismo y la sexualidad están ausentes en la percepción, en la comprensión y en los afectos (modalidad pasiva), o bien determinan todas las esferas de la vida sin lograr ser satisfechos (modalidad activa).

7.- Conflictos de identidad:

Hay suficiente disponibilidad de funciones del yo (eje “estructura”, ver difusión de identidad), pero también hay áreas del self en conflicto (disonancia de identidad): identidad sexual, identidad del rol, identidad paterna/filial, identidad cultural y social, entre otros. El déficit en la identidad (modalidad pasiva) se contrapone, a los esfuerzos compensatorios (modalidad activa), para ocultar inseguridades y quiebres.

8.- Percepción limitada de conflictos y sentimientos:

No se perciben los sentimientos y necesidades propias, ni de los otros y se pasan por alto los conflictos (modalidad pasiva), o bien, se reemplazan por descripciones técnicas objetivas (modalidad activa).

En cada nivel del conflicto se encuentra un modus pasivo y activo (contrafóbico), como expresión de la elaboración del conflicto. Los enfrentamientos activos y pasivos son elementos básicos del experimentar y actuar humano. Se puede hablar de modus activo cuando, por ejemplo, existe una defensa contrafóbica, predominando la formación reactiva. Se puede hablar de un modus pasivo cuando predominan las defensas regresivas. Como acá se trata de una clasificación operacionalizada, se realiza



una descripción de tipo ideal de los conflictos básicos; por lo tanto, en la realidad clínica se encuentran escasas correspondencias con este modelo de conflicto.

Los conflictos se deducen de la descripción clínica de las maneras de experimentar y de actuar observables, en la conversación de anamnesis (escena, transferencia y contratransferencia) y se manifiestan tanto en el nivel del sujeto, como en el del objeto (intraprésíquico) y, además, en la interacción con otras personas. Los conflictos se vinculan frecuentemente con los afectos básicos (afectos guía) (por ejemplo, rabia en la herida narcisista).

En la evaluación general, se clasifican máximo dos modelos de conflicto como los más relevantes y seguros. Cuando se diagnostican varias áreas conflictivas, se deben presentar los dos niveles de conflicto más importantes y relevantes según su orden de jerarquía. Aquellos conflictos que poseen la mayor trascendencia clínica y que son preponderantes en la elaboración terapéutica (foco), son considerados como más importantes y significativos.

Eje IV: La estructura psíquica del paciente

La estimación de la estructura, es decir del trastorno estructural es, junto a la comprensión de los conflictos intraprésíquicos y las tensiones relacionales del paciente, la tarea más importante del diagnóstico psicodinámico. El diagnóstico estructural tiene que apoyarse en el concepto teórico de estructura, sólo un modelo así permite que lo relatado por el paciente y la experiencia de la relación con él, pueda ser interpretado como expresión de su estructura.

El concepto de estructura es utilizado en forma múltiple y en diferentes contextos dentro de la tradición psicoanalítica, por ejemplo en el modelo topográfico de Freud que se refiere al yo, ello y superyo, en el concepto de estructura de personalidad (en el sentido de estructura de carácter), o en la descripción de Schultz – Henckes de la estructura de la neurosis (1951). La psicología del yo realizó aportes decisivos, al describir el órgano yo y sus funciones, desarrollando sobre esa base el concepto de trastorno relacional del yo (por ejemplo, Bellak y Meyers, 1975; Blanck y Blanck, 1978). También la psicología de las relaciones objetales y la psicología del self realizaron descripciones estructurales desde su perspectiva del desarrollo psicológico (por ejemplo, Fairbairn, 1963; Grundberger, 1971; Jacobson, 1964; Kohut, 1971). Se puede observar, por lo tanto, como bajo un mismo tema se encuentran muchos términos psicoanalíticos en paralelo, los que tienen su propio ámbito de significados y que se sobreponen en parte. Nuestro intento es llegar a un concepto sinóptico de estructura, dejando de lado la terminología psicoanalítica, que podría entenderse como “estructura del self en la relación con otro” (Rudolf, 1993).



La totalidad de la estructura puede ser descripta por medio de 6 categorías estructurales, éstas describen diferentes funciones o capacidades psíquicas, las cuáles están (en mayor o menor medida), disponibles en cada persona.

Con el objeto de poder distinguir la cantidad y calidad del trastorno estructural, definimos, sobre la base de experiencias psicoterapéuticas en el encuadre ambulatorio y hospitalario, cuatro niveles de integración de la estructura (bien integrada, moderadamente integrada, poco integrada y desintegrada).

El nivel “bien integrada” significa, que un self autónomo tiene acceso a un espacio intrapsíquico, dentro del cual, se pueden elaborar conflictos intrapsíquicos. En el nivel “moderadamente integrada”, la persona tiene un menor acceso a funciones reguladoras y se reconoce una diferenciación más débil de las subestructuras psíquicas. El nivel de baja integración se caracteriza por un escaso desarrollo del mundo intrapsíquico y las subestructuras psíquicas, de manera que los conflictos se elaboran poco intrapsíquicamente, sino, principalmente en forma interpersonal. El nivel “desintegrado” se caracteriza por la fragmentación y por la restitución psicótica.

La operacionalización de la estructura se da por medio de 6 categorías estructurales:

1.- Autopercepción: Capacidad de autorreflexión, logro de la imagen de sí mismo y sentimiento de identidad, introspección y diferenciación de los propios afectos. La graduación del nivel de integración se da, por ejemplo en el caso de la identidad, desde una identidad segura, pasando por una identidad frágil para llegar a la completa difusión de identidad.

2.- Autorregulación: Capacidad de regular e integrar las propias necesidades, afectos y autoestima y sobre esta base desarrollar la autodeterminación, autoconfianza y autoestima. En un nivel bien integrado están presentes estas capacidades, en un nivel moderado predomina un excesivo dominio de los impulsos o se presentan estadios impulsivos incluyendo tendencias autoagresivas. Mientras que en un nivel de integración bajo predominan una regulación lábil de la autoestima con una tendencia a sentirse ofendido.

3.- Defensa: Capacidad de mantener o restaurar el equilibrio psíquico en los conflictos internos o externos por medio de ciertos mecanismos defensivos. En los cuatro niveles se gradúan el nivel de estabilidad y la eficiencia de los mecanismos de defensa.

4.- Percepción del objeto: Capacidad clara de diferenciar realidad interna y externa, percibir los objetos externos en forma integral, coherente y con sus propios derechos



e intenciones, es decir, poniéndose en su lugar (capacidad empática). Con una baja integración estructural se va perdiendo la capacidad empática, el otro es percibido como un objeto para la satisfacción de las propias necesidades o como un objeto persecutorio.

5.- Comunicación: Capacidad de orientarse hacia los otros, comunicarse con ellos y comprender sus señales afectivas. La graduación va desde una marcada capacidad comunicativa, pasando por bloqueos neuróticos, llegando hasta quiebres en la comunicación y la incapacidad de interpretar las señales afectivas del otro.

6.- Apego (attachment): Capacidad para la constitución de representaciones internas del otro y de investir las afectivamente en forma duradera, capacidad para alternar entre apego y distancia y desarrollo de reglas de interacción para proteger el vínculo. En un nivel de integración bajo están los objetos internos restringidos a pocos modelos, casi no hay objetos buenos internalizados, contrariamente aparecen objetos internos castigadores y descalificadores.

Junto con las operacionalizaciones y ejemplos clínicos dados en el manual, es posible determinar para cada categoría un nivel de integración. Por ello se puede realizar, por un lado, un **perfil** estructural y, por el otro, determinar un **nivel** general de integración estructural.

Eje V: El diagnóstico sindromático según el capítulo V (F) del CIE – 10

El capítulo V (F) del CIE – 10 (WHO 1993) operacionaliza el área de los trastornos psíquicos a través de los principios descriptivos, basándose en criterios psicopatológicos de tiempo y evolución. Con estas características el énfasis está evidentemente puesto en datos fácilmente observables o explorables. Algunas combinaciones de estos criterios particulares constituyen, bajo reglas de interconexión (algoritmos), diagnósticos específicos. Junto con ello se realizan divisiones según la gravedad, como un elemento fijo de las reglas de interconexión diagnósticas, por lo menos en trastornos afectivos y ansiosos.

La confiabilidad de la OPD

La teoría clásica del test (Lienert, 1969), parte de la base que, con más altas confiabilidades se obtiene también una más alta validez. Si al tabular un caso, entre los evaluadores de OPD se presenta un alto nivel de concordancia, se habla de categorías bien operacionalizadas y una alta validez del contenido. Para el diagnóstico psicodinámico esta premisa es problemática. Las categorías operacionalizadas que son fácilmente observables, debido a que, por ejemplo, están principalmente orientadas a la conducta, llevan a una mayor probabilidad de acuerdo entre los evaluadores, por lo



tanto llevan a una mayor confiabilidad que, sin embargo, para psicoanalistas se relaciona con una más baja validez de contenido. Al operacionalizar el diagnóstico psicodinámico, no se persiguió, por lo tanto, la meta de lograr una buena confiabilidad del instrumento, sino que se buscó llegar a un equilibrio con la otra importante meta, que era conseguir una buena validez de contenido.

En una investigación amplia del grupo de trabajo OPD, con un total de 269 pacientes de 6 clínicas psicosomáticas (en total 7 estudios), se establecieron valores de confiabilidad para los ejes de I a IV (Grande et. al., en preparación). Debido a que las condiciones para la tabulación de las diferentes clínicas se diferenciaban con relación a parámetros importantes, se pudo investigar al mismo tiempo, cuáles de las condiciones mejoran o empeoran la confiabilidad de las estimaciones. Se utilizó como medida el conocido kappa (Cohen, 1968) que, a diferencia del coeficiente de correlación intraclase (CCI), no establece prerequisites paramétricos y, por lo tanto, se atiende más a los datos que éste último. Al determinar los valores, se aceptó establecer para los ejes I, II y IV las mismas distancias entre los niveles de las correspondientes escalas con 4 niveles. De esta manera se obtiene un valor kappa que, según Cohen, puede ser interpretado en forma similar a un coeficiente de correlación de Pearson. En el eje II se adaptan los niveles según el procedimiento lógico del modelo circunflejo de Grawe – Gerber y Benjamín (1989). El procedimiento se describe con mayor detalle en Rudolf et. al. (1996). Los valores de confiabilidad para la elección de los dos conflictos más importantes en el eje III, se calculan con el simple kappa.

Junto con un entrenamiento intensivo de OPD, existen otras dos condiciones que influyen en el nivel de confiabilidad del OPD: La inclusión del OPD dentro de la rutina clínica (de programas asistenciales) y la experiencia clínica previa del evaluador.

Las condiciones de la atención clínica de rutina se presentaron en dos de los 7 estudios, es decir, una de las dos tabulaciones se realizó justo después de la entrevista con un tiempo restringido e influido por los criterios prácticos de los programas asistenciales. En estos dos estudios se encontraron para todos los ejes valores medios entre 0.30 y 0.50 (eje I: valor kappa = 0.47 y en el otro estudio 0.43, eje II: 0.50/0.45, eje III: 0.40/0.43, eje IV: 0.30/0.48). Este estudio se corresponden con un estudio temprano de la predictibilidad de la OPD, sobre la cuál se refiere Freyberger et. al. (1996). En este caso se alcanzan valores levemente mejores bajo las condiciones de la atención clínica de rutina para el indicador “estimación general de la estructura” (eje IV: 0.69/0.40) y para la selección de los dos conflictos principales (eje II: 0.55, en el segundo estudio faltó esta medición).



Con la utilización de entrevistas grabadas en video se alcanzan mejores valores, los cuales se utilizan únicamente para fines diagnósticos. Bajo estas condiciones de evaluación, se encontraron en dos estudios para el eje II: “relaciones interpersonales”, los valores generales de 0.62 y 0.52. Los mejores resultados se encontraron en la evaluación de la perspectiva “el paciente se vivencia a sí mismo...” (0.70/0.58) y los peores, en la evaluación de la reacción contratransferencial (“otros, es decir el evaluador, se vivencian frente al paciente...”, 0.54/0.48). Las otras dos perspectivas se encuentran entre estos dos valores. El eje III “conflicto” se evaluó solamente bajo las condiciones de investigación y no bajo las condiciones asistenciales. Aquí se alcanza un valor de 0.61 relativo a todos los conflictos (rango 0.48 – 0.71). La medición de la confiabilidad para la “estructura”, tiene el mejor resultado. En este caso se alcanzan en dos estudios los valores medios de 0.71 (rango 0.62 – 0.78) y 0.70 (rango 0.60 – 0.81). Para el eje I, todavía no existen estudios bajo condiciones de investigación. En otro estudio, que sí se realizó bajo condiciones de investigación, los evaluadores eran estudiantes inexpertos en clínica. En ese estudio los valores medios para el eje II “relaciones interpersonales” estaban en 0.42, para el eje de “conflicto” en 0.33 y para el eje de “estructura” se encontró un respetable kappa de 0.70. Al estar los estudiantes muy bien entrenados en OPD, se puede deducir que una falta de experiencia clínica puede ser una desventaja considerable para la tabulación de los ejes II y III. Para calificar como evaluador confiable en estos ejes se tiene que cumplir la condición, según las mediciones de estos estudios, de presentar una experiencia clínica de aproximadamente 2 – 3 años además de un entrenamiento profundo de OPD. El manejo del eje V “estructura” es, sin embargo, más fácil de aprender en el caso de principiantes. Esto último se confirma también a través de otro estudio, en que evaluadores inexpertos en clínica se desempeñaban junto con un terapeuta clínico con experiencia. También en este estudio se encontraron buenos resultados para el eje IV (valor medio 0.70).

En general, la confiabilidad para la aplicación del OPD en el contexto investigativo en relación con los ejes II “relaciones interpersonales” y III “conflicto” es aceptable y para el eje IV “estructura” es buena. Para el eje I “experiencia de enfermedad y prerequisites para el tratamiento” no se encuentran los valores correspondientes, sin embargo, se puede asegurar que bajo condiciones de investigación también se alcanzan mejores valores que los referidos. Sin embargo, todavía no son satisfactorios los valores para la aplicación a la rutina clínica. A pesar de todas las falencias que se han comprobado, es necesario destacar que otros instrumentos diagnósticos como el CIE también sólo son medianamente confiables en la práctica clínica, por lo que las dificultades que se presentan en este campo de aplicación sólo pueden ser vistas como inespecíficas.



La validez de contenido de la OPD

Expertos psicoterapeutas e investigadores de una larga tradición psicoanalítica se vincularon gracias a la operacionalización de la OPD. La validez de contenido del OPD se respalda en un grupo de 40 – 50 expertos, los cuales llegaron sin mayores dificultades a acuerdos en relación con las características relevantes y cercanas a la práctica.

Nos sirven también como antecedentes, además de los conceptos psicoanalíticos acreditados, una serie de instrumentos de diagnóstico psicológicos y de investigación en psicoterapia. Con instrumentos del área de la experiencia y elaboración de enfermedad, de la medición de la afectación (daño), de la motivación a psicoterapia y del soporte social, fue posible orientarse para el estudio del eje I. Para la operacionalización de las “relaciones interpersonales” y los “conflictos” se pudo recurrir a una serie de procedimientos empíricamente comprobados (ver Schauenberg y Cierpka, 1994): el “análisis estructural del comportamiento social” (SASB; Benjamín, 1974), el “tema central del conflicto en la relación” (TCCR; Luborsky y Crits – Christoph, 1990), la “constelación de roles en conflictos relacionales” (Horowitz, 1991), El “modelos cíclicos malaadaptativo” (Strupp y Binder, 1991) y la formulación de conflicto ideográfica (Perry et al., 1989). En los esfuerzos por operacionalizar “estructura” uno se podía apoyar en instrumentos como el Rorschach, TAT, TRO y nuevas propuestas taquistoscópicas. Tal como en el contexto analítico, se puede, en este procedimiento diagnóstico, sacar provecho de lo poco estructurado de la situación para evaluar qué capacidades posee el yo (véase la entrevista estructural de Kernberg, 1977, 1984).

El OPD fue aprobado y reconocido por evaluadores competentes de la especialidad, los cuales son invitados a reuniones regulares y que se han interesado en la continuidad del trabajo tanto dentro como fuera del grupo de trabajo (Clarkin, 2000; Dilling, 1998, Kernberg, 1998; Margraf et. al., 2000; Sab et. al., 1998, Weinryb, 2000). Otro indicador importante para la validez de contenido del OPD, se ha dado por la buena acogida que encontró en los seminarios de capacitación. Los participantes alaban a menudo lo factible y comprensible que es este tipo de categorías.

Por lo tanto, se puede afirmar que es posible determinar la validez de contenido de la OPD. A continuación se describen para cada eje, principalmente la validez de criterio y predictiva.

Relativo a la validez

Eje I: “Prerrequisitos para el tratamiento y elaboración de enfermedad”

Validez de criterio

Para la comprobación de la *validez de criterio* de este eje, se puede utilizar como un criterio externo, un procedimiento de evaluación con una similar formulación de pre-



guntas. El formulario de respuesta para la motivación a tratamiento (FMP) [Schneider, 1989 # 1490] evidencia, por lo menos en parte, un gran parecido en contenido a indicadores, es decir, rasgos del eje I. Se observaron buenos indicadores para la validez clínica del eje I en la atención de diferentes cuadros de trastornos clínicos, distintos encuadres de tratamiento y aplicación a diferentes grupos de edad [Schneider, 1998 #1494]. El eje I discrimina estos grupos por medio de las expectativas que los pacientes formularon previamente. Pacientes de mayor edad o pacientes del servicio de referencia (“Konsil- und Liasondienst”) evidencian tener una menor capacidad de insight de las relaciones psicodinámicas – psicosomáticas, una menor motivación a psicoterapia y una más alta motivación para recibir tratamiento somático. Franz y colegas [Franz, 2000#1164] pudieron descubrir que la discapacidad física, psíquica y social de los pacientes, así como lo entiende la OPD, se encontraba en forma equivalente en la tabulación de expertos de la medición de daño(BSS) y en las escalas de autoinforme (SCL – 90 R).

Validez predictiva

Para la revisión de la *validez predictiva* se utilizaron pacientes hospitalizados en una comparación test-retest y a los que paralelamente se les aplicó la SCL – 90 R y el IIP. El indicador “presentación de síntomas psíquicos” del eje I, resultó ser el elemento más predictivo de éxito terapéutico.

Validez de constructo

Para la realización de la *validez de constructo* del eje I, se utilizó un análisis de factores [Franz, 2000#1464]. Los autores encontraron un modelo trifactorial (análisis general de varianza 54%) y describieron los principales componentes como “insight”, “recursos” e “indicadores referidos a lo corporal”. Otro análisis de factores [von Wietersheim, 2000#1158] dio como resultado 5 factores (criterio de corte del valor intrínseco < 1), que en total despejan 68% de la varianza. El factor I (experiencia somática y elaboración de enfermedad), abarca la gravedad del estado somático, el nivel de discapacidad física, así como la presencia de síntomas somáticos y una motivación más bien orientada a un tratamiento somático. El factor II (experiencia psíquica y elaboración de enfermedad), incluye la discapacidad por síntomas psíquicos y la afectación de la vivencia de sí mismo, así como la motivación a psicoterapia. El factor III (capacidad de insight), representa la capacidad de insight del paciente para establecer relaciones psicodinámicas, psicosomáticas y somatopsíquicas. El cuarto factor (recursos y apoyos), incluye los indicadores de integración psicosocial y apoyo social. En el último factor (compliance / adherencia a tratamiento) se incluyeron los indicadores adherencia a tratamiento y el de ganancia secundaria de la enfermedad (correlacionados negativamente). El resultado de los factores se evidenció como extrema-



damente factible y confirma los constructos básicos del eje establecidos en la creación del eje.

Resumiendo estos resultados evidencian la alta relevancia clínica del eje I. El cual se expresa sobre la capacidad y disposición del paciente para aceptar un tratamiento psicoterapéutico-psicosomático. Sobre esta base, se pueden elaborar intervenciones específicas, las cuales pueden servir para realizar una preparación del paciente para la derivación a psicoterapia.

Eje II: “Relaciones interpersonales”

Validez concurrente

El área diagnóstica que abarca el eje OPD de “relaciones interpersonales”, se refiere a la disfuncionalidad en el ámbito interpersonal. El “inventario de problemas interpersonales” (IIP) [Horowitz, 1993#246] y el “análisis estructural del comportamiento social” (SASB) [Benjamín, 1974#554] son reconocidos como procedimientos válidos para el área que abarca este criterio, por lo que se utilizó para la validez concurrente (en el sentido de una validez referida a los criterios internos) [Stasch, 2004#556]. Los coeficientes de validez resultantes se encuentran dentro de lo aceptable para la comparación entre el procedimiento propio con el externo, con una correlación media de 0.21. En otro estudio [Leising, 2000#1495] se vio cuanto coincidían el diagnóstico relacional del OPD, con el análisis estructural del comportamiento social (SASB) al evaluar el relato de un episodio relacional. Se observa que el diagnóstico relacional del OPD, presenta una concordancia superior al azar con el SASB – rating en cada episodio. Por lo que se puede concluir, que la estimación de la perspectiva del “vivenciar del paciente” (perspectiva A), en el eje II del OPD se orienta en las conductas más nombradas por el propio paciente.

Validez predictiva

Para una comprensión interpersonal de psicopatología, es relevante entender cuál es la calidad de la realización de fantasías de relación y la capacidad para actuar en las relaciones interpersonales actuales del paciente. Los deseos que se traen a la relación son descriptos como menos flexibles que las reacciones del compañero con que se interactúa [Crits – Cristoph, 1994#561]. Cierpka y colegas [Cierpka, 1998#22] comprobaron que la rigidez de deseos interpersonales se correlaciona positivamente con la gravedad de la psicopatología. A partir de la varianza circular representada en el cluster de comportamiento en el modelo circunflejo del OPD, se estudiaron a 100 pacientes en el transcurso de una psicoterapia hospitalaria observando, las transformaciones en la flexibilidad interpersonal [Stasch, 2000#1]. Se separaron subgrupos diagnósticos, los que se analizaron en forma de test-retest para calcular la co-



relación entre los resultados de las medidas de flexibilidad interpersonal y la evolución positiva de los síntomas. Según lo esperado se demostró que en los pacientes con trastornos afectivos ($n=28$) y en los pacientes con trastornos adaptativos ($n=13$), el aumento de la flexibilidad interpersonal se correlacionó favorablemente con la evolución positiva de síntomas. En el subgrupo de pacientes depresivos la correlación de Pearson entre las mejoras en los síntomas (medido por el Global-Severity-Index GSI del SCL-90 R) y los cambios en la flexibilidad interpersonal, fue de 0.39 con un p unilateral de 0.02. En el grupo con trastornos adaptativos el r fue de 0.57 con un p ($p=0.02$ unilateral). En los pacientes con trastornos ansiosos ($n=12$) se observó, sin embargo, un movimiento contrario. Aquí se correlacionó en forma negativa, la evolución positiva de los síntomas con el aumento de flexibilidad ($r=0.42$, p (unilateral) $=0.08$). Es decir, pacientes ansiosos presentan un aumento de la rigidez en la percepción de sí mismos en las relaciones interpersonales, un resultado que puede ser explicado por el aumento progresivo de la autoafirmación y diferenciación de los deseos del otro. En general, estos resultados demuestran, que el diagnóstico relacional del OPD y las medidas que de ahí se desprenden, están en condiciones de discriminar entre los resultados sintomáticos entre diferentes grupos diagnósticos.

Validez de constructo

El diagnóstico relacional del OPD, se basa en el modelo circunflejo de conducta [véase {Kiesler, 1983#248; Leary, 1957#250}], el cual tiene en psicología de la personalidad, social y clínica una larga tradición y, por lo tanto, fue bien validado. Así como demostraron diferentes autores [{Foa, 1961#549; Guttman, 1954#550}], el modelo circunflejo posee una respetable fortaleza como modelo predictivo y establece una red nomológica, la cual puede ser utilizada para la validación de contenido. La validez de constructo se utilizó para la versión alemana del inventario de problemas interpersonales (IIP), cuya estructura circunfleja está comprobada [{Stasch, 2004#566}]. Los resultados se refieren a la prueba al azar descripta bajo el título “validez concurrente”. Se pudo comprobar que la mayoría de los cluster del eje relacional se pueden graficar en forma de constructo, es decir, circular y poseen un contenido interpersonal específico. En una evaluación comparativa de criterio entre el eje relacional y el IIP, aparecieron diferencias relativas a los clusters conductuales y vivenciales.

Eje III: “Conflicto”

Validez concurrente

Existe un problema fundamental para poder realizar la *validación concurrente* de los conflictos inconscientes descritos en la OPD: no existen otros instrumentos que acepten los conflictos inconscientes como procedimientos de validación reconocidos [{Schübler, 2004#1586}]. Los estilos relacionales presentes en la adultez se pueden



comparar con cada uno de los conflictos, especialmente con los conflictos I “autonomía versus dependencia” y conflicto III “cuidado versus autarquía”. Ambos conflictos abarcan como tema central de conflicto el apego, tomando, sin embargo, diferentes formas según la medición de patrones de apego (BPR) [Pilkonis, 1988#948]. Se pueden distinguir las tres categorías principales de apego: apego seguro, apego ambivalente (excesiva dependencia, excesivo cuidado impulsivo-inestable), así como el apego evitativo (evitativo - temeroso, racional - controlador y excesiva búsqueda de autonomía). Según el OPD y la medición de patrones de apego [Müller, 1999#1491] se estudiaron a 55 mujeres con trastorno de personalidad. La concordancia de datos puede definirse como buena, tanto para el conflicto “autonomía-dependencia” ($\kappa=0.64$) y para el conflicto de cuidado ($\kappa=0.56$). Debido a que en esta prueba de azar se trataba de pacientes graves, no se encontraron mujeres con apego seguro, más bien un 22% demostró un apego ambivalente, 31% un apego evitativo y un 47% un apego mixto. Mientras más ambivalente el apego, más aparecía el conflicto “autonomía versus dependencia” y menos el conflicto “cuidado versus autarquía”. Al estimar en forma general la seguridad del apego quedó claro que mientras más seguro se estimaba el apego, con más probabilidad aparecía el conflicto “cuidado versus autarquía”; y mientras más inseguro se estimaba el apego, aparecía más bien el conflicto “autonomía versus dependencia”. Estos resultados ofrecen un punto de partida para la validación de la diferenciación del conflicto autonomía/dependencia versus cuidado/autarquía. En un estudio de Ulm [Zlantanovic, 2000#1485] se encontró una buena concordancia de los conflictos de OPD, con el tema central del conflicto en la relación (TCCR) con 44 pacientes hospitalizados de psicoterapia. Los estudios en Heidelberg y Münster [Rudolf, 1996#79; Schneider, 1998#1494] demostraron que en el contexto clínico se presentan con mayor frecuencia los conflictos I - IV. Por otro lado, se observó que una mayor presencia del indicador “percepción limitada de emociones y conflictos” se relaciona con una mayor discapacidad física, lo cual también apoya la descripción de conflicto. En el estudio, previamente mencionado de Leising et. al. [Leising, 2000#1495], se realizó un intento de validación relativo al concepto de las emociones preponderantes (Leitaafekte) típicas descriptas en el eje III: se creó un perfil de frecuencia en relación con la *descripción de la propia vivencia afectiva* utilizando una lista de emociones [Leising, 2000#1489]. Un evaluador independiente tenía la tarea de comparar este perfil con la información relativa a los dos tipos preponderantes de conflicto. Por casualidad se adjuntó otro perfil emocional extraño. Con 13 intentos se logró la asignación correcta en 9 ocasiones ($p=0.087$). En consecuencia, los autores deducen que la relación de los conflictos intrapsíquicos y el predominio de determinadas emociones preponderantes (Leitaafekte) no es tan evidente como se presenta en el manual de OPD. En otro estudio de validación [Grande, 2000#1190] se correlacionaron estimaciones de conflicto con la evaluación de la “Scale of Psychological Capacities”



(SPC) de Wallerstein y colaboradores [Wallerstein, 1988#1486] en 48 pacientes psicossomáticos hospitalizados. En el SPC, a diferencia del OPD, además de las vulnerabilidades estructurales importantes para el contenido del eje IV de “estructura”, se detectan modos habituales de elaboración de la enfermedad, es decir información sobre la defensa, los cuales se clasifican bajo el concepto “capacidades estructurales”. Para estas subescalas del SPC se encontraron correlaciones significativas con cada conflicto OPD, por ejemplo: una correlación de $r=0.41$, $p<0.01$ ante la escala SPC “moralism” y el conflicto “sumisión versus control” o una correlación de $r=0.37$, $p<0.5$ entre la escala SPC “attribution of responsibility” y el “conflicto de culpa”. Gracias a la comparación conceptual de ambas escalas, pudieron ser estimadas las correlaciones, de las cuales 5 de 7 fueron significativas.

Validez predictiva

No se observaron relaciones relevantes entre los conflictos preponderantes y el éxito terapéutico en 30 pacientes hospitalizados y tratados con psicoterapia, con excepción de la categoría de conflicto “percepción limitada de emociones y conflictos” que, cuando se encontraba presente en el paciente, no se llegaba a un éxito terapéutico [Straub, 1997#78]. En la investigación de Rudolf et. al. [Rudolf, 1996#79] se observó un bajo éxito terapéutico en los pacientes con un tipo de conflicto preponderante de “autonomía versus dependencia”. Contrariamente, los conflictos “edípico sexual” y “control versus sumisión”, demostraron una correlación positiva con los resultados exitosos de la psicoterapia.

Resumiendo, se puede establecer que son grandes las dificultades científicas en la revisión de la validez, ya que para “conflicto” solamente existen criterios externos. Es decir, no existen procedimientos de evaluación amplios que permitan la comprensión de los conflictos inconscientes. Los contenidos del eje de “conflicto” son fácilmente aplicables y útiles para la formación académica y para la formulación de preguntas clínicas significativas. Algunos de los conflictos estudiados demostraron tener un buen nivel de concordancia y diferenciación con procedimientos de evaluación conocidos. Es posible aceptar que existe una importante conexión entre los conflictos definidos operacionalmente y el constructo “conflicto dinámico”.

Eje IV: “estructura”

Validez de concurrencia

En una serie de investigaciones evalúa el nivel de concordancia entre la estimación de estructura y otros datos recogidos al mismo tiempo. Nitzgen y Brünger [Nitzgen, 2000#1168] investigaron, a 171 pacientes de sexo masculino con un cuadro adictivo de larga data, al principio de su hospitalización. Se demostró que estos pacientes obtuvieron los peores valores en el área de la autorregulación ($M=2.2$; 2 correspon-



de a “moderadamente integrado”, 3 a “poco integrado”). Teóricamente se esperaba este resultado, debido a que este área de la estructura, abarca los aspectos tolerancia afectiva y control de impulso. Estos resultados fueron confirmados con un estudio de Reymen et. al. [Reymen, 2000#1167] en un centro abierto de desintoxicación con 22 hombres alcohólicos, los cuales presentaron con mayor frecuencia una fragilidad estructural en la “autorregulación”, como también en la “percepción de objeto”. Como resultado del estudio sobre la concordancia con el diagnóstico CIE, antes mencionado, se descubrió otro indicador de validez. Pacientes que recibieron diagnósticos CIE de la esfera de la neurosis ($M=1.97$), se evidenciaron como más estructurados que pacientes con trastornos de personalidad ($M=2.37$, $p<0.01$). En un estudio de Rudolf et. al. [Rudolf, 1996#79], se pudo demostrar que un nivel estructural más bajo, se correlaciona con un mayor tiempo de enfermedad psicógena (-0.38 , $p=0.06$) que, presumiblemente, se puede atribuir a una capacidad deficitaria de regulación determinadas estructuralmente. Un estudio de Schauen-burg [Schauenburg, 2000#1165] hace parte de un segundo grupo de estudios de validez, el cual eligió criterios de validación internos. Se investigaron 49 pacientes consecutivos de una unidad de psicoterapia. En este estudio, se demuestra que un apego seguro (diagnóstico del apego según Pilkonis) (-0.30 , $p=0.5$), así como excesivos deseos de dependencia (-0.29 , $p=0.06$) se correlacionan con un mejor nivel estructural, mientras que rasgos borderline (0.27 , $p=0.08$), excesivos deseos de autonomía (0.32 , $p=0.03$) y rasgos antisociales (0.55 , $p=0.00$) se correlacionan con un peor nivel estructural. Grütering y Schauenburg [Grütering, en impresión, #1484] compararon en la misma prueba de azar bajo una evaluación independiente, las escalas del Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) [Weinryb, 1999#807] con el eje de “estructura” y encontraron las correlaciones de contenido esperados: la capacidad de autorregulación se relaciona con las escalas intimidad y tolerancia a la frustración pero, también, con (falta de) sentimiento de ser útil y pertenencia. De la misma manera se encontró una relación entre una más alta integración en la “percepción de objeto”, así como una mayor capacidad de “comunicación”, la capacidad de vivenciar intimidad. En el ya mencionado estudio de Grande, Schauenburg y Rudolf [Grande, 2002#1190] con 48 pacientes psicósomáticos hospitalizados se comparó las “scales of psychological capacities” (SPC) [Wallerstein, 1988#1486] con los rasgos estructurales propuestos por el OPD. En ese estudio se encontraron muchas correlaciones, las cuales eran esperables debido a que se había realizado una comparación conceptual de las escalas de ambos instrumentos. Por ejemplo, se presentó una correlación de $r=0.30$, $p<0.05$, entre la escala SPC “driveness” y la dimensión “autorregulación”. Además se dio una concordancia significativa entre un nivel bajo de estructuración general según OPD y las escalas SPC “emotional blunting” ($r=0.41$, $p<0.01$) y “rarely able to relay on others” ($r=0.43$, $p<0.01$). Estos dos indicadores se relacionan más que los otros con las habilidades sociales y, por lo tanto, se acerca mucho al concepto teóri-



co del eje de estructura del OPD, en que la capacidad y vulnerabilidad del self en su relación con los otros es un tema central.

Validez predictiva

La *validez predictiva* se evaluó en el estudio, antes mencionado, de Rudolf et. al. [Rudolf, 1996#79]. La estimación de la estructura al inicio de un tratamiento de hospitalización, demostró ser un buen predictor para la evaluación de éxito del paciente (0.30) como también para la evaluación de éxito del terapeuta (0.40, $p < 0.05$). La mirada de cada una de las dimensiones de la estructura evidencia que la capacidad de vincularse (paciente 0.42, terapeuta 0.46, $p < 0.01$), es especialmente relevante para la predicción. Evidentemente la capacidad de invertir a otros de afectos positivos en forma permanente, es una buena garantía para el logro de la psicoterapia.

Validez de constructo

El análisis factorial en un estudio de Heidelberg (no publicado) demostró ser un aporte para la *validez de constructo*, debido a que los indicadores se tendían a agrupar en un factor principal con muy alto valor intrínseco. En esa misma dirección apunta el alto nivel de consistencia interna de 0.87 para las dimensiones estructurales y 0.96 para el foco estructural. También estos resultados indican que en el caso de la estructura se trata de un constructo esencialmente unidimensional, donde las diferentes subfunciones de ésta, actúan en forma independiente. La idea de que la constitución de la estructura es una característica duradera y estable de la persona según la comprensión teórica y clínica; es apoyada por un estudio test-retest en un tratamiento terapéutico hospitalario de 12 semanas de duración, donde los valores se mantienen estables en el tiempo (para la concordancia de la estimación general de estructura pre y post del 84.4%) [Grande, 2000#1196].

Resumiendo, se puede afirmar que según la experiencia recogida hasta el momento, el eje estructura del OPD, es útil para la realización de una descripción psicodinámica interpersonal de la estructura de personalidad preponderante en el sentido de la teoría de las relaciones objetales.

Los estudios que se han realizado para determinar la validez del OPD demostraron que los ejes OPD no se relacionan en forma significativa con los diagnósticos sintomáticos según el CIE – 10. Esto se corresponde con el intencionado significado que se le quiso dar a la OPD como un instrumento complementario ubicado en un nivel psicodinámico- diagnóstico. Tanto la confiabilidad de cada eje, como también los estudios de validez, fortalecen la base empírica del instrumento para la aplicación en investigación.



Discusión

Nuestra experiencia hasta el momento, ha demostrado que grupos de trabajo de orientación psicodinámica después de reiterados análisis y reflexiones sobre el instrumento, llegan a estar en condiciones de manejarlo en forma clínicamente adecuada y pueden llegar a estimaciones que evidencian una buena concordancia.

Se destaca el hecho, que la evaluación de la entrevista clínica con el OPD no sólo permite llegar a distinciones diagnósticas en los diferentes ejes, sino también sirve para formular diagnósticos psicodinámico muy útiles en el proceso de indicación psicoterapéutica, aportando también a la planificación de la psicoterapia.

Los estudios demuestran que las subescalas (estilos relacionales, conflicto y nivel de la estructura) de los ejes OPD, no evidencian una relación significativa con el diagnóstico sintomático del CIE – 10. Esto se corresponde con el significado que se le quiso dar al OPD como un instrumento complementario ubicado en un nivel psicodinámico-diagnóstico. Una operacionalización del diagnóstico psicodinámico puede traspasar los límites de una clasificación psiquiátrica descriptiva y puede utilizar los beneficios de la operacionalización de constructos psicodinámicos cercanos a lo observable en relación con el diagnóstico fenomenológico. El OPD puede:

- 1.- entregar una orientación **clínica-diagnóstica** para el uso clínico, que sobre la base de instrucciones diagnósticas relativamente flexibles y abiertas, le permiten un cierto rango de libertad al evaluador en el diagnóstico. El OPD aporta, por lo tanto, a una mayor transparencia en el sentido de asegurar la calidad.
- 2.- ser de gran utilidad para la **formación** en psicoterapia psicodinámica, debido a que los fenómenos psíquicos operacionalizados han sido formulados lo más cercano posible a lo directamente observable, de manera que es posible practicar la clasificación psicodinámica y fenomenológica.
- 3.- ser utilizado como **instrumento de investigación** en estudios científicos. En consecuencia, el instrumento puede aportar a una mayor homogenización en las pruebas de azar, a través de criterios diagnósticos más estrictos.
- 4.- contribuir a una mejor **comunicación** de los constructos de teorías psicodinámicas, dentro de la “comunidad científica” (en el sentido amplio y restringido). El OPD permite una mejor comunicación de formulaciones psicodinámicas, gracias a que se ha mejorado la confiabilidad en relación a los diagnósticos anteriores.

Tanto la confiabilidades de cada eje como también los estudios sobre la validez for-



man la base empírica del instrumentario para una aplicación en el contexto investigativo. Los estudios, sin embargo, también demuestran algunos defectos en la operacionalización de categorías en las diferentes sub escalas. Debido a que el OPD se entiende como un grupo de trabajo “en progreso”, estos resultados van a llevar a cambios en el OPD. Sin embargo, se puede establecer, en primer lugar, que el OPD demuestra una validez aceptable, lo que se confirma con las experiencias recogidas hasta el momento, principalmente en los análisis y discusiones que se generan en las actividades de capacitación, además de los múltiples estudios empíricos realizados por variados centros. También se establece el hecho que el OPD puede ser aplicado en programas de atención clínica tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario. En este momento, el grupo de trabajo prepara una versión clínica simplificada del OPD que es más manejable. Esta versión debería mejorar aún más la confiabilidad y aumentar la validez ecológica de los clínicos. Como una futura tarea se tiene que evaluar si el OPD es de tanta ayuda para el terapeuta clínico como para que la utilice a menudo y con gusto en su quehacer psicoterapéutico.

Los niveles todavía muy desiguales de operacionalización de cada uno de los ejes presentan un problema, por lo que deben ser igualados y unificados, de manera que pueda crearse un sistema diagnóstico interconectado e integrado. Futuros estudios van a demostrar, en qué áreas los ejes se corresponden entre sí y donde los ejes crean ventanas diagnósticas muy diferentes e independientes.

Bibliografía

American Psychiatric Association (APA, 1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd. ed. rev.) DSM-III-R. Washington DC: APA. Deutsche Bearbeitung und Einführung von Wittchen HU, Saß H, Zaudig M, Koehler K (1989). Weinheim: Beltz.

American Psychiatric Association (APA, 1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.) DSM-IV. APA, Washington DC.

Arbeitskreis OPD (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-1). Huber, Bern

Basler H D (1990) Das Verhältnis der Compliance-Forschung zum Patienten. In Schneider W (Hrsg) Indikationen zur Psychotherapie. Beltz, Weinheim Basel, S 167-182.

Becker M H, Maiman L A, Kirscht J B, Haefner D P, Drachman R H, Taylor D W (1982) Wahrnehmungen des Patienten und Compliance: Neuere Untersuchungen



zum "Health Belief-Model" In: Haynes R B, Taylor D W, Sackett D L (Hrsg) Compliance Handbuch, München Wien Oldenbourg, S 94-132.

Bellak L, Meyers B (1975) Ego function assesment and analysability. Int.Rev.Psa. 2:413-429.

Bellak L. (1968) Research on ego function patterns: a progress report. Rating scale for scoring ego functions from clinical interview material. In: Bellak L, Loeb L (Hrsg) The schizophrenic syndrome. Grune & Stratton. New York, S 11-65, S 789-833.

Benjamin LS (1974) A structural analysis of social behavior (SASB). Psychol Rev 81: 392-425

Benjamin, LS (1982) Use of structural analysis of social behavior (SASB) to guide intervention in psychotherapy. in: JC Anchin, DJ Kiesler: Handbook of Interpersonal Psychotherapy :190-212

Blanck G, Blanck R (1978) Angewandte Ich-Psychologie. Klett/Cotta, Stuttgart. Cierpka M, Strack M, Benninghoven D, et al.: Stereotypical relationship patterns and psychopathology. Psychother Psychosom 1998; 67:241-248.

Clarkin J (2000) Die OPD aus der Sicht eines Außenstehenden. In: Schneider W, Freyberger HJ (Hrsg) Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, S 17-24

Cohen J (1968) Weighted Kappa. Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. Psychol Bull 70: 213-220

Crits-Christoph P, Demorest A, Muenz LR, Baranackle K: Consistency of interpersonal themes for patients in psychotherapy. 1994; 62:499-526.

Dilling H (1998) Die Entwicklung der Diagnostik von neurotischen und psychosomatischen Störungen in der ICD-10. In: Schauenburg H, Freyberger HJ, Cierpka M, Buchheim P (Hrsg) OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, S 21-36

Dührssen A (1981) Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.



Fairbairn W R D (1954) An object relation theory of the personality. Basic Books, New York.

Foa UG: Convergences in the analysis of the structure of interpersonal behavior. Psychol Rev 1961; 68:341-353.

Franz M, Dahlbender RW, Gündel H, et al.: Ergebnisse der Multizenterstudie zur OPD-Achse I (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) im Konsilientst; in Schneider W, Freyberger H, eds: Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern, Huber, 2000, 162-178.

Freud S (1923) Das Ich und das Es. GW Bd 13, S 235-289.

Freyberger HJ, Dierse B, Schneider W, Strauß B, Heuft G, Schauenburg H, Pouget-Schors D, Seidler G, Küchenhoff J, Janssen PL, Hoffmann SO (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) in der Erprobung – Ergebnisse einer multizentrischen Anwendungs- und Praktikabilitätsstudie. PPM 46: 356-365.

Grande T, Rudolf G, Oberbracht C (2000) Veränderungsmessung auf OPD-Basis: Schwierigkeiten und ein neues Konzept. In: Schneider W, Freyberger HJ (Hrsg) Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, S 148-161

Grande T, Rudolf G, Oberbracht C: Veränderungsmessung auf OPD-Basis: Schwierigkeiten und ein neues Konzept; in Schneider W, Freyberger H, eds: Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern, Huber, 2000, 148-161.

Grande T, Schauenburg H, Rudolf G: Zum Begriff der "Struktur" in verschiedenen Operationalisierungen; in Rudolf G, Grande T, Henningsen P, eds: Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts. Stuttgart, Schattauer, 2002, 177-196.

Grande, T., Cierpka, M., Dahlbender, R., Mestel, R., Schauenburg, H., Schneider, W. (im Vorbereitung): Die Reliabilität der Operationalisierten Psychodynamische Diagnostik (OPD) – eine multizentrische Untersuchung.

Grawe-Gerber M, Benjamin L: Structural analysis of social behavior (SASB). Co-



ding manual for psychotherapy research. Bern, Psychologisches Institut der Universität, 1989.

Grunberger B (1982) Vom Narzißmus zum Objekt. Suhrkamp, Frankfurt .

Grütering T, Schauenburg H: Die Erfassung psychodynamisch relevanter Persönlichkeitsmerkmale - Vergleich zweier klinisch relevanter Instrumente: Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) und OPD-Strukturachse.; in Bassler M, ed: Leitlinien in der stationären Psychotherapie: Pro und Kontra. Gießen, Psychosozial-Verlag, im Druck.

Guttman L: A new approach to factor analysis: the radex; in Lazarsfeld PF, ed: Mathematical thinking in the social sciences. Glencoe, Free Press, 1954,258-348.

Haan N (1977) Coping and defending. New York, Academic Press.

Horowitz LM, Strauß B, Kordy H (1993) Manual zum Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Beltz, Weinheim

Horowitz LM, Strauß B, Kordy H: Manual zum Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Weinheim, Beltz, 1993.

Jacobson E (1973) Das Selbst und die Welt der Objekte. Suhrkamp, Frankfurt.

Kernberg OF (1977) The structural diagnosis of borderline personality organisation. In: Hartocollis P (Ed) Borderline personality disorders. Int. Univ. Press, New York, S 87-121

Kernberg OF (1984) Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies. Yale Univ. Press, London

Kernberg OF (1998) Die Bedeutung neuerer psychoanalytischer (und psychodynamischer) Konzepte für die (Befunderhebung und) Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. In: Schauenburg H, Freyberger HJ, Cierpka M, Buchheim P (Hrsg) OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, S 55-68

Kiesler, DJ (1983) The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. Psychol Rev 90(3):185-211

Kohut H (1971) Narzißmus - Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Suhrkamp, Frankfurt.



Lazarus R, Folkman S (1984) Stress, appraisal and coping. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.

Leary T: Interpersonal diagnosis of personality. New York, Ronald Press, 1957.

Leising D, Stadler K, Grande T, Rudolf G: Lassen sich intrapsychische Konflikte anhand unterschiedlicher "Leitaffekte" unterscheiden? Heidelberg, Psychosomatische Klinik des Universitätsklinikums, 2000.

Leising D: Die Klinische Emotionsliste. Ein Instrument zur Erfassung des selbstberichteten affektiven Erlebens. Psychosomatische Klinik. Heidelberg, Ruprecht-Karls-Universität, 2000.

Lienert GA (1969) Testaufbau und Testanalyse (3. Aufl.). Hogrefe, Göttingen

Luborsky L, Crits-Christoph P(1990) Understanding transference. Basic Books, New York

Margraf, J, Jacobi, F, Maercker, A (2000) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik aus verhaltenstherapeutischer Perspektive. . In: Schneider W, Freyberger HJ (Hrsg) Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, S 38-56

Mentzos S (1982), Neurotische Konfliktverarbeitung. Fischer, Frankfurt.

Müller E: Zusammenhänge zwischen inadäquaten verarbeitungsformen unbewußter Konflikte und unsicheren Bindungsstilen. Eichstätt, Universität, 1999.

Nitzgen D, Brünger M: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck: Einsatz und Befunde; in Schneider W, Freyberger H, eds: Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern, Huber, 2000,238-252.

Perry JC, Cooper SH: An empirical study of defense mechanism. Arch Gen Psychiatry 1989; 46:444-452.

Pilkonis PA: Personality prototypes among depressives: themes of dependency and autonomy. J Personal Disord 1988; 2:144-152.

Reymann G, Zbikowski A, Martin K, Tetzlaff M, Janssen PL: Erfahrungen mit der



Anwendung von Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik bei Alkoholkranken; in Schneider W, Freyberger H, eds: Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern, Huber, 2000,229-237.

Rudolf G (1993) Psychotherapeutische Medizin. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. Enke, Stuttgart .

Rudolf G, Grande T, Oberbracht C, Jakobsen T: Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Z Psychosom Med Psychoanal 1996; 42:343-357.

Rudolf G, Oberbracht C, Grande T (1998) Die Struktur-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturdiagnostik nach OPD. In: Schauenburg H, Freyberger HJ, Cierpka M, Buchheim P (Hrsg) OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, S 167-181

Saß H, Houben I (1998) Die neue Rolle der Persönlichkeitsstörungen in DSM-II und DSM-IV. In: Schauenburg H, Freyberger HJ, Cierpka M, Buchheim P(Hrsg) OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, S 37-54

Schauenburg H, Cierpka M (1994) Methoden zur Fremdbeurteilung interpersoneller Beziehungsmuster. Psychotherapeut 39:135-145

Schauenburg H: Zum Verhältnis zwischen Bindungsdiagnostik und psychodynamischer Diagnostik; in Schneider W, Freyberger H, eds: Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern, Huber, 2000,196-217.

Schneider W, Basler H-D, Beisenherz B: Fragebogen zur Psychotherapiemotivation. Weinheim, Beltz, 1989.

Schneider W, Freyberger HJ (1990) Diagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung deskriptiver Klassifikationsmodelle. Forum der Psychoanalyse 6: 316-330.

Schneider W, Hoffmann SO (1992) Diagnostik und Klassifikation neurotischer und psychosomatischer Störungen. Fundamenta Psychiatrica 6: 137-142



Schneider W, Klauer T, Hake K: Prädiktive Validität der OPD-Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, 47. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), 05.-07.03.1998, Leipzig, 1998.

Schultz-Hencke H (1951) Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Thieme, Stuttgart.

Schüßler G: Innerpsychischer Konflikt und Struktur: Wo steht das Unbewusste heute?; in Dahlbender RW, Buchheim P, Schüßler G, eds: Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie. Bern, Huber, 2004,181-192.

Selye H (1974) Streß-Bewältigung und Lebensgewinn. München, Piper.

Shapiro D (1991) Neurotische Stile. Vandenhoeck und Ruprecht. Göttingen.

Stasch M, Cierpka M, Dahlbender RW, et al.: OPD und Repräsentation interpersonellen Beziehungsverhaltens: ein Ansatz zur Konstruktvalidierung; in Dahlbender RW, Buchheim P, Schüssler G, eds: Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie. Bern, Huber, 2004,85-94.

Stasch M, Cierpka M, Hillenbrand E, Schmal H: Assessing reenactment in inpatient psychodynamic therapy. *Psychother Res* 2002; 12:355-368.

Stasch M, Cierpka M: Changes in patients' perceptions of their interpersonal behavior during inpatient psychotherapy, 31. annual meeting of the Society for Psychotherapy Research (21.-25.06.2000), Chicago, USA, 23.06.2000, 2000.

Strauß B, Hüttmann B, Schulz N: Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik. Erste Erfahrungen mit der "OPD-1" im stationären Rahmen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1997; 47:58-63.

Strupp HH, Binder J, L.: Kurzpsychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta, 1993.

Thoits P (1983) Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. In: Kaplan (ed.): *Psychological stress. Trends in theory and research*. New York, Academic Press.

Vaillant G E (1971) Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Arch.Gen.Psychiat.* 24:107-118.



Vaillant G E (1977) Adaption to life. Boston, Little & Brown.

von Wietersheim J: Entwicklung und Perspektiven der OPD-Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen; in Schneider W, Freyberger H, eds: Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern, Huber, 2000,57-59.

Wallerstein RS: Assessment of structural change in psychoanalytical therapy and research. J Am Psychoanal Assoc 1988; 36:241-261.

Weinryb R M, Rössel R J (1991) Karolinska Psychodynamic Profile. Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl. 363, Vol. 83.

Weinryb RM (2000) Zur Diagnose der Charakterstruktur mit dem "Karolinska Psychodynamic Profile" (KAPP). In: Schauenburg H, Freyberger HJ, Cierpka M, Buchheim P (Hrsg) OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, S 69-96.

Weinryb RM, Rössel RJ, Schauenburg H: Eine deutsche Version des "Karolinska Psychodynamic Profile - KAPP". Psychotherapeut 1999; 44:227-233.

World Health Organization (1993) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva.

Zlatanovic B: Intrapyschische und interpersonelle Konflikte: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik versus Beziehungskonfliktthema. Medizinische Fakultät. Ulm, 2000.

Fecha de recepción: 22/07/05

Fecha de aceptación: 25/10/05