

## OPERACIONALIZAÇÃO PSICODINÂMICA DE DIAGNÓSTICO (OPD-2) NUMA PSICANÁLISE

*Ana Maria Ribeiro Paulo\**

*António Pazo Pires\*\**

### Resumo

A investigação em psicoterapia psicanalítica é apontada como tendo um elevado nível de abstração, falta de clareza e de consenso entre os clínicos na operacionalização de constructos e na análise de resultados fiáveis. Um diagnóstico psicodinâmico rigoroso e fiável que permita uma homogeneização de critérios de avaliação aumenta a comunicação dentro da comunidade científica e aproxima a investigação à prática. O OPD2 – Operationalized Psychodynamic Diagnosis – objetiva operacionalizar os constructos psicanalíticos, através de entrevistas semiestruturadas, e formular um diagnóstico psicodinâmico multiaxial baseado em 5 eixos: experiência da doença e pré-requisitos para o tratamento (Eixo I); relações interpessoais (Eixo II); conflito (Eixo III); estrutura (Eixo IV); perturbações mentais e psicossomáticas (Eixo V). O OPD-2 foi aplicado neste estudo com o objetivo de testar a avaliação diagnóstica através de notas de sessões numa paciente seguida em psicanálise. A realização do diagnóstico multiaxial foi, de uma forma geral, bem-sucedida e registraram-se mudanças nos focos formulados no diagnóstico.

Palavras-chave: psicoterapia psicanalítica; Operationalized Psychodynamic Diagnosis; mudança.

\* Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal. E-mail: ampaulo@sapo.pt.

\*\* Departamento de Psicologia Clínica e da Educação, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal. E-mail: apires@ispa.pt.

### Abstract

#### OPERACIONALIZED PSYCHODYNSMIC DIAGNOSIS (OPD-2) IN A PSYCHOANALYSIS

*Research on psychoanalytic psychotherapy is identified as having a high level of abstraction, lack of clarity and consensus among clinicians in the constructs operationalization and analysis of reliable results. A rigorous and reliable psychodynamic diagnosis that allows a homogenization of evaluation criteria, increases communication within the scientific community and approaches research to practice. The OPD2's – Operationalized Psychodynamic Diagnosis – objective is to operationalize psychoanalytic constructs, through semi-structured interviews, to formulate a psychodynamic multi-axial diagnosis based on 5 axes: experience of the illness and prerequisites for the treatment (Axis I); interpersonal relationships (Axis II); conflict (Axis III); structure (Axis IV); mental and psychosomatic disorders (Axis V). The OPD-2 was applied in this study with the objective to test the diagnosis evaluation using sessions notes of one patient submitted to psychoanalysis. The realization of the multi-axial diagnosis was generally successful and changes in the focus formulated in the diagnosis were registered.*

*Keywords: psychoanalytic psychotherapy; Operationalized Psychodynamic Diagnosis; change.*

### Resumen

#### DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO OPERACIONALIZADO (OPD-2) EN UN PSICOANÁLISIS

*La investigación en psicoterapia se identifica por tener un alto nivel de abstracción, una falta de claridad y de consenso entre los médicos en la operacionalización de los constructos y análisis de resultados fiables. Un diagnóstico psicodinámico preciso y confiable que permite la homogeneización de los criterios de evaluación aumenta la comunicación entre la comunidad científica y los enfoques de la investigación a la práctica. El OPD2 – Diagnóstico psicodinámico operacionalizado – pretende operacionalizar constructos psicoanalíticos, a través de entrevistas semi-estructuradas, y formular un diagnóstico psicodinámico multi-axial basado en 5 ejes: la experiencia de la enfermedad y los requisitos previos para el tratamiento (Eje I), las relaciones interpersonales (Eje II), los conflictos (Eje III), la estructura (Eje IV), los trastornos mentales y psicósomáticos (Eje V). La OPD-2 se aplicó en este estudio con el fin de probar la evaluación de diagnóstico a través de notas de sesiones de un paciente en psicoanálisis. Hacer el diagnóstico multi-axial fue en general exitoso y cambios se registraron en los objetivos formulados en el diagnóstico.*

*Palabras clave: psicoterapia psicoanalítica; Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado; cambiante.*

## Introdução

A sofisticação e a evolução tecnológica do registo audiovisual e das ferramentas informáticas de controlo, armazenamento e acessibilidade de dados têm impulsionado o desenvolvimento da investigação em psicoterapia psicanalítica em termos de quantidade e diversidade de estudos empíricos e conceituais, que estão na base de várias diferenças no seio da comunidade psicanalítica. Desde a importância ou validade, natureza e tipo de investigação à sistematização e formalização – crucial no desenvolvimento conceitual e empírico, no sentido de aumentar o conhecimento psicanalítico e a credibilidade junto das ciências do comportamento humano (Wallerstein, 2003, 2008; Kernberg, 2004). Acrescem, ainda, a influência das motivações económicas que desencadeiam a realização de estudos comparativos de eficácia das diferentes terapias e a necessidade de aproximação da investigação à prática terapêutica.

Assim, a literatura mostra que natureza e tipo de investigação podem ser descritos quanto à forma de avaliação de processos e/ou resultados terapêuticos, qualitativa ou quantitativamente, ou de ambos os modos. Os processos e resultados podem ser definidos e operacionalizados em variáveis de mudança – sintomas, padrões relacionais, conflitos e estrutura –, de eficácia e da relação terapêutica. O sistema OPD-2 responde a estas e outras questões da investigação e da prática terapêutica pelo fato de ser uma ferramenta de diagnóstico que permite avaliar qualitativa e quantitativamente variáveis de processos e resultados e adequar o planeamento de terapias.

O OPD-2 – Operationalized Psychodynamic Diagnosis – é um sistema de diagnóstico multiaxial, estruturado em cinco eixos: (I) como os pacientes sentem a doença e os pré-requisitos para o tratamento; (II) os padrões disfuncionais das relações; (III) os conflitos inconscientes; (IV) as características estruturais – vulnerabilidades de estrutura base; (V) as perturbações mentais e psicossomáticas. O processo de orientação do diagnóstico, segundo o manual OPD Task Force (2008), visa a formulação, identificação e planeamento do tratamento – descrever as principais problemáticas, identificar os recursos e competências do paciente –, para além de ser uma ferramenta de avaliação de mudança na análise de estudos empíricos de processos e resultados terapêuticos (Schneider, Mendler, Heuft & Burgmer, 2008).

O OPD-2 na última década tem sido fundamentalmente aplicado em estudos que comprovam a validade e fiabilidade do instrumento (Cierpka, Stasch, Dahlbender & Grupo de Trabajo OPD, 2006; Cierpka, Grande, Rudolf, von der Tann & Stasch, 2007; Schneider *et al.*, 2008; Gross, Stasch, Schmal, Hillenbrand & Cierpka, 2007).

Para além da validação do instrumento, a aplicação deste sistema de diagnóstico tem seguido as tendências da investigação: análise de processos e resultados terapêuticos, sucesso e garantia de qualidade das terapias, estudos comparativos de diferentes terapias. E ainda a tentativa de mostrar compatibilidades e boas parcerias de diagnóstico com outros instrumentos, promovendo a comunicação com diferentes abordagens (Thobaben & Soldt, 2007; Boeker *et al.*, 2008; Stasch, Cierpka, Hillenbrand & Schmal, 2002; Stasch, Schmal, Hillenbrand & Cierpka, 2007; Grande, Rudolf, Oberbracht & Pauli-Magnus, 2003; Grande *et al.*, 2006; Heuft, Jakobsen, Kriebel, Schneider & Rudolf, 2005; Sporn, 2005; Rudolf & Grande, 2006; Iberní, Crisafull & De Coro, 2007).

O sistema OPD pode ser aplicado em diversos contextos clínicos e perturbações psíquicas, pese embora os estudos a que tivemos acesso não tenham analisado nenhuma situação que envolva perturbações psicóticas. Parece-nos que pode ser pertinente questionar se o instrumento OPD pode avaliar, ou constituir uma ferramenta útil, no diagnóstico e planeamento terapêutico para estas perturbações.

A aplicação do instrumento nos casos de investigação é operacionalizada a partir de entrevistas semiestruturadas e em registo audiovisual. Assim sendo, podemos também questionar a sua aplicação na avaliação de terapias a partir de notas das sessões de uma psicanálise. OPD-2 foi aplicado neste estudo com o objetivo de testar a avaliação diagnóstica através de notas de sessões numa paciente seguida em psicanálise.

A possibilidade de elaborar o diagnóstico a partir de notas de sessões é importante porque permite em primeiro lugar fazer uma avaliação independente, sem recorrer a gravações vídeo que podem provocar no paciente ansiedade paranóide, o que pode condicionar o curso normal da terapia e a fraca aderência dos pacientes, como foi verificado no estudo de Tilman Grande (Grande *et al.*, 2006). A gravação em vídeo das sessões só é possível com a permissão do paciente e do terapeuta, porque pode existir o risco de violação da confidencialidade para ambos, para além de implicar *a priori* a necessidade de sistematização do processo de investigação de *follow-up*.

O sistema OPD, portanto, constitui uma ferramenta de diagnóstico com um alargado espectro de aplicação, mas, de acordo com estudos analisados, o fato de a avaliação das terapias ser feita com base em gravações de vídeo pode limitar, no nosso entender, os resultados e o seu campo de atuação. Tanto em termos do tipo de amostra – não naturalista –, como no comportamento do paciente e do terapeuta pela presença de uma câmara. O uso de notas de sessões de psicanálise alargaria o campo de aplicação do OPD-2 a todo tipo de perturbações que pos-

sam ser seguidas em tratamentos psicanalíticos – amostras naturalistas não homogêneas – e permitiria englobar nas investigações o trabalho realizado pela clínica privada, pois a confidencialidade está assegurada.

## Metodologia

### *Participante*

A paciente, Maria, tinha, no início da análise pouco mais de 40 anos, era divorciada, sem filhos, e vivia sozinha, com formação de nível superior e um trabalho estável, com uma realização mais ou menos satisfatória.

Maria é a mais velha de quatro irmãos, dois rapazes e duas raparigas. Quando tinha cerca de dois anos e meio a mãe morreu e ficou a viver com o pai na casa dos avós paternos, onde existia o culto da mãe, pelos avós e pelo pai, razão provável para o adiamento do luto da mãe, o que colocava Maria numa longa espera pelo regresso da sua mãe, que nunca chegava e lhe causava sentimentos de abandono e, posteriormente, de zanga não manifesta. Aos seis anos vai pela primeira vez a um psicólogo em consequência de uma enurese secundária. O pai casa-se novamente quando ela tinha 10 anos, nas suas palavras, algo que ela nunca esperou que o pai lhe fizesse, e o pai muda de casa. No ano seguinte nasce um irmão e Maria vai para um colégio interno, que também tinha sido frequentado pela sua mãe, razão que apresenta para não ter sentido falta da casa dos avós paternos a quem dizia estar muito ligada. Na adolescência começa a apresentar um quadro fóbico, com sintomas de claustrofobia que se mantêm na idade adulta.

Cerca de 3 anos antes do início da análise o pai morreu e foi abandonada pelo marido que se apaixonou por outra mulher. Maria vive uma dupla perda e como “fuga” vai trabalhar para o estrangeiro. Os sintomas fóbicos e sentimentos depressivos acentuam-se e, por essa razão, procura ajuda. Durante um ano e meio faz psicoterapia psicanalítica frente-a-frente, três vezes por semana. Volta a Portugal e inicia a sua psicanálise. Revela comportamentos de excessivo controlo relacional como forma de evitar relações de grande proximidade com o medo de ser abandonada, por um lado, ou de dependência total, por outro. Profissionalmente, evita cargos de chefia e situações de confronto, especialmente com as hierarquias, o que de certa maneira lhe provoca muito desconforto porque as interpreta como desvalorizações.

### *Procedimento*

Os dados correspondem a notas das sessões de uma psicanálise já terminada, conduzida pelo segundo autor deste estudo, que teve a duração de três anos e oito meses com a frequência de três vezes por semana. As notas têm um caráter descritivo e não foram feitas com objetivo de investigação mas sim de supervisão. Foram seguidos todos os procedimentos éticos previstos para a elaboração de um estudo de caso. A análise dos dados ocorreu em duas fases. A primeira, a partir do menor número de sessões, recolher dados que permitissem a elaboração do diagnóstico operacionalizado no instrumento OPD-2. Assim, foram analisadas as 10 primeiras sessões que correspondem ao primeiro mês da terapia. Procedeu-se à leitura e recolha de dados tendo como base os temas que operacionalizam as entrevistas dos eixos I, II, III e IV do OPD. Seguiu-se o preenchimento dos respectivos formulários.

Na segunda fase, partindo do mesmo princípio, o uso de um número mínimo de sessões, começou-se por analisar as últimas 12; todavia, tendo-se constatado que não eram suficientes para que o estudo fosse conclusivo, a análise foi ampliada às últimas 22 sessões da terapia. Avaliar o que mudou em relação ao diagnóstico inicial foi a última fase do procedimento.

### *Instrumento*

O instrumento utilizado foi uma tradução, feita pelo primeiro autor deste estudo, da versão inglesa do Operacionalized Psychodynamic Diagnosis (OPD 2 Task Force, 2008). Este instrumento foi criado por um grupo de profissionais – psicanalistas, psiquiatras e especialistas em medicina psicossomática –, na Alemanha, com o propósito inicial de ampliar a classificação de perturbações psíquicas do CID-10 na descrição de sintomas introduzindo algumas dimensões psicodinâmicas. A versão atual OPD-2 é mais ambiciosa, tem o objetivo de ser uma ferramenta de diagnóstico fundamental na elaboração de um diagnóstico criterioso, que permite o planeamento adequado do tratamento, bem como avaliar as mudanças que ocorrem nos processos terapêuticos e, conseqüentemente, avaliar a eficácia terapêutica.

Trata-se de um diagnóstico multiaxial, composto por cinco eixos: Eixo I – experiência da doença e pré-requisitos para o tratamento; Eixo II – relações interpessoais; Eixo III – conflitos; Eixo IV – estrutura e Eixo V – psicossomática e transtornos mentais de acordo com o capítulo V (F) do CID-10. A recolha dos dados é feita tendo como base entrevistas semiestruturadas para cada um dos eixos.

xos, seguindo-se o preenchimento de formulários criados para esta função. Cada eixo possui ainda uma *checklist* que apoia a avaliação dos mesmos.

A “experiência da doença e pré-requisitos para o tratamento” – Eixo I – tem um papel importante na forma como o paciente experiencia a doença, na motivação para o tratamento e nos recursos cognitivos e afetivos, bem como no contexto social em que o paciente está inserido. Estas variáveis são reconhecidas na literatura como tendo um contributo substancial no planeamento e eficácia das terapias. Este eixo está organizado em sete itens: (1) Severidade atual da doença; (2) Duração; (3) Experiência e apresentação da doença; (4) Os conceitos de doença do paciente; (5) Os conceitos do paciente sobre mudança; (6) Recursos de mudança (7) Obstáculos para a mudança, avaliados numa escala intervalar composta por: “Não/raramente presentes”, “Médio”, “Muito elevado” e “Não significativo”.

O “eixo relacional” (Eixo II – Relações interpessoais) avalia as interações que caracterizam os padrões disfuncionais do paciente. Este eixo é analisado em duas perspectivas: *A* e *B*. A perspectiva *A* identifica a forma como o paciente descreve as experiências relacionais, o seu próprio comportamento que traduz os padrões relacionais nos itens: “O paciente vê-se como”; “O paciente vê os outros como”.

A perspectiva *B*, como é que outros experienciam o relacionamento que lhes é oferecido e como reagem, nos itens: “Os outros veem o paciente como”; “Os outros veem-se a eles próprios como”. O preenchimento do formulário para este eixo é apoiado em duas listas, uma que descreve os temas de relacionamento e outra com os temas e recursos do paciente onde este se identifica. O objetivo é formular a dinâmica relacional do paciente na forma: “como o paciente frequentemente vê os outros”; “Como reage ao que experiencia”; “Que relacionamento o paciente oferece aos outros (inconscientemente) com esta reação”; “Que respostas induz nos outros (inconscientemente) desta forma”; “Como o paciente experencia se os outros reagem ao induzido”, o que, como se sabe, está na origem de conflitos intrapsíquicos e de relacionamento.

O Eixo III é operacionalizado no modo passivo ou ativo e traduz a motivação nas diferentes áreas da vida, ou seja: “família de origem; família/parceiro; emprego/vida profissional; contexto social; posses e dinheiro; corpo e sexualidade e doença”, que estão representados em sete conflitos que são: (1) Individuação vs dependência; (2) Submissão vs controlo; (3) Necessidade de cuidados vs autossuficiente; (4) Conflito de autoestima; (5) Conflito de culpa; (6) Conflito edipiano; (7) Conflito de identidade. Estes conflitos são avaliados numa escala: “ausente, insignificante, significativo, muito significativo, não tem significado”. De acordo

com esta escala identificam-se os três conflitos mais significantes. A identificação dos conflitos é apoiada na *checklist* inicial áreas da vida.

O eixo estrutural, Eixo IV, no nível de integração das capacidades ou limitações do paciente na regulação das funções mentais. A estrutura traduz vulnerabilidades, predisposição para a doença e a capacidade para processar conflitos internos e externos. É operacionalizado num formulário que comporta oito funções: “Autopercepção”; “Percepção do objeto”; “Autorregulação”; “Regulação do objeto”; “Comunicação interna”; “Comunicação com o mundo externo”; “Capacidade de vinculação dos objetos internos”; “Capacidade de vinculação dos objetos externos”. Numa escala que cruza os níveis de integração – alto, moderado, baixo e desintegração – com “autorreflexão”, “diferenciação de afetos” e “identidade”. O objetivo é definir uma estrutura total, isto é, o nível de integração do *Self*.

O instrumento dispõe ainda de mais dois formulários, um para o Eixo V – *Perturbações mentais e psicossomáticas* e um modelo específico Forense, que não serão usados no presente estudo.

Finalmente, o formulário “Seleção de focos” esquematizado da seguinte forma: Relação dinâmica (eixo II); Conflito foco (eixo III); Estrutura foco (eixo IV). Seleção de 3, 4 focos que se consideram mais relevantes para a abordagem terapêutica e definição do tipo de abordagem de base mais relacionada com a estrutura ou com o conflito – claramente mais estrutural ou claramente mais conflitual ou mista.

## Resultados

### *Diagnóstico elaborado a partir da análise das 10 primeiras sessões*

Eixo I – Experiência do paciente de doença e pré-requisitos para o tratamento. O quadro clínico da paciente manifestou-se pela primeira vez quando tinha 5/6 anos, altura em que consulta um psicólogo. As queixas, claramente orientadas para fatores psicológicos (médio/elevado), tristeza, angústia, medo, sentimentos de desvalorização, baixa autoestima, que tenta contrariar por um comportamento de controlo e teatralização.

É a paciente que procura ajuda e o tipo de tratamento psicológico que pretende, psicanálise. A paciente possui recursos pessoais (elevado) cognitivos e boa capacidade de *insight*. Os obstáculos para a mudança (médio) estão relacionados com as imposições da própria perturbação e mecanismos de defesa – inte-

lectualização, isolamento de afetos, desvalorização, que envolve inibições mentais e ligeiras distorções como, por exemplo, sentimentos, memórias e desejos, ou medos e distorção da própria imagem.

O eixo II – Relações interpessoais identifica as interações relevantes para o paciente que caracterizam os seus comportamentos, as ansiedades, ou desejos não manifestos. Pretende-se identificar padrões relacionais, disfuncionais, evasivos, agressivos, submissão, de acusação ou outros considerados relevantes.

O eixo das relações interpessoais é analisado sob duas perspectivas: perspectiva *A*, traduz a forma como o paciente descreve as experiências relacionais, ou seja, que aspectos do relacionamento o paciente pode identificar no seu próprio comportamento e nos padrões relacionais. O entrevistador, quando os dados são recolhidos através de uma entrevista semiestruturada, deve perceber a perspectiva desta experiência; e perspectiva *B*, como é que outros experienciam o relacionamento que lhes é oferecido e como reagem. Esta perspectiva é analisada sob duas vertentes. Na primeira o entrevistador tenta colocar-se no lugar do objeto descrito pelo paciente e perceber de que forma ele lhe responderia; na segunda, o entrevistador pode avaliar a sua própria experiência no encontro com o paciente na análise dos sentimentos evocados e reações para com o paciente; pode ajudar a definir a forma como o paciente se relaciona com os outros e que sentimentos e reações desencadeia. Esta análise comparativa permite identificar os padrões relacionais disfuncionais do paciente. No caso de investigação, em que a informação está gravada, o investigador deve perceber as experiências dos outros (dos objetos) na forma como o paciente as descreve e pode examinar as reações do entrevistador, sentimentos e impulsos em relação ao paciente, na tentativa de avaliar a tendência geral do tipo relacional do paciente.

No presente estudo, em que os dados foram escritos pelo terapeuta, é impossível analisar reações e sentimentos do terapeuta desencadeados pela paciente para além dos que foram registrados. A contratransferência desempenha um papel muito significativo que aqui está limitado porque não se pode analisar.

Assim, na perspectiva *A* a paciente vê-se como: (6) Harmonizar e evitar agressão; (28) Culpar-se e responsabilizar-se; (29) Fechar-se e fugir dos afetos. E experiencia os outros como: (3) Admirar e idealizar (13) Retiram a sua afeição; (15) Negligência e abandono. Perspectiva *B*: outros veem o paciente como: (9) Limitar o espaço; (15) Conformar-se, demitir-se; (29) Fechar-se e fugir dos afetos. A forma como os outros se veem a eles próprios é difícil de caracterizar por falta de dados da contratransferência.

Formulação dinâmica, funcional, das relações: a paciente frequentemente vê os outros com desconfiança, medo de rejeição, reage ao que experiencia controlando as emoções, tendo uma atitude de não confrontação, de submissão

vivida com sentimentos permanentes de culpa. Em consequência a paciente oferece aos outros (inconscientemente) um relacionamento de pouca proximidade, superficial, tentando agradar e dar uma imagem de si segura e feliz, como estando sempre bem. Induz nas outras pessoas respostas (inconscientemente) de pouca empatia. A paciente encara esta reação como não sendo bem aceite, não agradando, e sente-se desvalorizada e culpabilizada.

O eixo III – *Conflito* caracteriza-se pela dificuldade de perceber sentimentos e necessidades nos próprios ou nos outros. Os fatores culturais têm um papel determinante na forma como os sujeitos organizam as suas defesas e aprendem a lidar com – e a evitar – tensões intrapsíquicas e interpessoais porque não existem afetos, são evitados. As defesas (repressão, racionalização, isolamento, denegação) são formas de evitar a ausência de sentimentos de prazer. Existe uma tendência para minimizar, ou mesmo negligenciar os problemas que emergem em situações de grande estresse ou tensão em que as defesas falham e surgem sintomas, depressivos, somáticos, etc. O conflito no OPD é analisado sob o modo passivo ou ativo, que traduz a motivação e tenta abranger as diferentes áreas da vida. Falamos da família de origem; família/parceiro; emprego/vida profissional; contexto social; posses e dinheiro; corpo e sexualidade e doença. Neste estudo foram identificados como principais conflitos e por ordem de relevância: (6) Conflito edípiano; (5) Conflito de culpa; (2) Submissão vs controlo; todos identificados num modo passivo. Os restantes conflitos: (3) Necessidade de cuidados vs autossuficiente; (4) Conflito de autoestima; (7) Conflito de identidade, embora presentes, foram avaliados como menos relevantes.

Eixo IV – *Estrutura*. Refere-se às capacidades das funções mentais na regulação do *Self*; a relação com objetos internos e externos. O nível de integração da estrutura – varia entre: alta 1; média 2; baixa 3 e desintegrada 4 – traduz a capacidade ou a limitação de exercer a função. A estrutura traduz vulnerabilidades, predisposição para a doença e a capacidade para processar conflitos internos e externos.

A paciente apresentou em relação à estrutura níveis diferentes de integração: Autopercepção, foi avaliada como tendo um alto nível de integração (1), elevadas competências cognitivas, capacidade de criar uma imagem de si próprio, diferenciar afetos e sua identidade. A percepção do objeto (1) apresentou também um alto nível de integração. Autorregulação (1) com um alto nível de integração, que traduz a capacidade de regular experiências internas. Regulação da relação de objeto, (2) um nível médio de integração, capacidade de proteger o relacionamento dos seus próprios impulsos na salvaguarda dos interesses. Comunicação interna, (2) um nível médio de integração, capacidade de ter diálogos internos e perceber-se a si mesmo. Comunicação com o mundo

externo, (2) um nível médio de integração, capacidade de se envolver emocionalmente com uma pessoa; Capacidade de vinculação de objetos internos (1), um alto nível de integração, capacidade de desenvolver imagens internas de pessoas significantes, investi-las com afeto positivo, mantê-las e usá-las quando necessário. Capacidade de vinculação de objetos externos, (2) um nível médio de integração, capacidade de envolvimento emocional em relações reais, criar vínculos, aceitar ajuda.

Na avaliação global a paciente apresenta um nível de integração estrutura média alta. Este nível de integração traduz a capacidade de perceber e diferenciar as experiências cognitivas, afetivas, memórias, fantasias, etc. Um nível elevado de integração estrutural garante que a função de regulação está disponível e pode ser mantida e recuperada ao longo da vida mesmo em situações de estresse. O medo ou angústia central é a perda do amor do objeto que caracteriza o conflito edípiano, identificado como sendo o conflito mais relevante desta paciente. Apesar de o nível geral de integração ser alto, a paciente apresenta em algumas funções níveis médios de integração onde conflitos como submissão estão representados, para além de existir também o medo de perda do objeto ou o abandono internalizado na infância.

### *No final da terapia*

A análise do eixo I diz-nos que a paciente sofreu uma mudança nos sintomas que apresentava no início, ou seja, já não sente tanta angústia, tristeza ou medo. Os fatores psicológicos e recursos pessoais podem estar na origem do sucesso terapêutico.

Em relação ao eixo II, a paciente vê-se como: (4) Ser apologetico, evitar reprimendas; (17) Reivindicar o seu espaço e a sua independência; (31) Não depender dos outros, ser autoconfiante. A paciente, que evitava o conflito, culpabilizava-se e evitava os afetos, argumenta agora de forma assertiva, reivindica o seu espaço, a sua independência, não se culpa excessivamente e confronta-se se necessário. Na experiência com os outros, relaciona-se de forma mais despreocupada, sem idealizações, de forma autêntica e sem medos.

Na formulação dinâmica das relações, a paciente vê os outros mais próximos menos idealizados, é capaz de os confrontar e reage ao que experiencia de forma não tão controlada, mais solta, sente-se mais livre, sem culpa excessiva. O relacionamento que a paciente oferece aos outros (inconscientemente) com esta reação é uma relação autêntica. A forma como a paciente experiencia os outros e reage ao induzido é sentindo-se reconhecida e valorizada.

No eixo III, o conflito “Submissão vs controle”(0) foi modificado. O “Conflito de culpa”, foi também modificado e o “Conflito edipiano” foi percebido e elaborado. Resta ainda uma referência às relações de proximidade, em que a paciente parece sentir algum desconforto.

No eixo IV, estrutura, o nível de integração, que já era elevado, manteve-se, obviamente, e pensamos que melhorou em relação às funções “Comunicação com o mundo externo” e “Capacidade de vinculação objetos externos”.

## Discussão

O objetivo do presente estudo foi testar a aplicabilidade do OPD-2 na análise de notas de sessões de uma psicanálise, isto é, elaborar o diagnóstico multiaxial e a partir deste avaliar os resultados da terapia. Trata-se de uma forma diferente de aplicar o instrumento que normalmente é operacionalizado a partir de entrevistas semiestruturadas.

A procura específica do tratamento psicanalítico por parte da paciente traduz a sua elevada motivação para a terapia. Pelo fato de recentemente ter feito uma psicoterapia – durante um ano e meio –, esta procura pode ser entendida como uma continuidade no tratamento. A identificação dos fatores psicológicos – angústia, tristeza, medo, sentimentos de desvalorização, baixa autoestima – e elevados recursos pessoais – cognitivos e capacidade de insight –, identificados no Eixo I, são fatores apontados como tendo impacto positivo na eficácia terapêutica (Schneider & Klaus, 2001, citado por OPD Task Force, 2008). De fato, no final da terapia verificou-se mudança nas queixas iniciais da paciente – deixou de sentir angústia, tristeza e medo excessivos.

As relações interpessoais (Eixo II) no OPD-2 são analisadas sob duas perspectivas, *A* e *B*, que traduzem as experiências relacionais, quer do ponto de vista do paciente – no relato das suas experiências – quer do ponto de vista do outro – que o terapeuta pode experienciar no encontro terapêutico. O terapeuta pode, através das suas reações e sentimentos evocados na contratransferência, colocar-se no lugar do outro, percebendo a conduta relacional provável do paciente, ou seja, a forma como o paciente se relaciona com os outros e que sentimentos e reações desencadeia. No presente estudo, em que os dados foram escritos pelo terapeuta, foi impossível analisar reações e sentimentos do terapeuta desencadeados pela paciente, para além dos que foram registrados. O importante papel dos afetos na função analítica (Andrade & Herzog, 2011) fica mais difícil de perceber. A contratransferência desempenha um papel muito significativo que aqui está limitado

porque não se pode analisar – o que pode ser encarado como uma limitação da aplicação do OPD em transcrições e notas de sessões.

A mudança nos padrões relacionais do paciente verificou-se na alteração da dinâmica relacional, que no início era de desconfiança, medo de rejeição, controlo das emoções e evitamento de conflito (confronto), de submissão vivida com sentimentos permanentes de culpa e desvalorização, para, no final, ver os outros com proximidade, menos idealizados, capaz de os confrontar, sem culpa excessiva, mais livre, mais reconhecida e valorizada.

Os padrões relacionais disfuncionais caracterizados por formas de relacionamento limitadas, pouco flexíveis e estereotipadas provocam tensão e geram conflito. Por exemplo, os casos depressivos caracterizados pela pressão social, redução das capacidades sociais e limitada capacidade para formar e manter relações traduzem-se pela inibição de impulsos agressivos, altruísmo, submissão e auto desvalorização (Gross *et al.*, 2007). A mudança nos padrões relacionais implica portanto uma redução ou alteração nos conflitos externos e internos da paciente.

Assim seria previsível que a partir de uma mudança nos padrões relacionais da paciente os conflitos identificados no diagnóstico – conflito edipiano, conflito de culpa, submissão vs controlo – no final da terapia fossem alterados ou, no mínimo, reduzidos. O que se verificou. O conflito de “submissão vs controlo” foi modificado bem como o “conflito de culpa”. O “conflito edipiano” foi percebido, elaborado e minimizado. As relações de proximidade, onde a paciente diz ainda sentir algum desconforto, este pode ser explicado pelo evitamento emocional que a paciente viveu após as perdas sofridas – morte dos pais e separação do marido –, pelo sentimento de abandono internalizado com a morte precoce da mãe e pelo medo de perda do amor do objeto que caracteriza o conflito edipiano.

Estudos de correlação entre os Eixos III e IV do OPD mostraram que um nível baixo de integração estrutural está significativamente correlacionado com conflitos de “dependência vs autonomia” e que este tipo de conflito raramente se encontra num nível moderado ou elevado de integração estrutural. Os conflitos de “culpa”, “desejo-de-cuidados vs autonomia”, “submissão vs controlo” bem como “conflitos edipianos” foram encontrados em níveis de integração moderado ou bom (Grande *et al.*, 1998a, 1998b; Rudolf *et al.*, 2004, citado por Boeker *et al.*, 2008).

Assim sendo, o nível estrutural da paciente, moderado ou bom, poderia ser inferido a partir do tipo de conflitos que a paciente apresentou, conflitos de culpa, submissão vs controlo e conflito edipiano. O que foi verificado. O diagnóstico do nível de integração estrutural da paciente foi avaliado como médio alto.

A avaliação multidimensional do sistema OPD permite fazer este tipo inferências e estabelecer correlações entre os seus eixos, mas também estabelecer, por exemplo, diagnósticos diferenciais entre estrutura e conflito, entre conflito e relações interpessoais, entre relações interpessoais e estrutura, relevantes no foco do planeamento terapêutico.

Podemos considerar que o sistema OPD pode ser aplicado na avaliação de notas de sessões de uma psicanálise, pelo menos no tipo de notas de carácter mais descritivo. Este estudo sugere que o campo de aplicação do OPD-2 possa ser alargado a todo tipo de perturbações que possam ser seguidas em tratamentos psicanalíticos, já que com as notas de sessões a relação terapêutica não é ameaçada pela presença de uma câmara e pode evitar questões de ansiedade paranoide e assegurar a confidencialidade. Este tipo de aplicação pode ainda permitir um acesso facilitado a amostras naturalistas, não homogêneas, bem como ao trabalho realizado pela clínica privada. A investigação poderia se beneficiar desta fonte de dados – fundamentalmente em estudos de *follow-up* –, a partir da qual é possível fazer uma avaliação independente sem recorrer a gravações vídeo – já que, como foi referido, a presença de câmaras pode alterar a dinâmica relacional e produzir efeitos nos resultados das terapias. No entanto, ainda é necessário repetir este estudo com outros tipos de notas de sessões não descritivos para confirmar se é possível igualmente aplicar o OPD.

## Referências

- Andrade, A. B. & Herzog, R. (2011). Os afetos do analista na obra freudiana. *Psicologia Clínica*, 23(1), 119-131.
- Boeker, H., Himmighoffen, H., Straub, M., Schopper, C., Endrass, J., Kuechenhoff, B., Weber, S. & Hell, D. (2008). Deliberate self-harm in female patients with affective disorders: investigation of personality structure and affect regulation by means of operationalized psychodynamic diagnostics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(10), 743-751. Recuperado em 7 de dezembro, 2008, de <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18852618>>.
- Cierpka, M., Stasch, M., Dahlbender, R. W. & Grupo de Trabajo OPD (2006). El Sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD) – Concepto, confiabilidad y validez. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 44(2), 105-126. Recuperado em 10 de dezembro, 2008, de <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272006000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000200004&lng=en&nrm=iso)>.
- Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tann, M. & Stasch, M. (2007). The Operationalized Psychodynamic Diagnostics System: Clinical relevance, reliability and validity.

- Psychopathology*, 40(4), 209-220. Recuperado em 29 de outubro, 2008, de <<http://www.karger.com/Article/Fulltext/101363>>.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. & Pauli-Magnus, C. (2003). Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: Which treatment effects support them? *Psychotherapy Research*, 13(1), 43-58. Recuperado em 9 de dezembro, 2008, de <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22475162>>.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M. & Rudolf, G. (2006). Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research*, 16(4), 470-485. Recuperado em 11 de novembro, 2008, de <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10503300600608082>>.
- Gross, S., Stasch, M., Schmal, H., Hillenbrand, E. & Cierpka, M. (2007). Changes in the mental representations of relational behavior in depressive patients. *Psychotherapy Research*, 17(5), 522-534. Recuperado em 29 de outubro, 2008, de <<http://direct.bl.uk/bld/Place-Order.do?UIN=214066736&ETOC=RN&from=searchengine>>.
- Heuft, V., Jakobsen, T., Kriebel, R., Schneider, W. & Rudolf, G. (2005). Potenzial der Operationalisierten Psychodynamische Diagnostik (OPD) für die Qualitätssicherung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51(3), 261-276. Recuperado em 11 de novembro, 2008, de <<http://klinikum.uni-muenster.de/index.php?id=1257>>.
- Ibneri, E., Crisafulli, V. & De Coro, A. (2007). Psychodynamic diagnosis and evaluation of the mental state related to attachment: a protocol for assessment and planning of the psychotherapy intervention in the context of the public service. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1. Recuperado em 15 de setembro, 2009, de <[http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/english/number1\\_07/Ibneri\\_Crisafulli\\_DeCoro.htm](http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/english/number1_07/Ibneri_Crisafulli_DeCoro.htm)>.
- Kernberg, O. (2004). Rewards, dangers, findings, and attitudes in psychoanalytic research. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12(2), 178-194. Recuperado em 15 de fevereiro, 2009, de <<http://pep.gvpi.net/search.php?volume=12&journal=cjp>>.
- OPD Task Force (2008). *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2: manual of diagnosis and treatment planning*. EUA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Rudolf, G. & Grande, T. (2006). Fokusbezogene psychodynamische Psychotherapie: Ein OPD-basierter Leitfaden. *Psychotherapeut*, 51(4), 276-289. Recuperado em 11 de novembro, 2008, de <[https://library.villanova.edu/Find/Summon/Record?id=FETCH-springer\\_primary\\_2006\\_278\\_51\\_4\\_4631](https://library.villanova.edu/Find/Summon/Record?id=FETCH-springer_primary_2006_278_51_4_4631)>.
- Schneider, G., Mendler, T., Heuft, G., & Burgmer, M. (2008). Validität der Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-1) – Empirische Ergebnisse und Folgerungen für die OPD-2. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54(1), 46-62. Recuperado em 20 de março, 2009, de <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18325243>>.

- Sporn, H. (2005). Aneignung der Suchterkrankung. Ein Konzept und ein Instrument zu seiner Erfassung. *Psychotherapeut*, 50(5), 347-353. Recuperado em 7 de dezembro, 2008, de <<http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00278-005-0437-y.pdf>>.
- Stasch, M., Cierpka, M., Hillenbrand, E., & Schmal, H. (2002). Assessing reenactment in inpatient psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 12(3), 355-368. Recuperado em 7 de dezembro, 2008, de <<http://www.ingentaconnect.com/content/routledg/psyres/2002/00000012/00000003/art00006?token=003a1551454b55c5f3b3b47464748783b247b237b457a314f58762f672>>.
- Stasch, M., Schmal, H., Hillenbrand, E., & Cierpka, M. (2007). Fokuserorientierte Interventionen mit der OPD in der stationären psychotherapie: Effekte auf ergebnis und verlauf der behandlung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53(4), 309-323. Gentilmente cedido por Michael Stasch.
- Thobaben, A. & Soldt, P. (2007). Charakterpathologie – Persönlichkeitsorganisationen – Strukturniveaus: Psychodynamische modelle der strukturpathologie im vergleich. *Forum der Psychoanalyse: Zeitschrift für klinische Theorie & Praxis*, 23(4), 330-342. Recuperado em 29 de outubro, 2008, de <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00451-007-0328-7#>>.
- Wallerstein, R. S. (2003). Psychoanalytic therapy research: Its coming of age. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(2), 375-404. Recuperado em 29 de outubro, 2009, de <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4489c7ec-cab9-4c74-96d5-5c39a8b5031a%40sessionmgr14&vid=17&hid=23>>.
- Wallerstein, R. S. (2008). What kind of research in psychoanalytic science? *International Journal of Psychoanalysis*, 90(1), 109-133. Recuperado em 30 de agosto, 2009, de <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-8315.2008.00107.x/abstract>>.

## Nota

<sup>1</sup> Este artigo foi feito a partir da Dissertação de Mestrado do primeiro autor realizada sob a orientação do segundo autor, para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Recebido em 01 de outubro de 2012

Aceito para publicação em 28 de março de 2013