

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO**  
**COMPORTAMENTO**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**DIAGNÓSTICO PSICODINÂMICO OPERACIONALIZADO (OPD-II): APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO**  
**USO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES SUBMETIDOS À PSICOTERAPIA**

Cynthia Danielle Araújo Vasconcelos Rebouças

Orientadora: Neusa Sica da Rocha

Co-orientador: André Goettems Bastos

Porto Alegre, 2019

Cynthia Danielle Araújo Vasconcelos Rebouças

**DIAGNÓSTICO PSICODINÂMICO OPERACIONALIZADO (OPD-II): APLICAÇÃO E  
AVALIAÇÃO DO USO EM PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES  
SUBMETIDOS À PSICOTERAPIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Neusa

Sica da Rocha

Porto Alegre, 2019

#### CIP - Catalogação na Publicação

Araújo Vasconcelos Rebouças, Cinthia Danielle  
DIAGNÓSTICO PSICODINÂMICO OPERACIONALIZADO  
(OPD-II): APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO USO EM PACIENTES  
COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES SUBMETIDOS À  
PSICOTERAPIA / Cinthia Danielle Araújo Vasconcelos  
Rebouças. -- 2019.

107 f.

Orientadora: Neusa Sica da Rocha.

Coorientador: André Goetteims Bastos.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de  
Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto  
Alegre, BR-RS, 2019.

1. Psicoterapia. 2. Diagnóstico Psicodinâmico  
Operacionalizado. 3. Avaliação Psicométrica. 4.  
Transtornos Mentais Graves. 5. Eixo Estrutural. I.  
Sica da Rocha, Neusa, orient. II. Goetteims Bastos,  
André, coorient. III. Título.

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

A vida é boa  
Quando se brinca demais  
Quando se canta  
E não se olha pra trás  
(Ben, Rubel)

Dedico este trabalho ao meu filho Benjamin

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus pais, Francisco e Indiara, que, em sua simplicidade e amor incondicional, me ensinaram o valor do compromisso e o respeito que devemos ter ao fazer aquilo que amamos. Agradeço por suportarem esses anos distante e entender que tudo foi reflexo do quanto investiram não só na minha educação, mas na minha formação, me tornando a pessoa que sou hoje. Todas as minhas conquistas devo a vocês! Obrigada por sempre acreditarem em mim e pelo apoio incondicional.

Ao meu marido, Diego, por ter me dado tanto! Por ter me apoiado tanto! Por ter me suportado tanto! Por ter sido tudo que eu precisava que fosse nos mais diferentes momentos das nossas vidas. Pelo amor, pelo companheirismo, pela paciência e por ter me dado o maior presente que eu mais desejei nessa vida, nosso Benjamin! Te amo meu amor.

Ao meu irmão, Isrhael, pelas longas conversas sobre os temas mais diversos, por tornar qualquer discussão acalorada e prazerosa, e pela sua risada e seu sorriso aberto que sempre enche qualquer ambiente de felicidade!

À minha avó, Menininha, meu maior exemplo de força e determinação. Obrigada por me inspirar a ser forte e consciente dos meus valores acima de tudo, por me ensinar que integridade e perseverança se aprende e são o seu bem mais precioso!

Às minhas tias, Iraciara, Guaraciara, Socorro, Terezinha e Maria, por me mostrarem que família está sempre ao seu lado te apoiando e torcendo por você e reconhecendo em cada avanço seu uma grande vitória e uma grande conquista! Obrigada por sempre vibrarem com as minhas vitórias e por sempre estarem presentes na minha vida!

Aos meus amados sobrinhos, Ícaro e Átila, por me ensinarem, na sua doçura e no seu amor, que distância nenhuma pode nos distanciar daqueles que amamos. Por me ensinarem que podemos ser pacientes e que o momento do próximo encontro está mais próximo do que imaginamos. Agradeço por poder acompanhar e participar do crescimento de vocês e por me ensinarem tanto sobre o que é o amor!

Aos meus sogros, Nirlene e Osvaldo, por confiarem e apoiarem todos os nossos planos e projetos, por sempre estarem por perto quando precisamos!

À minha orientadora, Neusa, pelo apoio e confiança, por acreditar e nunca duvidar das minhas capacidades e pela injeção de ânimo nos momentos que mais precisei!

Às minhas amigas/irmãs, Denise, Diana, Renata, Sabrina, Débora e Marília, por compreenderem as minhas ausências e por estarem sempre com seus corações perto de mim nos momentos que mais precisei! Obrigada por tantas trocas e por tantos momentos! Aos meus grandes amigos gaúchos, Rebeca, Rafael, Júlia, Lucas, Bianca, Elisa, Jader, Gisele e Adriana pela acolhida calorosa nos momentos em que mais precisei me sentir em casa, por compreenderem e até tolerarem meu amor pelas minhas raízes nordestinas e se hoje a minha veia nordestina se mistura com o Sul devo ao companheirismo e amizade de vocês!

Aos meus companheiros de pesquisa e amigos, Guilherme e Leonardo e a todos do nosso grupo de pesquisa I-QOL, pelas discussões, trocas de conhecimento e por todos os momentos que compartilhamos juntos!

Às queridas, Eloisa e Andréa, pela paciência, simpatia e pela disponibilidade em ajudar nessa difícil tarefa que é fazer pesquisa!

Ao PPG de psiquiatria pela grande oportunidade e investimento na formação de pesquisadores e profissionais mais capacitados, competentes e cientes de suas responsabilidades são só acadêmicas, mas com a comunidade que atendemos!

SUMÁRIO	
ABREVIATURAS E SIGLAS.....	8
LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS .....	9
RESUMO .....	10
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>21</b>
2.1. O Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) .....	21
2.2. Modelo axial do OPD.....	23
2.2.1. Eixo I: Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento.....	23
2.2.2. Eixo II: Relações interpessoais.....	24
2.2.3. Eixo III: Conflitos .....	28
2.2.4. Eixo IV: Estrutura .....	29
2.2.5. Eixo V: Transtornos mentais e psicossomáticos .....	30
2.3. Operacionalização diagnóstica do modelo de eixos do OPD-2.....	31
<b>3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>34</b>
Identificação.....	36
Incluídos .....	36
Elegibilidade .....	36
Análise de conteúdo.....	36
<b>4. JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>49</b>
<b>5. OBJETIVOS</b> .....	<b>51</b>
<b>6. METODOLOGIA</b> .....	<b>51</b>
<b>7. AVALIAÇÃO INTERNACIONAL DA QUALIDADE METODOLÓGICA DE ESTUDOS SOBRE PROPRIEDADES DE MEDIDAS: COSMIN</b> .....	<b>59</b>
<b>8. ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>59</b>
<b>9. RESULTADOS</b> .....	<b>60</b>
<b>10. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>87</b>
<b>11. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>89</b>
<b>12. ANEXOS</b> .....	<b>95</b>

## ABREVIATURAS E SIGLAS

DSM- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais

CID- Classificação internacional de doenças

OPD- Operationalized Psychodynamic Diagnosis- Diagnóstico psicodinâmico operacionalizado

TCLE- Termo de consentimento livre e esclarecido

WHOQOL-BREF- World Health Organization Quality of Life – brief version

SCL-90- Symptom Check-List-90-Revised

BDI- Inventário de depressão de Beck

COSMIN- Consensus-based Standards for the selection of health status Measurements Instruments



## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

**Tabela 1:** Itens do Eixo I do OPD-2

**Tabela 2:** Eixo IV do OPD-2: Categorias de integração estrutural

**Tabela 3:** Estudos que utilizaram o OPD como ferramenta de avaliação ou avaliação de padrões psicométricos do protocolo

**Figura 1:** Modelo circumplex interpessoal

**Figura 2:** Fluxograma para revisão bibliográfica

## RESUMO

**Introdução:** No intuito de expandir a classificação descritiva de sintomas das perturbações mentais, trazendo consistência empírica a modelos psicodinâmicos/psicanalíticos de diagnóstico nosológico foi formulado o “Operationalized Psychodynamic Diagnosis” (OPD), instrumento multiaxial que possibilita abarcar a complexidade e a inter-relação de condições e fatores que determinam os fenômenos e as patologias mentais do ponto de vista psicodinâmico. Composto por quatro eixos psicodinâmicos: experiência da doença e pré-requisitos para o tratamento (Eixo I); relações interpessoais (Eixo II); conflito (Eixo III); estrutura (Eixo IV) e um eixo descritivo: transtornos mentais e psicossomáticas (Eixo V), estando em sua segunda versão (OPD-2). **Objetivo:** Este estudo se propõe a aplicar e avaliar o uso do OPD-2 em uma amostra brasileira de pacientes com transtorno mental grave acompanhados em psicoterapia em hospital terciário de referência do Sistema Único de Saúde (SUS). **Metodologia:** Estudo naturalístico longitudinal com pacientes em atendimento nos ambulatórios de psicoterapia deste hospital, nas modalidades psicoterápicas de Psicoterapia de Orientação Analítica (POA), Terapia Interpessoal (TIP) e Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Para esta amostra adotou-se como medidas de desfecho dois momentos de avaliação (baseline e 6 meses), analisando de validades de critério e preditiva. Na intenção de avaliar o índice de concordância e fidedignidade entre diferentes avaliadores, adotou-se o delineamento de estudo naturalístico transversal com pacientes que estiveram em atendimento nos ambulatórios de triagem para psicoterapia deste mesmo hospital, ou seja, que não tivessem iniciado acompanhamento psicoterápico e adotando como medida de desfecho a pontuação de 4 avaliadores distintos baseados em entrevista única. **Resultados:** Uma amostra de 80 participantes foi avaliada. Observou-se correlação significativa entre redução de sintomas avaliado pelo OPD-2 e os domínios psicológico ( $r=0.339$ ;  $p=0.010$ ), social ( $r=0.350$ ;  $p=0.008$ ) e ambiental ( $r=0.265$ ;  $p=0.048$ ) WHOQOL-BREF; e também de itens que avaliaram conflito de necessidade de cuidado versus autossuficiência ( $r = 0.314$ ;  $p = 0.019$ ), conflito de identidade ( $r = 0.308$ ;  $p = 0.024$ ) e WHOQOL-BREF. Verificou-se correlação significativa entre todos os itens que avaliam as condições estruturais da personalidade e o índice de psicoticismo da SCL-

90R. Em relação à fidedignidade dos itens que compõem o Eixo IV, obteve-se um Alfa de Cronbach de  $\alpha=0.922$ . Em relação às análises de validade de critério preditiva, observou-se diferença das médias na avaliação estrutural de pacientes com histórico de tentativa de suicídio ( $\bar{x}= 22.2; \pm 4.4; t=2.487; gl=56; p= 0.016$ ) e história prévia de internação ( $\bar{x} = 22.4; \pm 4.1; t = -2.337; gl = 59; p = 0.023$ ). Acerca do nível de concordância do OPD-2 entre avaliadores os valores de kappa não identificaram concordância inter-avaliador representativos. **Conclusões:** Os resultados deste estudo demonstraram que a avaliação realizada pelo OPD-2 acompanha os resultados de instrumentos autoaplicáveis já validados. O OPD-2 quando administrado por avaliadores preparados e treinados para o preenchimento preconizado pelo manual o OPD-2 mostrou boa qualidade de avaliar os conflitos e as questões estruturais dos sujeitos. Os resultados obtidos sugerem que a versão brasileira do OPD-2 tem boa condição de avaliar propriedades psicodinâmicas, podendo ser um instrumento útil dentro dos contextos clínico e em pesquisa.

## ABSTRACT

**Background:** In order to expand the descriptive classification of symptoms in mental disorders and to bring empirical consistency to psychodynamic/psychoanalytic models, a multi-axial instrument called Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD) was formulated, allowing psychotherapy research to encompass the complexity of the relation between conditions and factors that determine the phenomena of mental pathologies from a psychodynamic point of view. OPD comprises four psychodynamic axes: experience of the illness and prerequisites for the treatment (Axis I); interpersonal relationships (Axis II); conflict (Axis III); structure (Axis IV); and a descriptive axis: mental and psychosomatic disorders (Axis V), currently being in its second version (OPD-2).

**Objectives:** This study intend to apply and evaluate the use of OPD-2 in a Brazilian sample of patients with severe mental disorder who attend the psychotherapy outpatient clinic in a tertiary referral hospital of the Unified Health System (SUS). **Methodology:**

A longitudinal naturalistic study with patients who are attending the psychotherapy outpatient clinic. Those patients were attended in different modalities of psychotherapy: Psychodynamic Psychotherapy, Interpersonal Psychotherapy and Cognitive Behavioral Therapy. For this sample the outcome measures were assessment baseline and 6 months after participant study inclusion, verifying criteria and predictive validities. Intent to verify reliability levels, subsequently, was conducted a transversal naturalistic approach with a sample of patients that were attending the outpatient screening clinic, patients that didn't start a psychotherapy treatment, and adopting as outcome measure the score of four different raters based on a single interview. **Results:** A total of 80 individuals participated in the study. Significant correlations between symptom reduction and psychological ( $r=0.339$ ;  $p=0.010$ ); social relationship ( $r=0.350$ ;  $p=0.008$ ) and environmental ( $r=0.265$ ;  $p=0.048$ ) domains of WHOQOL-BREF and items that assessed conflict desire for care versus autarchy ( $r = 0.314$ ;  $p = 0.019$ ), identity conflict ( $r = 0.308$ ;  $p = 0.024$ ) and WHOQOL-BREF was observed. There was a significant correlation between all the items that evaluated personality structural and the SCL-90R psychotic index. In addition, concerning the reliability of the items that compose Axis IV, we found a Cronbach's alpha of  $\alpha = 0.922$ . Regarding predictive validity analysis, we observed mean differences in the structural evaluation of patients with a history of suicide attempt ( $\bar{x}= 22.2$ ;  $\pm 4.4$ ;  $t=2.487$ ;  $gl=56$ ;  $p= 0.016$ ) and previous history of hospitalization ( $\bar{x} = 22.4$ ;  $\pm 4.1$ ;  $t = -2.337$ ;  $gl = 59$ ;  $p = 0.023$ ). In relation to the OPD-2 reliability level between evaluators, the kappa value did not identify representative inter-rater agreement. **Conclusion:** Our results demonstrated that the evaluation performed by OPD-2 accompanies the results of validated self-administered instruments. When administered by evaluators prepared and trained to fill the manual as recommended by OPD-2, the instrument displayed good quality in assessing the conflicts and the structural issues of the subjects. These results suggest that the Brazilian version of OPD-2 is a valid, reliable instrument in evaluating psychodynamic properties and can be a useful tool within the clinical and research contexts.

## 1. INTRODUÇÃO

De um modo geral, a classificação dos fenômenos clínicos de um paciente é desde longa data um dos grandes desafios da prática médica. Compreender a queixa de um paciente baseado em manifestações e evidências clínicas, e o relato do paciente são ferramentas indispensáveis no momento de determinar um diagnóstico e estabelecer um plano de tratamento (Sadock, 2017).

O diagnóstico de pacientes psiquiátricos difere, sob diversos aspectos, daqueles de pacientes com condições médicas e clínicas gerais. Apesar dos grandes avanços em campos como neuroimagem, biologia molecular e genética, nosso conhecimento acerca das causas da maioria dos transtornos psiquiátricos permanece incompleto.

Freud descreveu pela primeira vez o funcionamento mental em função das instâncias ego, id e superego, introduzindo os conceitos de desenvolvimento pulsional de natureza pré-genital e genital, associando mais tarde os pressupostos compreensivos de regressão a pontos de fixação, utilização de determinados mecanismos de defesa e as configurações mentais, criando assim as bases essenciais para uma classificação psicanalítica dos transtornos mentais (Freud, 1923). O modelo intrapsíquico, descrito por Freud (1923), considera o conflito como baseado na incompatibilidade entre estruturas do aparato psíquico. Em “O Ego e o Id” (Freud, 1923) postula que o conflito neurótico se estabelece entre o ego e o id, considerando o conflito como composto de diferentes incompatibilidades e representações que contradigam os valores do ego e superego ou aspectos da realidade que determinem a necessidade de adaptação.

Os sistemas de classificação para diagnósticos psiquiátricos assumem como propósitos: distinguir um diagnóstico psiquiátrico de outro, de modo que os clínicos possam oferecer o tratamento mais efetivo; proporcionar uma linguagem comum entre os profissionais da saúde e no âmbito da pesquisa; explorar as causas ainda desconhecidas de muitos transtornos mentais. As duas classificações psiquiátricas mais importantes atualmente são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), desenvolvido pela *American Psychiatric Association* em colaboração com outros grupos de profissionais da saúde mental (APA, 2014), e a classificação internacional de doenças (CID-11), desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018).

O diagnóstico nosológico inicial ajudaria a estabelecer as indicações, os objetivos e o planejamento do tratamento que se inicia. A literatura demonstra que a avaliação diagnóstica psiquiátrica, tanto para fins de pesquisa como para tratamento clínico, está norteada pela classificação de sintomas de acordo com estes manuais diagnósticos, o que acontece inclusive com pesquisas realizadas dentro do contexto da psicoterapia psicodinâmica (Leichsenring & Rabung, 2008; Serralta et al., 2010). Subsequente ao desenvolvimento desses sistemas de classificação psiquiátricos, foi surgindo a necessidade de criar outros métodos que levassem em conta construtos mais próximos da observação clínica, tais como os padrões transferenciais, a configuração dos afetos ou as ações específicas formuladas com um menor nível de abstração, estando em complementariedade com diagnósticos fenomenológicos. Isso ocorre porque, via de regra, os manuais diagnósticos agrupam sob uma mesma nomenclatura fenômenos muito distintos tanto do ponto de vista psicológico quanto em termos de evolução e prognóstico (OPD Task Force, 2016).

### 1.1. Operacionalização dos construtos psicodinâmicos em pesquisas empíricas

No meio psicanalítico, existe ainda controvérsias de que ferramentas científicas e metodológicas possam explicar e oferecer suporte empírico para avaliar a efetividade e eficácia da terapia psicodinâmica (Shedler, 2010). Esse fato se deve especialmente a discrepância entre percepções e evidências de vieses na disseminação dos achados científicos, o que pode tornar questionável as tentativas de operacionalização de construtos psicanalíticos mantendo uma proximidade com as concepções originais. Para Eagle (1991), esse problema diz respeito não apenas ao distanciamento de modelos teóricos genéricos, mas também se esses modelos de tratamento ou outras variáveis psicanalíticas de eficácia, como a presença dos processos transferenciais e o seu papel no tratamento, estariam sendo devidamente considerados ou se estariam servindo apenas para responder respostas de pesquisa que não serviriam para explicar o processo psicanalítico.

Ao longo dos últimos anos, estudos empíricos têm demonstrado a eficácia e consistência dos resultados obtidos utilizando técnicas de psicoterapia de orientação psicanalítica alinhadas com os padrões atuais de medicina baseada em evidências (Sandell et al. 2000; Wilczek et al. 2004; Leichsenring et al. 2005; Grande et al. 2006;

Giesen-Bloo et al. 2006; Luyten & Blatt, 2012; Zwerenz et al. 2012; Bressi et al. 2014; Abbass et al. 2014; Bastos et al. 2015; Leichsenring F & Steinert C, 2018; Altmann et al. 2018; Salzer et al. 2018). Estudo prospectivo naturalístico conduzido por Grande (2006), objetivou avaliar o sistema de saúde em atenção psicoterapêutica oferecido na Alemanha. Esse estudo avaliou um total de 48 pacientes que participaram desse programa. Os efeitos do tratamento foram analisados utilizando os instrumentos *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) e o *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP) medidos ao final da terapia e após um ano. As duas medidas mostraram escores de relevante significância nos dois momentos de aferição, evidenciando a eficácia do tratamento. Em estudo naturalístico longitudinal, Altmann (2018) avaliou 584 pacientes portadores de diferentes transtornos mentais analisando desfechos associados ao custo de tratamento de saúde oferecido e a assiduidade ao tratamento psicoterápico (cognitivo comportamental e psicodinâmico), obtendo como resultado que pacientes que mantinham uma regularidade na terapia apresentaram uma redução significativa de sintomas, apresentando ainda um decréscimo nos gastos com cuidados de saúde.

Estudos de meta-análise (Leichsenring et al., 2004; Leichsenring & Rabung, 2008; Abbass, Kisely, & Kroenke, 2009; de Maat, de Jonghe, Schoevers, & Dekker, 2009) apoiam a eficácia da psicoterapia psicodinâmica abrangendo diferentes populações e condições, reforçando sua eficácia no tratamento da depressão, ansiedade, transtorno somatoforme, transtorno alimentar e transtornos de personalidade. Abbass (2006) realizou estudo de meta-análise que analisou 12 estudos que compararam pacientes com diferentes diagnósticos de transtornos mentais que receberam acompanhamento em terapia psicodinâmica com controles (lista de espera, tratamento de curto prazo ou tratamento usual) e encontraram um fator de efeito de 0.97 de melhora dos sintomas gerais. Os resultados desta meta-análise reportaram resultados de melhora no seguimento, após o término do tratamento psicodinâmico, de sintomas somáticos, sintomas ansiosos e sintomas depressivos. Esses resultados sugerem que a terapia psicodinâmica levou a mudanças contínuas e de efeito, mesmo após o término da terapia.

Não se pode negar que a variabilidade dos termos psicanalíticos, não só existente como tolerada e ativamente mantida pela maioria dos psicanalistas, coloca muitas vezes a teoria psicanalítica em uma posição de tensão entre a interpretação e a ciência empírica, mas para Shedler (2010) o acúmulo de achados empíricos tornaria indefensável a prerrogativa de que as abordagens psicodinâmicas carecem do amparo científico.

O alinhamento com uma orientação fenomenológica, como está presente em manuais diagnósticos dominantes, coloca como desafio à operacionalização dos conceitos psicanalíticos e que os termos psicanalíticos, com algum esforço, possam ser definidos de uma forma puramente descritiva. Por exemplo, o superego ser descrito como a consciência ou como o conflito superegótico ser uma vivência de culpa. É certo que este tipo de reducionismo retira aspectos dinâmicos importantes, mas não deixa de conter algo de genuíno, ainda que se perca em conteúdo dinâmico.

## 1.2. A Operacionalização dos construtos psicodinâmicos em manuais diagnósticos

As classificações diagnósticas em psiquiatria e psicologia têm sido utilizadas extensivamente ao redor do mundo. Os manuais diagnósticos amplamente difundidos, como o DSM e CID, não contemplam, porém, a complexidade psicodinâmica observada nos pacientes, muitas vezes devido ao fato de que diversos campos da ciência atribuem aos termos psicanalíticos características ambíguas e pouco claras.

A quarta edição do manual DSM (APA, 2002) trouxe, em sua formulação, a inclusão da Defensive Functioning Scale (DFS) como eixo descritivo, se propondo ao estudo mais aprofundado do diagnóstico psiquiátrico descritivo integrando conceitos da abordagem psicodinâmica. A adição da DFS ao manual representou o reconhecimento da relevância dos achados empíricos no que se refere a classificação das defesas psíquicas como fenômeno clinicamente relevante na formulação diagnóstica. O DFS foi composto por 27 defesas específicas que são divididas em sete níveis de funcionamento. Esses sete níveis de defesa avaliados desde níveis psicóticos até aos de alto nível adaptativo. Um glossário definindo cada mecanismo de defesa específico foi disponibilizado para facilitar no reconhecimento desses fenômenos psíquicos. O que se esperava é que os dados codificados deste eixo fornecessem aos profissionais informações relevantes e confiáveis sobre a estrutura da personalidade e níveis de funcionamento psíquico de seus pacientes, adicionando informações de compreensão psicodinâmica ao diagnóstico já proposto pelo manual.

Historicamente, apesar de ter um modelo teórico consistente, modelos baseados em evidência e fundamentações empíricas consistentes dificultam a utilização dos princípios psicanalíticos como norteadores para validação de hipóteses diagnósticas. O que se observa é que, devido a subjetividade psicodinâmica/psicanalítica, barreiras têm



sido criadas em pesquisa para validação e confiabilidade desses princípios na formulação desses manuais diagnósticos. Contudo, nas últimas duas décadas tem-se desenvolvido ferramentas psicodinâmicas objetivas capazes de trazer consistência para estudos com psicoterapia psicodinâmica e psicanálise (Kotan et al., 2018).

Para operacionalizar conceitos psicodinâmicos deve existir o compromisso de não se afastar da base conceitual, sendo necessário garantir que a compreensão de conceitos básicos como, a dinâmica do inconsciente, do conflito interno, dos mecanismos de defesa, da estrutura psíquica, do ego e do self, da representação de objeto e do self, entre outros, sejam definidos com base em presumíveis níveis de estabilidade consensual para a concretização eficaz de sua operacionalização.

Nesse sentido, ao longo dos anos, foram formulados diversos protocolos e manuais de diagnósticos que buscaram operacionalizar esses construtos. Entre eles, o Perfil Psicodinâmico de Anna Freud (Sandler, 1962), que tem como intuito diagnóstico diferenciar sintomas, dados biográficos, aspectos desenvolvimentais, funcionamentos egóicos e superegóicos, pontos de fixação e tendências regressivas ou até conflitos predominantes, diferenciando a patologia desenvolvimental da patologia neurótica, relacionada com níveis mais elevados de maturidade.

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

O modelo *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT) proposto por Luborsky & Crits-Christoph (1998) permitiu uma abordagem operacional de diagnósticos relacionais. Baseado em uma entrevista semiestruturada, o paciente é convidado a descrever episódios de âmbito relacional que lhe são característicos. Essa informação é classificada em um sistema de categorias e os principais conflitos relacionais que sobressaem dessa entrevista são utilizados no planejamento do tratamento.

A *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB) proposto por Benjamin (1974) de forma semelhante é baseado no diagnóstico relacional. Esse modelo, prevendo a inclusão de um observador externo, assumiu como método a auto-observação e autodescrição, podendo ser utilizado no estabelecimento de objetivos terapêuticos e na organização das intervenções terapêuticas.

Os estudos de Kernberg e colaboradores voltado para pacientes com transtorno de personalidade borderline possibilitou, posteriormente, a formulação do instrumento *Structured Interview for Personality Organization* (STIPO) que representa a operacionalização de entrevistas estruturais, nas quais o entrevistador explora cerca de cem itens, cotados a partir da descrição de pontos-base. Esses itens são enquadrados em oito dimensões (identidade, relações de objeto, defesas primitivas, coping, rigidez, agressividade, juízo crítico, teste de realidade e percepções distorcidas), avaliados por meio das descrições da organização de personalidade do paciente cotado em categorias descritas como normal, neurótico 1 e 2, borderline 1, 2 e 3, sendo ainda criada uma descrição da organização da personalidade sob a forma de um perfil estrutural, baseado na relação entre as suas dimensões prévias e suas respectivas subdimensões (Clarkin, Caligor, Stern & Kernberg, 2004).

O *Karolinska Psychodynamic Profile* (KAPP) é um método de diagnóstico predominantemente compreensivo de base psicanalítica, com sistematização de avaliação externa e fundamentado na realização de entrevista estruturada. As dezoito subescalas do KAPP permitem avaliar áreas como: qualidade das relações interpessoais, níveis de funcionamento mental, diferenciação de afetos, experiencição do próprio corpo e da sexualidade e organização da personalidade. O KAAP deve ser realizado por entrevistadores treinados e experientes, demonstrando graus elevados de confiança e níveis de validade satisfatórios (Weinryb & Rössel, 1991).

O *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM Task Force, 2006) é um modelo multidimensional diagnóstico que se utiliza de construtos da teoria psicodinâmica na identificação de estados internos subjetivos experimentados pelo sujeito, utilizando-se dessa compreensão para explicar seus comportamentos, focando em compreender o funcionamento mental.

Esses modelos de sistematização diagnóstica possibilitaram grandes avanços no campo da investigação em psicoterapia permitindo o desenvolvimento de metodologias

de operacionalização que possibilitaram averiguar, sob um ponto de vista psicodinâmico, os comportamentos de natureza interpessoal (Schauenburg & Cierpka, 1994).

### 1.3. Sistematização do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD)

Sabendo da dificuldade de se atingir um consenso teórico que abranja a complexidade e amplitude das bases do conhecimento psicanalítico, o OPD foi formulado com o propósito de alcançar acordos e concordâncias como instrumento operacional, assumindo como compromisso manter uma consistência teórica aplicada ao contexto clínico e de pesquisa. Assim, foi no intuito de expandir a classificação descritiva de sintomas das perturbações mentais do CID-10, que na década de 90, na Universidade de Heidelberg, Alemanha, foi fundada a *Operationalization of Psychodynamic Diagnosis (OPD) Task Force*, formada por experientes psicoterapeutas psicodinâmicos que formularam o *Operationalized Psychodynamic Diagnosis*, instrumento que já está em sua segunda versão (OPD-2) publicado em 2006. Este instrumento consiste em um construto multiaxial que possibilita abarcar a complexidade e a inter-relação de condições e fatores que determinam os fenômenos e as patologias mentais do ponto de vista psicodinâmico. Sua aplicação é norteada por um entrevista semi-estruturada com duração média de 60 minutos, onde um aplicador treinado poderá explorar pontos condizentes a uma avaliação diagnóstica sistematizada pelos eixos do instrumento. O OPD-2 é composto por quatro eixos psicodinâmicos e um eixo descritivo:

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

Eixo II: Relações interpessoais;

Eixo III: Conflito psíquico;

Eixo IV: Estrutura psíquica;

Eixo V: Transtornos mentais e psicossomáticos

Com o diagnóstico do OPD, podem ser identificados os padrões relacionais disfuncionais, as configurações dos conflitos internos e as condições estruturais do paciente, os quais poderão ser utilizados na escolha dos focos de intervenção terapêutica (OPD Task Force, 2016). Este instrumento foi elaborado no intuito de melhorar as formas de comunicação com a comunidade científica, prevendo ainda a formulação de um inventário de treinamento e desenvolvimento de habilidades clínicas para aplicadores, tornando-os aptos a explorar, de forma muito particular, os padrões de comportamento

relacional do sujeito, bem como seu modo de agir, vivenciar conflitos e características estruturais.

Mas como qualquer outro sistema de diagnóstico, o OPD tem suas limitações (Pérez et al., 2009). O diagnóstico psicodinâmico baseado na entrevista oferece, por vezes, uma percepção limitada do tipo de conflitos e da estrutura de personalidade que o paciente apresenta, uma vez que podem existir temáticas que remetam a dificuldades do sujeito que nem sempre emergem facilmente no ato da avaliação.

A operacionalização de tal instrumento diagnóstico deve levar em consideração a relevância e contundência dos achados científicos encontrados até então. Assim como as tentativas de operacionalização de construtos teóricos psicanalíticos a de respeitar não apenas seus modelos teóricos, mas também variáveis relacionadas aos modelos de tratamento e outras variáveis psicanalíticas, como a presença dos processos transferenciais e o seu papel no tratamento (OPD Task Force, 2016).

Em linha com a tradição empírica da psicologia experimental, utilizando-se de metodologias de estatística para testar hipóteses, a investigação operacional deve obedecer à lógica do desenho experimental. Dessa sistemática surgem, muitas vezes, discrepâncias entre os construtos teóricos e suas operacionalizações no contexto clínico. Questionamentos são ampliados para se estudos empíricos que avaliam conceitos psicanalíticos/psicodinâmicos se encontram realmente preparados para “testar” as diversas hipóteses psicanalíticas, e também até que ponto psicanalistas e psicoterapeutas encontram-se preparados para lidar com eventuais incongruências teóricas ou clínicas que se evidenciem nesses trabalhos (OPD Task Force, 2016). Dentro desse contexto, é relevante aceitar que, pela elevada complexidade e o grau de abstração dos objetos em estudo, a estatística não poderá ser o único critério utilizado, exigindo analisar a validade desses dados como dependentes de pressupostos básicos que, por vezes, são controversos. Requer, então, procedimentos de investigação que possam conter alguma flexibilidade frente a multiplicidade de dados colhidos a partir da observação, atendendo as exigências de métodos de observação sistemática, de avaliação e interpretação, levando à necessidade de se utilizar análises qualitativas e comparadas de transcrições de especialistas independentes.

A publicação do primeiro manual do OPD deu origem a uma fase de intensa investigação científica acerca do instrumento. Estudos, com diferentes delineamentos metodológicos e aplicados em diferentes contextos e amostras, avaliaram padrões de

confiabilidade para os eixos I a IV revelando resultados satisfatórios (Cierpka et al., 2001; Thomasius et al., 2001; Leising et al., 2003; Spitzer et al., 2004; Pieh et al., 2009; Benecke et al., 2009). Nesses estudos, em sua maioria, o OPD foi aplicado por avaliadores que receberam treinamento específico para o manejo do instrumento e as investigações foram conduzidas de forma a avaliar a confiabilidade e validade do uso do instrumento na avaliação de pacientes submetidos a tratamento psicoterápico.

Com as suas categorias diagnósticas e as suas operacionalizações, o OPD tem o propósito não somente de avaliar um determinado estado, mas objetiva também avaliar igualmente os processos psíquicos. Até o momento, os estudos realizados fortalecem a base empírica do instrumento por sua aplicação em diferentes contextos, no entanto, a existência de níveis desiguais de operacionalização de cada um dos eixos, que apresentam déficits, aponta para a necessidade de que esses parâmetros sejam iguados e unificados, de maneira que se possa criar um sistema diagnóstico interconectado e integrado (Pérez, et al. 2009).

Assim, acompanhando a necessidade de desenvolver estudos empíricos de validação de instrumentos diagnósticos, neste estudo pretende-se aplicar e avaliar as qualidades psicométricas do OPD-2 em uma amostra brasileira de pacientes que receberam acompanhamento psicoterápico. Acredita-se que se o índice for capaz de replicar as propriedades psicométricas de outros estudos, passe a ser uma medida de avaliação do diagnóstico psicodinâmico para o planejamento, condução e verificação da efetividade dos tratamentos de psicoterapia.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1. O Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2)**

Como estrutura conceitual, o OPD foi estruturado como um instrumento com relevância clínica capaz de alcançar um nível médio de ação/abstração, se esforçando em criar uma terminologia linguística precisa e uniforme entre as diferentes escolas, sem estar particularmente presa em um referencial teórico e de tratamento específico.

No desenvolvimento do OPD, seus autores tentaram operacionalizar conceitos centrais do diagnóstico psicodinâmico utilizando técnicas empíricas e critérios que permitam a avaliação do paciente. O resultado foi um sistema diagnóstico que requer um conhecimento clínico complexo, mas que pode ser ensinado através de treinamentos intensivos, assim como a experiência clínica desempenham um papel importante na qualidade das avaliações (Cierpka et al, 2006).

Em termos gerais, um diagnóstico operacionalizado deve ter os seguintes propósitos (OPD Task Force, 2016):

# Providenciar diretrizes de diagnóstico clínico formuladas de forma aberta, permitindo aos usuários alguma liberdade de ação na elaboração de suas decisões terapêuticas;

# Ser útil para o treino da psicoterapia psicodinâmica, uma vez que fornece elementos práticos sob um ponto de vista psicodinâmico, conjugados com a classificação fenomenológica;

# Promover na comunidade científica uma ampla e clara comunicação sobre construtos da teoria psicodinâmica;

# Ser utilizado como ferramenta de investigação em estudos científicos e contribuir para a construção de amostras homogêneas em projetos de investigação, empregando critérios de diagnóstico;

# Ser utilizado para o planejamento do tratamento, uma vez que na sequência da avaliação orientada no âmbito da entrevista do OPD-2 podem ser detectados aspectos de conflitos inconscientes, limitações estruturais ou ainda comportamentos disfuncionais na relação, tornando possível planejar o tratamento em função desses critérios.

O OPD é composto por quatro eixos psicodinâmicos e um eixo descritivo, essa proposta de abordagem multiaxial permite uma reflexão mais aprofundada de todo um conjunto de aspectos, buscando compreender adequadamente os fenômenos e os distúrbios mentais encontrados. Assim, os eixos I a IV do OPD não são independentes entre si, eles registram diferentes perspectivas da mesma pessoa ou fenômenos diferentes (conscientes e inconscientes) que interagem mutuamente (OPD Task Force, 2016).

Os quatro eixos psicodinâmicos do OPD-2 são: Eixo 1. Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento, Eixo 2. Relações interpessoais, Eixo 3. Conflito, e Eixo 4. Estrutura. Durante uma entrevista inicial de aproximadamente uma hora, o avaliador ou terapeuta examina aspectos da dinâmica do paciente seguindo pontos norteadores do

formato proposto pelo protocolo do OPD, cujo formulário incorpora diretrizes objetivas que correspondem à flexibilidade exigida pela entrevista psicodinâmica (Kotan et al., 2018).

A avaliação baseada no diagnóstico multiaxial permite uma reflexão mais aprofundada de todo um conjunto de aspectos complexos, tais como aqueles encontrados na maioria dos fenômenos e distúrbios mentais. É necessário, portanto, levar em consideração como compreender a interação entre os eixos e também os seus efeitos combinados. Com suas categorias diagnósticas e suas operacionalizações, o OPD contribui para efetuar medidas de construtos psicodinâmicos relevantes para a terapia e para as mudanças do paciente.

## 2.2. Modelo axial do OPD

### 2.2.1. Eixo I: Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento

Fator muito importante a ser considerado na indicação de tratamento, é a forma como a doença é experienciada e processada pelo paciente. Para uma correta indicação terapêutica, é necessário levar em conta, por exemplo, o nível de sofrimento subjetivo do paciente, verificando sua capacidade de insight, considerando o mundo interno do paciente e sua ligação com a doença que o aflige.

Segundo os autores da OPD Task Force (2016):

De uma perspectiva psicodinâmica, ao se tomar uma decisão sobre a indicação terapêutica, deve-se ir além da patologia existente e dos sintomas específicos, sendo também importante considerar as condições psicológicas subjacentes, que podem ser a causa e/ou influenciar o curso da patologia. (p44)

Dentro desse contexto, considera-se que a operacionalização do modo como o paciente experiencia a doença dá início ao processo de diagnóstico e tomada de decisão sobre qual tratamento é indicado para o paciente (OPD Task Force, 2016).

Os itens relacionados a este eixo avaliam as motivações e a indicação para psicoterapia. Seus itens são avaliados como ausente (0), baixo (1), médio (2), moderado (3) e elevado (4) em um modelo de escala Likert, cada item pode ainda ser avaliado como modo não classificável (9). As dimensões avaliadas pelo eixo 1 estão apresentadas na Tabela 1:

**Tabela 1**

Itens do Eixo I do OPD-2

1. Gravidade dos sintomas
2. Sofrimento subjetivo
3. Presença de problemas e queixas físicas
4. Presença de problemas e queixas psicológicas
5. Presença de problemas sociais
6. Concepção da doença baseada em fatores somáticos
7. Concepção da doença baseada em fatores psicológicos
8. Concepção da doença baseada em fatores sociais
9. Motivação para tratamento físico
10. Motivação para tratamento psicoterápico
11. Recursos pessoais
12. Apoio psicossocial
13. Resistências à mudança
14. Capacidade de clarificação reflexiva das motivações
15. Necessidade de intervenções diretas, orientada para o conflito
16. Intervenção de suporte emocional
17. Intervenção centrada em uma educação ativa
18. Ganhos secundários com a doença

O Eixo 1 indica que a vivência da doença e os pré-requisitos para o tratamento podem ser inferidos a partir de características de personalidade e a partir da relação médico-paciente, descrevendo a experiência da doença e os aspectos de coping que são relevantes para a mudança e percurso do tratamento.

Esse eixo ilustra que o curso da doença não é unicamente determinado pela síndrome ou sintomas, mas pelo contexto subjetivo e social do sujeito. O suporte social e a compreensão da doença são determinantes no curso do tratamento, especialmente nas opções de abordagem psicoterápica (Kotan et al., 2018).

### 2.2.2. Eixo II: Relações interpessoais

O diagnóstico de padrões de relacionamentos disfuncionais se mostra como de extrema importância para o andamento de uma psicoterapia. Identificar distúrbios e comportamentos disruptivos na forma como o indivíduo estabelece suas relações, assim como na maneira como apresenta suas queixas e também nos padrões transferenciais que irão surgir no decorrer de uma psicoterapia.

Para uma compreensão interpessoal da psicopatologia é sem dúvida necessário conhecer a qualidade com que as fantasias de relação e os padrões de transferência são



concretizados nas relações interpessoais atuais do paciente. No contexto do diagnóstico psicodinâmico operacionalizado, o diagnóstico da relação capta eventos complexos na interface dos níveis intrapsíquico e interpessoal. Esse diagnóstico é realizado essencialmente utilizando o comportamento relacional observável e descritível, incluindo os aspectos transferenciais do relacionamento que o avaliador vivencia no encontro como paciente. Compreende-se o comportamento relacional como a expressão da dinâmica que existe entre os desejos relacionais, as ansiedades associadas e as preocupações do sujeito acerca de como a outra pessoa pode reagir a esses desejos (OPD Task Force, 2016).

O diagnóstico da relação no OPD refere-se tanto ao comportamento relacional problemático, na forma em que é percebido pelo próprio paciente, como também aos aspectos relacionais que as outras pessoas, incluindo o examinador, vivenciam no encontro com o paciente. Os padrões de relacionamentos disfuncionais podem ser entendidos como configurações interpessoais específicas, em que os padrões de comportamento do paciente se enlaçam com os das outras pessoas. Daí resultando quatro unidades de análise de posições interpessoais:

1) Como o paciente se vivencia/experiencia: o foco é sobre o comportamento relacional do paciente, aquele descrito pelo paciente como vivência repetidamente, de uma forma mais ou menos constante;

2) Como o paciente vivencia/experiencia os outros: refere-se ao comportamento relacional que o paciente experiencia com os outros sobre os quais possivelmente reclama;

3) Como os outros sempre vivenciam/experienciam o paciente: capta como os outros, incluindo o examinador, experienciam repetidamente o paciente. Geralmente, envolve mais do que o paciente é capaz de descrever, inclui aspectos relativos às suas disposições relacionais que são, para ele, inconscientes;

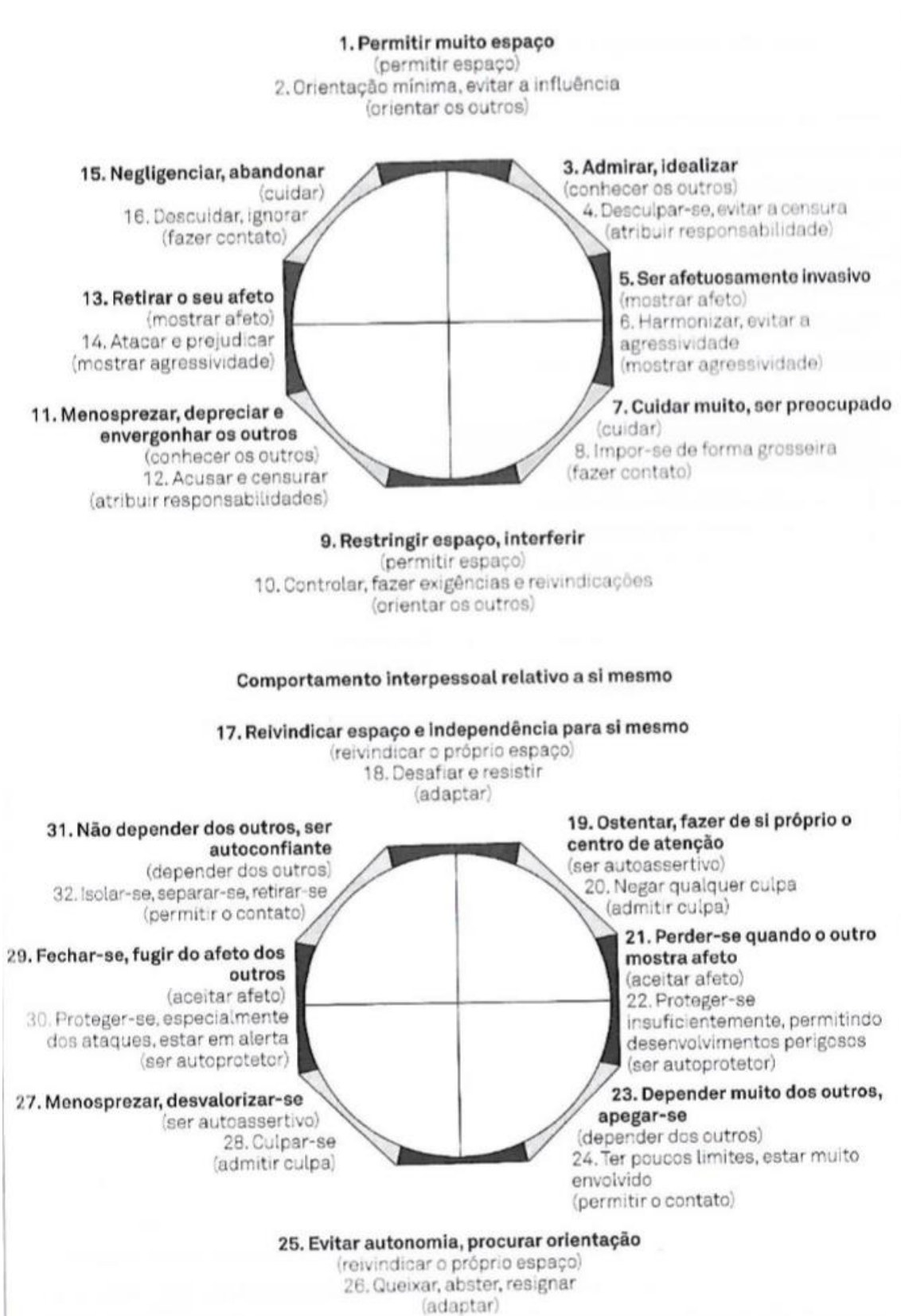
4) Como os outros repetidamente se experienciam com o paciente: capta as reações que o paciente induz em outra pessoa, no sentido de um papel a desempenhar.

Essas quatro posições interpessoais estão ligadas a uma formulação de dinâmica relacional, de modo que uma conexão psicologicamente coerente entre fatos seja criada a fim de explicar a disfuncionalidade e/ou estabilidade do padrão relacional em questão. Acompanha-se como o paciente inconscientemente gere os seus relacionamentos, produzindo respostas relacionais que ele percebe como dolorosas, decepcionantes ou ameaçadoras (OPD Task Force, 2016).

A avaliação relacional deve ajudar a esclarecer qual o padrão de relacionamento central disfuncional que o paciente estabelece repetidamente em diversas áreas da sua vida. Este padrão é captado pelo exame das quatro posições interpessoais, descritas anteriormente, e por intermédio de uma formulação dinâmica do relacionamento as quatro posições são ligadas de forma a tornar compreensível o caráter disfuncional, além de explicar a sua persistência.

Um dos requisitos que a operacionalização do diagnóstico psicodinâmico deve satisfazer é a descrição das posições interpessoais. Isto é conseguido por meio de uma lista de itens gerados com base no que se designa como modelo *circumplex* de comportamento interpessoal (figura 1), baseado no modelo de Benjamin (1974). Segundo este modelo, as qualidades interpessoais são agrupadas em dois círculos. No círculo de cima, encontram-se os modos ativos de relacionamento para com outras pessoas. Os itens enunciados no círculo de baixo descrevem modos de relacionamento reativo ou intransitivos (direcionados a si próprio). Propõe-se a mostrar o nível ativo e reativo do comportamento relacional em dois círculos.

**Figura 1**  
Modelo circumplex interpessoal (Benjamin, 1974)



Fonte: OPD Task Force, 2016, p. 177

Em cada uma das áreas do círculo, o eixo horizontal representa a dimensão da filiação. À direita estão os temas de afeto e de aproximação amigável e à esquerda estão a rejeição ou abordagem hostil. Os modos de comportamento que se encontram em polos opostos referem-se a comportamento contrastantes. A lógica do modelo implica que os itens em cima e em baixo no círculo estejam em posições idênticas, descrevendo qualidades de relação complementares.

### 2.2.3. Eixo III: Conflitos

A identificação diagnóstica de conflitos psicodinâmicos requer tanto procedimentos indutivos como dedutivos. Os procedimentos indutivos reportam-se a padrões repetitivos de experiência e comportamento que se processam de forma observável pela história pessoal do paciente e por meio do percurso da doença. Na observação dedutiva, percebe-se o esforço do paciente em resolver esses conflitos de forma adaptativa ou desadaptativa, reconhecidas pela sua disfuncionalidade, conduzindo a problemas sociais/relacionais, que estão associados a sintomas clínicos e/ou perturbações da personalidade (OPD Task Force, 2016).

O modelo de conflito proposto pelos autores do OPD-2 parte da experiência do conflito interacional do indivíduo como unidade básica. Estas experiências podem ser deduzidas da respectiva fenomenologia e ser inferidas e explicadas até seu significado inconsciente.

São importantes para o diagnóstico do conflito a história clínica, que pode ser reativada, e o diagnóstico atual. A dinâmica do conflito torna-se efetivamente interpessoal e intrapsíquica, presentes nas relações transferenciais e contratransferenciais, aproximando-se do nível da experiência e, ao mesmo tempo, determinando o comportamento, e dependendo do tema de conflito, ela é expressa por meio de uma forma específica de afeto.

Levando em conta bases teóricas e empíricas o OPD-2 apresenta as seguintes definições de conflitos contínuos:

1. Individuação versus dependência
2. Submissão versus controle
3. Necessidade de ser cuidado versus autossuficiência

4. Conflito de autoestima
5. Conflito de culpa
6. Conflito edípico
7. Conflito de identidade.

Esses sete conflitos são avaliados de acordo com sua presença, entre ausente (zero) e muito significativo (3), podendo ainda ser avaliado como não classificável (9). Na aplicação do eixo, os conflitos devem ser diagnosticados levando em consideração o período de tempo para estes conflitos disfuncionais repetitivos e o modo (ativo ou passivo) do conflito no “aqui e agora”, o que deve ser avaliado não é a ambivalência equilibrada de anos anteriores, mas o “aqui e agora” do conflito manifesto.

#### 2.2.4. Eixo IV: Estrutura

O OPD-2 procura uma integração dos conceitos psicanalíticos acerca da estrutura, mas evitando o máximo possível o uso de noções psicanalíticas tradicionais para poder determinar o comportamento e a experiência do paciente o mais próximo possível da observação. Esta aproximação conduz à descrição funcional da estrutura com o self na sua relação com os objetos (Rudolf, 2002 apud OPD Task Force, 2016).

O eixo da estrutura refere-se ao self e as suas relações com objetos, mais exatamente à disponibilidade de funções mentais para a regulação do self e de suas relações com objetos internos e externos, sendo o grau de disponibilidade ou limitação descrito com base no nível de integração estrutural da função em questão.

Os aspectos clínicos a serem examinados para a avaliação estrutural são: as interações e experiências de vida que o paciente relata; as capacidades estruturais que o paciente demonstra na relação de diagnóstico; a contratransferência e a avaliação introspectiva do paciente acerca de si próprio e do seu comportamento.

O OPD-2 diferencia o nível de integração estrutural em elevado (1), moderado (2), baixo (3) e desintegrado (4), podendo ainda ser classificado como não classificável (9). Segundo os autores (OPD Task Force, 2016) um nível elevado de integração estrutural proporciona um espaço psíquico interno no qual a experiência mental pode ser percebida de forma diferenciada, podendo lidar com os conflitos intra-psiquicamente. Com baixos níveis de integração, o espaço mental e as subestruturas são menos desenvolvidas, assim

os conflitos são pobremente trabalhados mentalmente. Já a desintegração estrutural é caracterizada pela fragmentação e restituição psicótica da estrutura.

De acordo com o OPD-2, a estrutura pode ser descrita por quatro dimensões, distinguindo cada uma a relação com o self e a relação com os objetos. A tabela 2 apresenta um esquema de como essas quatro dimensões são compreendidas.

**Tabela 2**  
Eixo IV do OPD-2: Categorias de integração estrutural

<b>Funções</b>	<b>Self</b>	<b>Outros</b>
Capacidades cognitivas	<b>Auto-percepção</b> Capacidade reflexiva Diferenciação de afetos Desenvolver a própria Identidade	<b>Percepção do objeto</b> Diferenciação do objeto Percepção total do objeto Percepção realista do objeto
Capacidade para regulação	<b>Auto-regulação</b> Capacidade de regular impulsos, afetos e autoestima Controle de impulsos Auto controle	<b>Regulação da relação objetal</b> Capacidade de regular a relação com o outro Balanço de interesses
Capacidade de comunicação emocional	<b>Comunicação interna</b> Experienciar os próprios afetos Capacidade de comunicar internamente por via dos afetos e das fantasias	<b>Comunicação com o mundo externo</b> Capacidade de se comunicar com os outros Comunicação adequada dos afetos Vivenciar a empatia
Capacidade de apego	<b>Capacidade de vinculação com objetos internos</b> Internalização Uso dos objetos introjetados Variação dos padrões de apego	<b>Capacidade de vinculação com objetos externos</b> Capacidade de formar vínculos Capacidade de ligar-se aos outros Diferenciação de relacionamentos

Este eixo permite, entre vários aspectos, investigar as possibilidades e/ou impossibilidades do sujeito em estabelecer vínculos externos ou internos, assim como a capacidade ou incapacidade de autopercepção e autorregulação, podendo, como foco terapêutico, serem classificadas algumas particularidades da estrutura mental.

#### 2.2.5. Eixo V: Transtornos mentais e psicossomáticos

O eixo V incorpora no OPD o mesmo tipo de diagnóstico descritivo-fenomenológico da CID-10 e do DSM-IV, enfatizando a necessidade de uma identificação precisa dos fenômenos psicopatológicos que não poderão deixar de encontrar o seu lugar no diagnóstico psicodinâmico.

### 2.3. Operacionalização diagnóstica do modelo de eixos do OPD-2

Um diagnóstico do tipo multiaxial permite uma reflexão mais aprofundada de todo um conjunto de aspectos complexos, tais como os encontrados na maioria dos fenômenos e distúrbios mentais. A segunda versão do OPD se propõe como um instrumento de diagnóstico mais plural, capaz de se assumir como ferramenta eficaz mais focada na evolução do processo terapêutico, levando em consideração os recursos psíquicos e pontos fortes do paciente (OPD Task Force, 2016).

O diagnóstico do OPD-2 serve essencialmente para descrever as características problemáticas principais e/ou áreas de funcionamento que merecem atenção terapêutica. Podendo igualmente ser um instrumento útil para o reconhecimento dos recursos e das competências do paciente. O OPD-2 procura estar de acordo com alguns requisitos habituais da investigação psicoterapêutica, assinalando os efeitos da mudança à medida da sua ocorrência no processo terapêutico, de forma que simultaneamente se identifiquem os mecanismos envolvidos na eficácia do processo de tratamento, tornando o processo terapêutico mais favorável e benéfico para o paciente (OPD Task Force, 2016). O processo de tratamento deve ser planejado levando em consideração três pilares fundamentais: diagnóstico, formulação dos objetivos terapêuticos e identificação dos passos terapêuticos mais apropriados.

Segundo os autores da Task Force (2016), existem duas tendências no processo de diagnóstico baseado no OPD. A primeira está direcionada para a compilação e registro do material diagnóstico, que se inicia com aspectos relacionados à acessibilidade do paciente à exploração de diagnóstico, parte integrante do que é descrito no eixo I discriminando a forma como o paciente vivencia a sua doença e os recursos usados para enfrentar sua problemática. O eixo II, por sua vez, identifica temáticas relacionais e observação de relacionamentos de natureza disfuncionais. Seguindo esta linha, o eixo IV apresenta a possibilidade de descrever as capacidades do paciente que lhe permitam uma interação adequada com seu meio ambiente e consigo mesmo. Estes padrões são

entendidos como uma superfície onde os potenciais conflitos se revelam, nos quais o paciente se articula, direcionando as capacidades funcionais do indivíduo.

A segunda via de integração do material diagnóstico começa com os pré-requisitos estruturais, onde a extensão da limitação estrutural influencia e limita o peso que as disposições conflitivas adquiridas pelo paciente, durante seu desenvolvimento, recebem na origem e manutenção da queixa. Neste sentido, a extensão da limitação estrutural determina os padrões de relacionamento habitual que, em níveis de maior limitação estrutural, se tornam cada vez mais ineficazes e frágeis. O estado da estrutura de um indivíduo determina, ainda, se a doença é significativa no sentido da formação neurótica do sintoma ou se o tipo, variedade, intensidade e flutuação das queixas indicam o enfraquecimento das funções mentais básicas e as capacidades reguladoras estão sobrecarregadas. Tudo isso afeta nas condições prévias e nas possibilidades de um tratamento psicoterapêutico, que tem de ser adequado à natureza e gravidade das dificuldades estruturais.

A atual formulação do instrumento aceita que:

[...] as vivências disfuncionais de relacionamentos e os comportamentos disfuncionais nas relações são decorrentes de conflitos internos associados à história do paciente, mas também de déficits estruturais ou de vulnerabilidades estruturais de base. (OPD Task Force, 2016. p11)

O OPD acentua de forma muito particular os padrões de comportamento relacional do sujeito, bem como os modos de agir e vivenciar os seus conflitos e características estruturais. O OPD não pretende aceder a uma visão holística do paciente propondo-se, em um primeiro momento, reunir um conjunto de informações obtidas a partir da estruturação dos diferentes eixos, que combinados só depois todos esses dados proporcionam uma visão de conjunto.

Em termos gerais, para a Task Force (2016), um diagnóstico operacionalizado deve ter os seguintes propósitos:

1. Providenciar diretrizes de diagnóstico clínico formuladas de forma aberta, permitindo aos usuários alguma liberdade de ação na elaboração de suas decisões terapêuticas;
2. Ser útil para o treino da psicoterapia;
3. Promover na comunidade científica uma ampla e clara comunicação sobre construtos da teoria psicodinâmica;



4. Ser utilizado como ferramenta de investigação em estudos científicos e contribuir para a construção de amostras homogêneas em projetos de investigação, empregando critérios de diagnósticos mais rigorosos;
5. Ser utilizado para o planejamento do tratamento, uma vez que é capaz de determinar focos de maior importância.

Afim de assegurar a correta aplicação do instrumento, o Task Force do OPD desenvolveu um inventário diagnóstico e elaborou um manual de treinamento e aplicação clínica, onde estão descritos os diferentes eixos e seus indicadores, estabelecendo parâmetros definidos de avaliação. Foram formulados protocolos de aplicação para cada eixo estruturado, facilitando sua aplicação e intencionando aumentar a confiabilidade do instrumento (Pérez et al., 2009; Cierpka et al., 2006; Vicente et al., 2012).

A avaliação se realiza com base em uma entrevista semi-estruturada, onde além da coleta de informações se considera os conteúdos cênicos (não verbais) na medição de cada indicador. O entrevistador deve realizar uma avaliação de várias dimensões. Cada item é avaliado em uma escala de intensidade que vai desde: Ausente/Raramente presente; Moderado; Elevado; e Não Classificável (Cierpka et al., 2006).

Além de ser um sistema diagnóstico e de investigação, o OPD tem se mostrado como um instrumento válido no âmbito clínico-psicoterapêutico. Ao longo dos últimos anos, muitos estudos foram realizados utilizando o OPD (Cierpka et al., 2001; Thomasius et al., 2001; Leising et al., 2003; Spitzer et al., 2004; Cierpka et al., 2006; Pieh et al., 2009; Benecke et al., 2009; Pérez et al., 2009; Vicente et al., 2012). O Manual já possui traduções para o inglês, italiano, russo, chinês, húngaro, espanhol e português e tem sido utilizado em inúmeros estudos empíricos (Doering, 2014). Em revisão realizada por Cierpka (2010) apresentou linhas de estudo onde o OPD se mostrou como um instrumento eficaz. Segundo essa revisão onde mais concretamente o diagnóstico OPD se mostrou aplicável foi para a psicoterapia, como consequência da formulação do foco na eleição de metas terapêuticas.

Cierpka (2010), destaca que até o momento se tem demonstrado que grupos de trabalho depois de reiteradas análises e reflexões sobre o instrumento, chegam a estar em condições de manejá-lo na forma clinicamente adequada e podem chegar a estimarções que evidenciam uma boa concordância. Destaca-se que a avaliação da entrevista clínica com o OPD não só permite chegar a distinções diagnósticas nos diferentes eixos, como

também serve para formular diagnósticos psicodinâmicos muito úteis no processo de indicação psicoterapêutica, qualificando também o planejamento da psicoterapia.

Estudo realizado por Doering (2014), avaliou a validade e confiabilidade dos eixos estruturados do OPD em uma amostra de 124 pacientes psiquiátricos que receberam um diagnóstico psiquiátrico segundo os critérios de entrevista estruturada do DSM-IV para determinação da validade discriminante do instrumento. Para medir a validade concorrente foram utilizados 9 inventários de avaliação bem validados que serviram como critério externo. Segundo esse estudo, os eixos estruturados do OPD-2 representam uma ferramenta confiável e válida para avaliação do funcionamento da personalidade. Para os autores, no contexto clínico o OPD-2 permite um completo diagnóstico multidimensional e planejamento do tratamento com base em uma entrevista clínica semi-estruturada, provando também sua utilidade para futuros estudos sobre o funcionamento da personalidade. Afirmam ainda sua utilidade no contexto da pesquisa em psicoterapia podendo ser empregada como ferramenta de avaliação de mudanças no funcionamento da personalidade durante o tratamento.

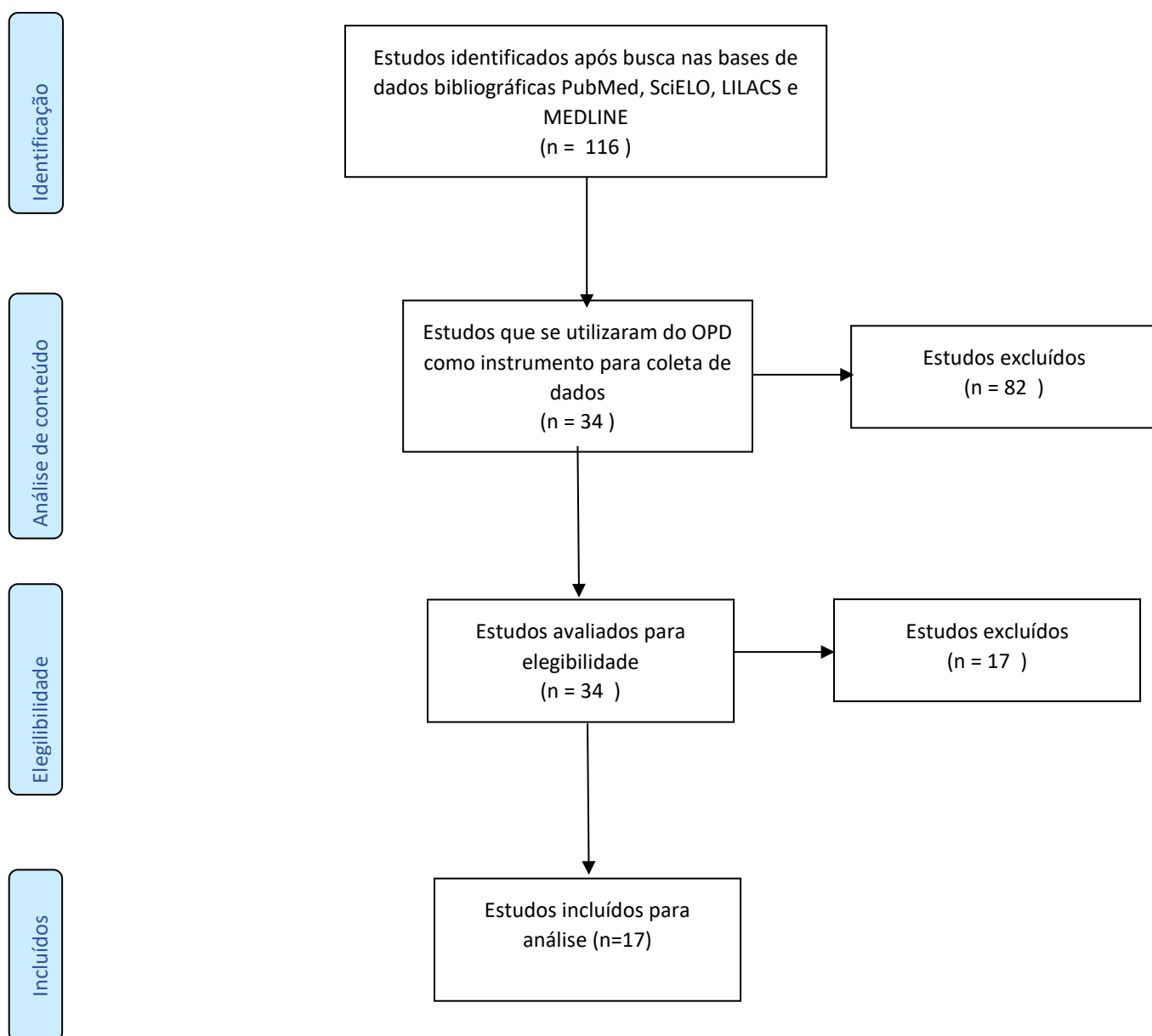
Em amostras brasileiras, até o momento existe um estudo publicado que apresentou a primeira versão brasileira do OPD-2 e verificou a validade de conteúdo, a concordância interavaliadores e a validade concorrente do instrumento. A avaliação de conteúdo foi realizada por experts em Psicoterapia de Orientação Analítica e a concordância interavaliadores foi realizado utilizando-se 51 entrevistas de psicoterapia. A validade concorrente comparou os itens do OPD -2 com os resultados da WHOQOL-bref e da SCL-90. Esse estudo concluiu que a versão brasileira OPD-2 apresenta boas condições de avaliação de propriedades psicodinâmicas, corroborando os achados de estudos conduzidos em outros países (Krieger, 2016).

### **3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Ao longo dos anos, o OPD foi utilizado como ferramenta de coleta em inúmeros estudos que buscaram apontar para sua relevância no contexto clínico e de pesquisa. O delineamento destes estudos difere entre si, mas trazem resultados relevantes para contextualizar e trazer robustez para o uso do OPD nos mais diferentes campos de pesquisa e aplicação clínica.

Com o objetivo de revisar estudos que utilizaram o OPD como instrumento de pesquisa, foram revisadas as seguintes bases de dados bibliográficas: PubMed, SciELO, LILACS e MEDLINE, utilizando como descritores de busca os termos “validity reliability AND opd”. Dessa busca foram obtidos 116 resultados, destes foram identificados 17 estudos relevantes relacionados ao objetivo da busca. Os estudos excluídos desta análise foram estudos que não fizeram uso do OPD como instrumento de coleta na pesquisa, estudos que não adotaram uma metodologia de pesquisa considerada apropriada para avaliação de seus resultados, estudos teóricos que não utilizaram metodologia experimental para verificação de resultados utilizando o OPD e estudos sem versão para inglês cujos resultados obtidos não estavam compreensíveis nas informações relatadas em seus resumos.

**Figura 2**  
Fluxograma para revisão bibliográfica



Fonte: The PRISMA Group (2009)

A maioria dos estudos incluídos para análise foram realizados na Alemanha, Chile e Portugal, contando também com um estudo brasileiro e um estudo argentino. Os principais objetivos desses estudos foram avaliar a validade e confiabilidade do OPD, especialmente, a validade de critério do instrumento quando correlacionado com outros instrumentos de avaliação já validados e ainda testar sua aplicabilidade e possibilidade de

uso em diferentes contextos de atenção a pacientes com comprometimentos clínicos psiquiátricos, acompanhados em serviços ambulatoriais ou de internação.

Dentre os estudos analisados, identificou-se que a maioria deles fizeram uso de entrevistas gravadas como método de coleta dos dados para preenchimento do OPD, sendo que em alguns deles, essas entrevistas não foram conduzidas levando em consideração os pontos específicos avaliados pelo protocolo.

Estudo realizado por Müller (2006), avaliou 24 pacientes em acompanhamento em psicoterapia, avaliando suas capacidades de funcionamento reflexivo assim como seu funcionamento estrutural de acordo com o OPD. Segundo esse estudo o funcionamento reflexivo foi preditor de melhora na condição mental geral após 3 meses de tratamento psicoterápico. Santiago (2013), também se propôs a avaliar a aplicação do OPD em pacientes em psicoterapia, para isso se utilizou de entrevistas realizadas previamente, que não foram guiadas segundo os critérios do OPD. Os achados desse estudo apontaram que por meio das avaliações obtidas a partir dos eixos III e IV do OPD foi possível identificar os principais problemas associados ao adoecimento e os eixos IV e V serviram para descrever o diagnóstico preliminar.

Schneider (2008), analisou entrevistas gravadas realizadas com pacientes que buscaram atendimento ambulatorial. Este estudo objetivou analisar propriedades de validade do eixo I do OPD correlacionando com outros instrumentos validados. Os resultados apontaram para correlações entre os instrumentos e construtos avaliados pelo eixo I do instrumento, sendo sensível na identificação de sintomas presentes durante avaliação. Também se utilizando de entrevistas gravadas e posteriormente analisadas, Vicente (2012), com o objetivo de descrever aspectos metodológicos na adaptação do instrumento para língua portuguesa, avaliou a concordância interavaliadores dos eixos do instrumento, obtendo resultados satisfatórios de concordância.

Em estudo realizado por Both (2017), o OPD foi utilizado para avaliar o funcionamento estrutural de um paciente fazendo uso de material gravado para pontuação do instrumento. Nesse estudo, o OPD serviu de ferramenta para identificação de aspectos psicodinâmicos de paciente acompanhado em psicoterapia, servindo como ferramenta na identificação de características do funcionamento psíquico e de conflitos, tornando-se útil na formulação do plano terapêutico deste paciente. Objetivo semelhante foi proposto por Paulo (2013), que analisando notas de sessões de um paciente acompanhado em análise psicanalítica fez uso do OPD para testar a avaliação diagnóstica psicodinâmica, seguindo

os critérios do instrumento. Nesse estudo, a realização do diagnóstico multiaxial mostrou-se bem-sucedida, tornando possível registrar mudanças nos focos formulados no diagnóstico.

Schneider (2018) também se utilizou do OPD como ferramenta na avaliação de 850 pacientes que recebiam acompanhamento psicoterápico. Nesse estudo, o OPD foi aplicado por entrevistadores que receberam treinamento prévio para aplicação do instrumento e segundo seus resultados, o OPD pôde ser utilizado na identificação do padrão de problemas interpessoais, o nível de integração estrutural, assim como na identificação dos principais conflitos, capacidade de melhoria da conscientização e maneira de lidar com os focos psicodinâmicos.

Estudo realizado por Boeker (2008) com pacientes internados com diagnóstico de depressão maior foram avaliados através de sessões em vídeo por avaliadores segundo os critérios do OPD. Esses pacientes foram separados em amostras de pacientes com e sem comportamento auto lesivo e teve por objetivo investigar dimensões do funcionamento psicodinâmico nessas amostras. Segundo esse estudo, pacientes com comportamento auto lesivo apresentavam nível significativamente mais baixo de integração estrutural da personalidade e em suas relações interpessoais identificou-se padrões de interação disfuncionais. Em 2009, Godemann analisou entrevistas conduzidas e pontuadas segundo os critérios do OPD realizadas com pacientes com episódio de neurite vestibular aguda. Nesse estudo, dados obtidos através da aplicação do OPD foram utilizados para avaliar aspectos preditivos dentro dessa amostra avaliando a manifestação de sintomas de transtorno do pânico a longo prazo. Segundo essa análise, integração psicossocial deficiente, falta de apoio social, alta carga de sofrimento e comprometimento moderado a grave da autopercepção foram capazes de explicar 32,1% da variação no desenvolvimento de transtorno de pânico no curso de 2 anos.

Crempiem (2017) objetivando analisar os efeitos do funcionamento da personalidade na qualidade de vida de pacientes depressivos, utilizou-se do eixo IV do OPD-2 na avaliação de 84 pacientes em acompanhamento ambulatorial com diagnóstico de depressão. Os resultados desse estudo sugerem que a gravidade de sintomas depressivos sejam mediadores do funcionamento da personalidade com impactos sobre a qualidade de vida dos indivíduos.

Utilizando-se de entrevistas gravadas em vídeo e posteriormente pontuadas, Bock (2016) avaliou 64 pacientes do sexo feminino em internação psiquiátrica, comparando

com 16 controles saudáveis. O objetivo desse estudo foi discriminar expressões faciais negativas e sua possível relação com a organização estrutural da personalidade. Para análise das expressões faciais utilizou-se de programa de codificação computadorizado. Observou-se como resultado desta análise que expressões faciais negativas dirigidas ao outro e para si mesmo estão associadas com baixos níveis de integração estrutural.

Identificou-se que, nesses estudos, o uso do OPD serviu para avaliar a evolução de sintomas clínicos, como sintomas depressivos, e a possível interferência do tratamento recebido, avaliando a melhora do nível de organização estrutural psíquica dos sujeitos, e ainda desfechos clínicos. Os resultados obtidos por esses estudos consideraram o OPD como um instrumento adequado quando utilizado para avaliar os processos de tratamento recebido, tendo amplo uso dentro da saúde mental. Para esses estudos o mesmo atenderia as demandas de proposta de pesquisa e seria um instrumento confiável para uso em contextos de avaliação clínica.

Estudos que avaliaram as propriedades psicométricas do instrumento, Pérez (2009) avaliou o impacto do treinamento intensivo sobre o critério de validade e confiabilidade entre avaliadores do OPD. Segundo esse estudo o treinamento para aplicação do protocolo apresenta impactos sobre o processo de avaliação diagnóstica e com relação à confiabilidade entre avaliadores, os dados confirmam a melhora da confiabilidade entre avaliadores dos eixos I e IV após treinamento. Com o objetivo de avaliar a confiabilidade e validade do eixo IV do OPD, Doering (2013), utilizando-se de entrevistas gravadas em vídeo e entrevistas presenciais, analisou o funcionamento estrutural de personalidade em uma amostra de 134 pacientes em acompanhamento psiquiátrico. Segundo esse estudo, o OPD demonstrou boa confiabilidade entre avaliadores e as correlações entre os domínios do eixo estrutura do OPD-2 e as escalas de questionário previamente selecionadas foram significativas.

Abaixo segue tabela resumando os resultados de estudos que utilizaram o OPD como instrumento de coleta de pesquisa e acrescenta informações adicionais de condução dos métodos de pesquisa e coleta de dados. Os estudos expostos refletem a diversidade de uso do instrumento nos mais diferentes contextos, clínico ou de pesquisa, trazendo ainda formas diferenciadas para o uso do OPD sendo utilizado não só como um protocolo para avaliação do processo psicodinâmico, como também como ferramenta para avaliação de pacientes com comorbidades clínicas.

**Tabela 3**

Estudos que utilizaram o OPD como ferramenta de avaliação ou avaliação de padrões psicométricos do protocolo

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR</b>	<b>N</b>	<b>PAÍS</b>	<b>INSTRUMENTOS UTILIZADOS</b>	<b>METODOLOGIA DO ESTUDO</b>	<b>REVISTA</b>	<b>PRINCIPAIS RESULTADOS</b>
The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure	Müller et al, 2006.	24	Alemanha	SCL-90-R; RF (Reflective Functioning is recorded as a dimension on a graduated scale in the adult attachment interview AAI)	Com base em entrevistas guiadas e pontuadas segundo os critérios do protocolo OPD, examinar a conexão entre o conceito de funcionamento reflexivo de Fonagy e Target e o eixo estrutural do OPD, avaliando o potencial da escala em prever o sucesso da terapia	Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice	Nesse estudo, 24 mulheres em psicoterapia foram submetidas a entrevista semi-estruturada avaliando suas capacidades de funcionamento reflexivo assim como seu funcionamento estrutural de acordo com o OPD. Adicionalmente, foi administrado o protocolo SCL-90R. Os resultados apresentaram uma correlação significativa entre o funcionamento reflexivo e o eixo da estrutura do OPD. O funcionamento reflexivo também foi preditor de melhora na condição mental geral após 3 meses de tratamento psicoterápico.
Operationalized psychodynamic diagnosis in planning and evaluating the psychotherapeutic process	Schneider; Klauer; Freyberger, 2008.	456	Alemanha	Questionnaire of Measuring the Motivation for Psychotherapy	Neste estudo o protocolo OPD foi pontuado baseando-se em entrevistas clínicas gravadas em vídeo. Seu objetivo foi apresentar resultados de validade do eixo I do OPD	European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience	Esse estudo apresenta resultados de validade do Eixo I do OPD. Primeiramente foi analisada a confiabilidade interavaliadores da mediação das pontuações de 14 avaliadores baseados em uma entrevista gravada em vídeo. Para avaliar a validade do instrumento foram analisados um total de 456 pacientes de duas clínicas diferentes avaliando as diferenças entre pacientes internados e que buscaram os serviços para consulta ambulatorial. Os resultados apresentaram uma correlação positiva significativa entre o sofrimento subjetivo (OPD) e a escala "consequências negativas da doença" do Questionário de Medição da Motivação para a Psicoterapia. Pacientes com um conceito da doença baseado em fatores psicossociais



							avaliado pelo OPD mostraram no questionário de motivação expectativas mais fortes para a psicoterapia. Pacientes que apresentavam mais queixas de tratamento somático apresentaram menor motivação ou desejo para o tratamento psicoterapêutico.
Deliberate Self-Harm in Female Patients With Affective Disorders: Investigation of Personality Structure and Affect Regulation by Means of Operationalized Psychodynamic Diagnostics	Boeker et al, 2008.	40	Alemanha	Hamilton Depression Scale (HAMD-21); Beck Depression Inventory (BDI) e IDCL-P.	Neste estudo as entrevistas foram gravadas em vídeo e posteriormente pontuadas por avaliadores externos. Seu objetivo foi investigar, a partir de uma compreensão psicodinâmica, aspectos relevantes relativos ao comportamento, às relações interpessoais, psíquicas, conflitos e estrutura de personalidade em pacientes depressivas do sexo feminino com comportamento autolesivo.	The Journal of Nervous and Mental Disease	Neste estudo, o OPD foi utilizado para avaliar quarenta pacientes depressivas do sexo feminino com e sem diagnóstico de comportamento autolesivo (DSH). As pacientes com DSH tiveram um nível significativamente mais baixo de integração na dimensão “estrutura” do OPD, e suas “relações interpessoais” mostraram padrões de interação disfuncionais. Elas também tiveram uma taxa significativamente maior de transtornos de personalidade.
Psychodynamic Vulnerability Factors in the Development of Panic Disorders – A Prospective Trial in Patients after Vestibular Neuritis	Godemann et al, 2009	80	Alemanha	German Diagnostic Interview for Psychiatric Disorders (baseado no DSM-III-R, representa uma versão modificada e validada do American Anxiety Disorders Interview Schedule)	Foram realizadas entrevistas guiadas e pontuadas pelo OPD, afim de determinar se determinados padrões de conflito ou déficits da estrutura psicológica podem prever transtorno do pânico tardio em pacientes de amostra clínica.	Psychopathology	O estudo mostrou que a integração psicossocial deficiente, a falta de apoio social, a alta carga de sofrimento e o comprometimento moderado a grave da autopercepção foram capazes de explicar 32,1% da variação no desenvolvimento de transtorno de pânico ao longo do curso de 2 anos. No entanto, ao contrário do que se poderia esperar com base na teoria psicodinâmica, os pacientes que mais tarde desenvolveram um transtorno do pânico não apresentaram diferenças nos escores do Eixo III ou IV, em comparação com os pacientes que permaneceram psicologicamente saudáveis.
Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2):	Pérez et al, 2009	15	Chile	-	Neste estudo o OPD foi pontuado por terapeutas, em treinamento para uso deste protocolo de avaliação diagnóstica, em dois	Revista chilena de neuro-psiquiatria	No que diz respeito ao critério de validade, o treinamento não afeta a concordância com o julgamento de especialistas, mas afeta os itens psicoterapêuticos relevantes. Em relação à

Preliminary assessment of its validity and inter-rater reliability					momentos distintos. Seu objetivo foi avaliar o impacto do treinamento intensivo sobre o critério de validade e confiabilidade entre avaliadores do OPD		confiabilidade entre avaliadores, os dados correspondem a estudos publicados, como a confiabilidade entre avaliadores dos eixos I e IV melhorando significativamente após treinamento.
Cross-cultural adaptation of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) in Portugal.	Vicente et al, 2012.	-	Portugal	-	Utilizou-se entrevistas clínicas gravadas e transcritas que posteriormente foram analisadas com o objetivo de descrever os aspetos metodológicos do processo de adaptação transcultural do OPD-2 para a língua portuguesa (Portugal e Brasil) e avaliar a concordância interavaliadores para os diferentes eixos do instrumento na pontuação de entrevistas clínicas	Trends in Psychiatry and Psychotherapy	O Eixo IV (Estrutura) apresentou a maior concordância entre avaliadores (78%). Eixos I (Experiência de doença e pré-requisitos para tratamento) e III (Conflito) apresentaram os menores resultados de concordância interavaliadores (66 e 57,7%, respectivamente).
Assessing the level of structural integration using operationalized psychodynamic diagnosis (OPD): implications for DSM-5	Zimmermann et al., 2012.	-	Alemanha	Levels of Personality Functioning Scale (LPFS)	Contribuir com uma discussão conceitual e empírica do LPFS a partir da perspectiva do sistema de Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD)	Journal of Personality Assessment	Neste estudo, o OPD foi utilizado como um sistema conceitual no estudo do funcionamento da personalidade, introduzido pelo Eixo dos Níveis de Integração Estrutural do OPD (OPD-LSIA), uma medida das diferenças individuais na gravidade da disfunção de personalidade sob uma perspectiva psicodinâmica. Os resultados deste estudo demonstraram que o OPD-LSIA é confiável, válido e altamente associado às avaliações observadas dos transtornos de personalidade. Para os autores, o OPD explora potenciais limitações do atual conjunto de itens da Escala de Níveis de Funcionamento de Personalidade trazendo contribuições e implicações para futuras revisões de manuais diagnósticos como o proposto pelo DSM-5.

Assessment of Personality Functioning: Validity of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis Axis IV (Structure)	Doering et al., 2014.	124	Alemanha	Structured Clinical Interviews for DSM-IV (SCID-I and -II); Borderline Personality Inventory; Coping with Conflict Questionnaire; State-Trait Anger Expression Inventory; Scales of Emotional Experience; Toronto Alexithymia Scale; Frankfurt Self-Concept Scales; Frankfurt Body Concept Scales; Experiences in Close Relationships Questionnaire; Rosenberg Self-Esteem Scale.	Foram utilizadas entrevistas gravadas em vídeo no intuito de avaliar a confiabilidade e validade do eixo IV – estrutura do OPD	Psychopathology	Nesse estudo, o eixo de avaliação estrutural do OPD-2 demonstrou boa confiabilidade entre avaliadores (correlação intraclasse = 0,793). As correlações entre os domínios do eixo estrutura do OPD-2 e as escalas de questionário previamente selecionadas foram de tamanho médio e significativo. Pacientes com um transtorno de personalidade (TP) apresentaram significativo piora no funcionamento da personalidade quando comparados com aqueles sem. Nos transtornos de personalidade de cluster B, o funcionamento da personalidade foi mais severamente comprometido do que no TP do cluster C.
Operationalized psychodynamic diagnosis as an instrument to transfer psychodynamic constructs into neuroscience	Kessler; Stasch; Cierpka, 2013.	-	Alemanha	-	Estudo de orientação teórica que objetivou estabelecer um paralelo teórico entre interfaces existentes entre a neurociências e a psicanálise. Busca contribuir para o campo da “neurociência informada psicanaliticamente”, refletindo interfaces existentes entre a compreensão psicanalítica e a neurociência.	Frontiers in Human Neuroscience	Artigo traz contribuições teóricas, refletindo interfaces existentes entre a compreensão psicanalítica e a neurociência. Os autores justificam a relevância do tema como meio de alcançar um ponto crítico intermediário entre as diferenças entre psicanálise e neurociência. Nesse sentido, o sistema OPD serviria como uma ferramenta para atingir uma integração entre estes dois campos, combinando aspectos de ambos, o OPD serviria como uma ferramenta para transferir construtos psicanalíticos para a neurociências, expandindo conceitos teóricos

							cl clinicamente relevantes, mantendo a confiabilidade e validade.
Operacionalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) in a psychoanalysis	Paulo & Pires, 2013	1	Portugal	-	Neste estudo o OPD foi pontuado baseando-se em notas de sessões de uma paciente em análise. Objetivou testar a viabilidade de utilizar a avaliação diagnóstica através de notas de sessões numa paciente seguida em psicanálise.	Psicologia Clínica (Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro)	O instrumento foi utilizado neste estudo com o objetivo de testar a avaliação diagnóstica baseada em notas de sessões de uma paciente acompanhada em psicanálise. A realização do diagnóstico multiaxial foi, de uma forma geral, bem-sucedida e registraram-se mudanças nos focos formulados no diagnóstico, permitindo fazer certos tipos inferências e estabelecer correlações entre os seus eixos relevantes ao foco do planejamento terapêutico.
A Generalized Anxiety Disorder (GAD)'s case conceptualization proposed by psychoanalytic therapists. Analysis through Operationalized Psychodynamic Diagnostic 2 (OPD-2)'s criteria: preliminary results	Santiago et al, 2013	15	Argentina	-	A pontuação do OPD por meio de informações obtidas em entrevistas prévias não guiadas de acordo com as orientações do protocolo. Objetivo classificar a conceituação de um caso de TAG proposto por terapeutas psicanalíticos através da estrutura multi-axial do OPD-2.	Anuario de investigaciones - Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.	De acordo com os resultados preliminares, os eixos III e IV do OPD-2 foram predominantes na identificação do problema principal do paciente, os eixos IV e V foram usados para descrever o diagnóstico preliminar do paciente, e o eixo II foi observado nas expectativas de tratamento inferidas do paciente.
Self-report and observer ratings of personality functioning: a study of the OPD system	Dinger et al, 2014.	101	Alemanha	OPD-LSIA e OPD-SQ	Neste estudo, as entrevistas foram gravadas em vídeo e pontuadas por avaliadores externos. objetivou investigar os níveis de personalidade avaliados pelo observador e auto-relatados, medidos pelo nível de integração estrutural, conforme definido pelo OPD	Journal of Personality Assessment	Estudo conduzido com uma amostra de 101 pacientes que foram primeiramente entrevistados clinicamente segundo o OPD, essas entrevistas foram gravadas em vídeo e pontuada por outros avaliadores. Investiga os níveis de personalidade avaliada pelo observador e auto-relatados, medidos pelo nível de integração estrutural, conforme definido pelo OPD. Ambas as perspectivas foram

							positivamente relacionadas. Segundo esse estudo, é possível avaliar o funcionamento da personalidade utilizando como método a avaliação clínica ou pela aplicação de instrumento auto-aplicado.
Dimensions of the operationalized psychodynamic diagnosis system that predict long-term outcome after inpatient psychotherapy	Schneider et al, 2014.	253	Alemanha	HSCS (revised version of the Assimilation of Problematic Experiences Scale); HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale); BSI (Brief Symptom Inventory, a short form of the SCL-90-R) and IIP-C (Inventory of Interpersonal Problems).	Entrevistas guiadas e pontuadas pelo OPD. Buscou determinar se o sistema de Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD) pode ser útil na avaliação do processo psicoterápico a longo prazo.	Psychopathology	Neste estudo o OPD foi utilizado para determinar possíveis preditores de melhora no acompanhamento de pacientes em psicoterapia. Várias dimensões do sistema OPD demonstraram ser preditores no seguimento de 253 pacientes. Preditores negativos de resultados a longo prazo foram: alta resistência interna à mudança, alto ganho secundário decorrente da doença e também as capacidades estruturais menos integradas. Preditores positivos de desfecho em longo prazo para o sucesso do tratamento psicoterápico foram a mudança da concepção da doença para uma compreensão psicológica dos sintomas, diminuição das queixas e um nível de funcionamento estrutural mais integrado. Além disso, o nível alcançado de consciência para um padrão de comportamento individual mal-adaptativo é preditivo de um desfecho favorável a longo prazo. Os resultados evidenciaram a relevância clínica e preditiva de desfechos do OPD.
Levels of Structural Integration and Facial Expressions of Negative Emotions.	Bock at al, 2016	80	Alemanha	DSM-IV Axis I and II Disorders; OPD-2 (OPD-LSIA); Facial Action Coding System (FACS); Friesen and Ekman's EMFACS predictions	Entrevistas gravadas em vídeo e pontuadas posteriormente. Buscou analisar mais de perto expressões afetivas faciais negativas, sua ocorrência específica e dicas contextuais usando o sistema de codificação RFE.	Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Foi avaliado o comportamento afetivo facial de pacientes durante a entrevista do OPD, utilizando instrumentos de identificação facial. Segundo os resultados dessa análise, a frequência de afeto facial negativo não foi relacionada ao nível de integração estrutural. Expressões faciais de emoções negativas dirigidas ao entrevistador (referência interativa), bem como expressões faciais negativas dirigidas

				(EMFACS-7); References of facial expressions (RFE)			para todo o self do visualizador foram associados a níveis mais baixos de integração estrutural. Em contraste, os efeitos faciais negativos a aspectos únicos do self, a aspectos únicos de objetos, ou a situações externas foram associados com níveis mais elevados de integração estrutural. Para os autores desse estudo, a diferenciação de comportamentos faciais afetivos permite um aprofundamento na compreensão da conexão entre comportamentos faciais e níveis de integração estrutural psíquica.
Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) of an Adolescent in Conflict With the Law	Both; Favaretto; Benetti, 2017.	1	Brasil	-	Neste estudo a entrevista foi gravada em áudio e posteriormente pontuada segundo os critérios do OPD. Buscou identificar as características psicodinâmicas de uma sessão de tratamento gravada em áudio com um adolescente de 18 anos em conflito com a lei, mantido em regime de detenção sem a possibilidade de atividades externas	Psychology Research	Esse estudo buscou identificar o funcionamento psicodinâmico de um adolescente em regime de detenção por meio de sessões gravadas em áudio. Na avaliação do Eixo I, observou-se uma gravidade mediana da severidade dos sintomas, porém com um nível de sofrimento quase ausente. No Eixo II, o adolescente experiencia os outros como controladores, que o desqualificam e negligenciam, assim, ele procura manter-se distante, a ponto de haver impulsos descontrolados, agressão e exposição ao risco. No Eixo III, houve predomínio dos conflitos: necessidade de cuidado versus autossuficiência e conflito de autoestima. O Eixo IV apresentou uma organização estrutural mediana com internalização de modelos negativos e dificuldade de mentalização. Esse estudo conclui que o OPD-2 tem se mostrado uma ferramenta útil para identificar as características psíquicas de adolescentes em conflito com a lei e para o planejamento terapêutico.

Role of Personality Functioning in the Quality of Life of Patients with Depression	Crempien et al, 2017.	84	Chile	The Beck Depression Inventory (BDI-I); The Medical Outcome Study 36-item Short-Form (SF-36); The Operationalized Psychodynamic Diagnosis Structure Questionnaire (OPD-SQ)	Neste estudo todos os protocolos foram autoaplicados, inclusive uma versão do OPD trazendo somente uma avaliação dos aspectos estruturais proposto pelo protocolo. Buscou analisar os efeitos do funcionamento da personalidade na qualidade de vida de pacientes depressivos	The Journal of Nervous and Mental Disease	Esse estudo objetivou analisar os efeitos do funcionamento da personalidade em pacientes depressivos. Para avaliar a severidade dos sintomas depressivos utilizou-se o inventário de Beck (BDI), para avaliar o comprometimento do funcionamento da personalidade utilizou-se o OPD e para avaliar qualidade de vida o QoL, em uma amostra de 84 pacientes com diagnóstico de depressão. O funcionamento da personalidade mostrou efeitos de média associados aos componentes mental e físico da QoL. Um efeito moderador do funcionamento da personalidade sobre a relação entre sintomas depressivos e QoL foi testado, mas não confirmado. Segundo esse estudo, sugere-se que a gravidade dos sintomas depressivos parece mediar o efeito do funcionamento da personalidade sobre o componente mental da QoL.
Operationalized Psychodynamic Diagnosis System and Outcome of Psychodynamic Inpatient Psychotherapy in Male and Female Patients	Schneider; Heuft, 2018.	850	Alemanha	Inventário de problemas interpessoais (IIP); Inventário breve de psicopatologia (BSI); e Escala de ansiedade e depressão no contexto hospitalar (HADS)	Neste estudo, os resultados do OPD foram avaliados levando em consideração cinco entrevistas diagnósticas realizadas ao final do processo de psicoterapia. Esta pontuação foi realizada por avaliadores externos. Objetivou comparar entre pacientes do sexo masculino e feminino a evolução dos resultados do processo psicoterápico quando avaliados levando em consideração o sistema de Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) e outras variáveis do tratamento.	Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Este estudo teve por objetivo avaliar desfechos em uma amostra de homens e mulheres em acompanhamento psicoterápico, no início e final do acompanhamento. Um total de 850 pacientes foram avaliados, de maioria feminina. Esses pacientes foram submetidos no início e final do tratamento a um entrevista diagnóstica do OPD e questionários autoaplicados (Inventário de problemas interpessoais – IIP; Inventário breve de psicopatologia – BSI; e Escala de ansiedade e depressão no contexto hospitalar – HADS. O resultado das análises apresentou uma diferença entre as médias, com uma alta proporção de distúrbios alimentares e duração de tratamento mais longo entre as mulheres. As mulheres pontuaram mais no protocolo de psicopatologia (BSI Global Score) IIP e ansiedade no momento da admissão; o padrão de problemas

							<p>interpessoais relatados foram associados aos papéis sociais atribuídos a cada sexo. O nível de integração estrutural foi semelhante em ambos os sexos, a distribuição dos principais conflitos e capacidade de melhoria da conscientização e maneira de lidar com os focos psicodinâmicos mostraram diferenças significativas. No geral, ao final da psicoterapia, houve uma melhora média em homens e mulheres, sem diferenças significativas entre eles. Devido aos altos escores no início da psicoterapia, os tamanhos de efeito para melhoria foram maiores para as mulheres. Ambos apresentaram benefícios com o tratamento recebido.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--



#### 4. JUSTIFICATIVA

No intuito de melhorar as formas de comunicação com a comunidade científica, assim como a formulação de um inventário de treinamento e desenvolvimento de habilidades clínicas, o OPD acentua de forma muito particular os padrões de comportamento relacional do sujeito, bem como o modo de agir e vivenciar seus conflitos e características estruturais, mas como qualquer outro sistema de diagnóstico, o OPD tem suas limitações (Pérez et al., 2009). O diagnóstico psicodinâmico baseado na entrevista oferece, por vezes, uma percepção limitada do tipo de conflitos e da estrutura de personalidade que o paciente apresenta, uma vez que podem existir problemáticas que nem sempre emergem facilmente no ato da avaliação. Nesse sentido, o diagnóstico do OPD pode contribuir para uma padronização das observações, ainda que, contudo, dependa sempre das capacidades interpretativas sobre o mundo mental da outra pessoa (OPD Task Force, 2016).

Até o momento, os estudos realizados fortalecem a base empírica do instrumento por sua aplicação em diferentes contextos, no entanto, a existência de níveis desiguais de operacionalização de cada um dos eixos apresentam déficits que necessitam ser igualados e unificados, de forma que se possa criar um sistema diagnóstico interconectado e integrado (Pérez, et al. 2009), que se propõe a estabelecer descrições comportamentais que possa auxiliar em impedir que as interpretações psicodinâmica ocorram de forma livre demais.

Dentre os estudos já realizados até o momento, observou-se uma tendência em utilizar entrevistas gravadas ou dialogadas, que não necessariamente consideraram os pontos a serem avaliados durante a entrevista semi-estruturada proposta pelo protocolo. Entende-se que este tipo de metodologia, para a coleta dos dados, limite o acesso a todas as informações necessárias para a formulação de um diagnóstico psicodinâmico como proposto pelo instrumento, tornando-se um limitador na avaliação das propriedades de medição do instrumento.

Por compreender que a correta quantificação de valores de mensuração em instrumentos psicométricos favorece o teste empírico de hipóteses e a avaliação da plausibilidade de modelos teóricos explicativos (Hutz et al, 2015), o presente estudo, acompanhando a necessidade de desenvolver estudos empíricos para validação de

instrumentos diagnósticos, se propôs a aplicar e avaliar qualidades de medidas psicométricas do OPD-2 em uma amostra brasileira de pacientes com transtornos mentais graves, que estivessem recebendo acompanhamento psicoterápico, nas modalidades de psicoterapia de orientação analítica, terapia interpessoal e terapia cognitivo comportamental. Essas aplicações foram realizadas por meio de entrevistas presenciais, realizadas em consultórios ambulatoriais de um centro de pesquisa do hospital onde os pacientes recebiam seu atendimento psicoterápico, sendo as mesmas conduzidas por psicoterapeutas, com formação e experiência em psicoterapia de orientação psicodinâmica (2 psiquiatras e 2 psicólogos), e que receberam treinamento para a aplicação do OPD-2, levando em consideração as orientações do manual da OPD Task Force (2016). Os entrevistadores envolvidos nessa coleta não estabeleceram nenhum tipo de contato prévio com os pacientes incluídos na pesquisa, ou mesmo obtiveram informações prévias adicionais sobre o paciente e não tiveram nenhum tipo de interferência sob o tratamento recebido pelo paciente na instituição.

Sabendo que os parâmetros psicométricos de um instrumento possam ser melhor avaliados quando conduzidos dentro de condições adequadas de investigação científica, possibilitando uma maior amplitude na investigação de conteúdo dos itens avaliados pelo instrumento, o delineamento de pesquisa adotado no presente estudo difere de outros já realizados.

A validação de um instrumento envolve um processo de busca por evidências de validade que apoiem a adequação, o significado e a utilidade das decisões tomadas com base nas inferências feitas a partir de seus resultados. Apoiando-se na qualidade das observações, conclusões e decisões tomadas com base nos resultados obtidos pelo uso de determinado instrumento (Hutz et al., 2015), espera-se que a partir dos resultados do presente estudo seja possível avaliar se o instrumento OPD-2 será capaz de replicar a mesma qualidade de propriedades psicométricas obtidas em outros estudos. Dessa maneira o mesmo passe a servir como ferramenta para o planejamento, seguimento e avaliação de resultados do processo e eficácia psicoterápicos.

## **5. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Avaliar propriedades de mensuração/psicométricas do instrumento Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD) em uma amostra brasileira de pacientes com transtornos mentais graves atendidos em psicoterapia.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

a) Avaliar a validade de critério concorrente do instrumento OPD quando aplicado em uma amostra brasileira, através de correlações com os seguintes instrumentos “padrão ouro”: SCL-90R, BDI e WHOQOL-BREF;

b) Avaliar medidas de fidedignidade entre avaliadores do instrumento OPD quando aplicado em uma amostra brasileira;

c) Avaliar a validade de critério preditiva do OPD, considerando como medidas de critério história de internação psiquiátrica, tentativa de suicídio e sintomatologia depressiva;

d) Avaliar a fidedignidade de consistência interna dos itens que compõem cada um dos eixos do protocolo OPD-2;

e) Avaliar em uma amostra de pacientes entrevistados em dois momentos distintos (baseline e 6 meses) alguma mudança para cada item que compõe o protocolo OPD-2

## **6. METODOLOGIA**

### **Questão de pesquisa**

O inventário estruturado OPD-2 manterá adequadas propriedades psicométricas de validade de critério e fidedignidade apresentado em outros estudos quando aplicado em uma amostra brasileira de pacientes com transtorno mental grave atendidos em psicoterapia?

### **Delineamento**

Para atender ao propósito deste estudo foram adotadas duas amostras com delineamentos distintos.

O primeiro trata-se de estudo de delineamento naturalístico longitudinal com uma amostra consecutiva de todos os pacientes que estiveram em atendimento nos ambulatórios de psicoterapia do HCPA. Esses pacientes foram acompanhados em modalidades de psicoterapia de orientação analítica (POA), terapia interpessoal (TIP) e terapia cognitivo comportamental (TCC). Respeitou-se perdas e recusas, adotando como medidas de desfecho 2 momentos diferentes (em um primeiro momento e 6 meses após sua admissão na pesquisa).

Uma segunda amostra trata-se de estudo de delineamento naturalístico transversal com uma amostra consecutiva de pacientes que estiveram em atendimento nos ambulatórios de triagem para psicoterapia do HCPA, com indicação de acompanhamento, mas que ainda não tivessem iniciado tratamento psicoterápico, também respeitando perdas e recusas, adotou-se como medida de desfecho a pontuação do protocolo OPD-2 de 4 avaliadores distintos baseados em entrevistas únicas.

### **Amostra**

A primeira amostra analisada foi composta por 80 pacientes, incluídos na pesquisa segundo o critério de estar em acompanhamento de intervenção psicoterápica de diferentes modalidades (POA, TIP e TCC). O cálculo do tamanho amostral foi realizado considerando um nível de significância de 5%; poder de 80%, diferença a ser detectada de 0,22 com Desvio Padrão de 0,43, e perdas no seguimento em 20-30%. Foram incluídos nessa amostra somente àqueles pacientes que consentiram participação na pesquisa conforme aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Após consentirem sua participação, cada sujeito foi submetido a uma entrevista semi-estruturada seguindo as orientações preconizadas pelo manual de aplicação do instrumento em estudo. Nesse momento, também foram coletados dados de perfil sócio-demográfico e o participante recebeu orientações pertinentes para a auto-aplicação dos demais instrumentos utilizados nesta pesquisa.

A segunda amostra analisada foi composta por 5 pacientes, que foram incluídos na pesquisa seguindo o critério de estar em triagem com indicação para realizar acompanhamento psicoterápico. Esses pacientes foram incluídos na pesquisa após aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado especificamente para atender ao propósito de avaliar a fidedignidade de respostas ao instrumento entre

avaliadores distintos. Esses pacientes foram submetidos a entrevista semi-estruturada conduzida por um entrevistador habilitado e treinado segundo o manual de aplicação do OPD e acompanhado por outros três avaliadores também treinados que acompanharam a entrevista sem realizar nenhuma interferência. Os quatro avaliadores pontuaram o protocolo de forma independente entre si.

Todos os avaliadores envolvidos no presente estudo não estabeleceram nenhum tipo de contato prévio com os participantes da pesquisa, não tendo nenhum tipo de interferência na condução ou planejamento do tratamento psicoterápico recebido pelos participantes.

### **Instrumentos utilizados**

Os participantes responderam a uma seleção de protocolos de avaliação autoaplicáveis em dois momentos diferentes da pesquisa, dentre eles:

O WHOQOL-BREF (*The World Health Organization Quality of Life – brief version*), instrumento de 26 itens adaptado a partir do WHOQOL-100. É uma avaliação de qualidade de vida que foi desenvolvida simultaneamente em 15 Centros Internacionais. O WHOQOL – BREF é composto por 26 questões relacionadas a 4 domínios (saúde física, psicológica, relações sociais e ambiente) e é respondido individualmente (Skevington, 2004).

O SCL-90 (*Symptom Check-List-90-Revised*), avalia o tipo e a gravidade sintomatológica apresentada pelo paciente. O instrumento é composto por 9 dimensões: somatização, obsessividade/compulsividade, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideias paranoides e psicoticismo. A qualidade da sintomatologia é indicada pela dimensão mais pontuada. O instrumento fornece um Índice Global de Severidade (IGS), o Total de Sintomas Positivos (TSP), e a intensidade em que os sintomas pontuados pelo paciente estão presentes em uma escala de zero (nem um pouco severo) a quatro (muito severo) (Laloni, 2001).

A BDI é uma medida de intensidade da depressão que consiste em 21 grupos de afirmações, cada item apresenta quatro alternativas que podem ter escores 0, 1, 2 ou 3.

Os pontos de cortes sugeridos para avaliar a intensidade da depressão são: 0-11 depressão mínima; 12-19 leve; 20-35 moderada; 36-63 severa (Cunha, 2011).

Todos os participantes da pesquisa foram avaliados nos dois momentos da pesquisa por aplicadores diferentes seguindo as orientações de aplicação do OPD-2 (*Operationalized Psychodynamic Diagnosis-version 2*), instrumento multiaxial constituído por cinco eixos, denominados “vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento”, “relações interpessoais”, “conflito”, “estrutura” e “transtornos mentais e psicossomáticos” (segundo a linha do CID-10). Após uma entrevista com duração de uma a duas horas, o clínico (ou observador externo) avalia, de acordo com os cinco eixos do inventário, o perfil psicodinâmico do paciente e registra os dados obtidos no formulário de avaliação (OPD Task Force, 2016).

### **Avaliadores**

Os participantes desta pesquisa foram entrevistados por um grupo de 3 avaliadores (1 psicóloga e 2 psiquiatras) com formação em psicoterapia de orientação psicodinâmica e com experiência em acompanhamento psicoterápico. Ao longo de um ano, esses avaliadores participaram de encontros semanais, com duração de aproximadamente 2 horas, onde foram estudados, em formato de seminários e discussão de casos clínicos, os pontos avaliados pelo OPD e as orientações contidas no manual de aplicação do instrumento.

Durante esses encontros, os avaliadores receberam o treinamento necessário para aplicação adequada do instrumento, assim como esclarecimentos dos pontos norteadores a serem avaliados para a correta pontuação do protocolo.

Um dos avaliadores envolvidos nessa coleta, em encontro presencial com o grupo de Heidelberg, responsável por muitos estudos de validação deste instrumento, pôde esclarecer dúvidas e aprofundar conhecimentos sobre a correta aplicação do instrumento e possibilidades de uso no contexto clínico e de avaliação.

O grupo de avaliadores contou com a participação de um dos integrantes do grupo responsável pela formulação e adaptação do manual para o português.

Foi ainda realizado um contato prévio, por e-mail, com o grupo alemão responsável pela formulação do instrumento para que se pudesse obter autorização formal para o uso do instrumento em contexto de pesquisa ambulatorial.

### **Avaliação de propriedades psicométricas**

Para que se possa confiar nos resultados obtidos por uma escala ou teste psicológico, é necessário que eles atendam a certos parâmetros psicométricos que avaliam a qualidade do instrumento. Neste sentido, os mais importantes deles são a validade e fidedignidade.

Nesta sessão, será exposto as técnicas de validade e fidedignidade utilizados neste estudo.

#### 1. Validade

Define-se a validade de um teste dizendo que ele é válido se de fato mede o que supostamente se propõe a medir (Hutz et al, 2015). Isso significa que um teste é válido quando os itens medem os comportamentos que são parte do traço latente que se deseja mensurar. A validade de medida é composta por três categorias: construto, conteúdo e critério (Hutz et al, 2015; Pasquali, 2003).

##### 1.1. Validade de critério

A validade relacionada ao critério, aborda a qualidade da escala ou teste e deve funcionar como um preditor presente ou futuro de outra variável, independente, chamada de critério (Hutz et al., 2015). Mede, portanto, o grau de eficácia que o instrumento possui em prever o desempenho de um sujeito em determinada tarefa.

Existem dois tipos de validade de critério: preditiva e concorrente. A diferença entre elas é, basicamente, a questão do tempo entre a coleta da informação do teste e a coleta da informação sobre o critério. É de grande importância para esta avaliação, a determinação do critério adequado e sua medição válida e independente do próprio teste (Pasquali, 2001).

O coeficiente de validade é um tipo de evidência estatística utilizado para inferir a validade de critério, seja preditiva, seja concorrente. O coeficiente de validade é calculado pela correlação entre a medida e o critério. Não há um parâmetro estabelecido

para o tamanho que o coeficiente de validade deva assumir para que o pesquisador o adote como válido, no entanto ele deve ser suficiente para permitir que as decisões corretas sejam tomadas no contexto em que o teste for utilizado (Hutz et al., 2015).

As validações de critérios concorrentes e preditivas são medidas psicométricas relevantes por partirem do princípio de que ao demonstrar que a validade de critério de um teste é preciso esse teste se correlaciona significativamente com outras variáveis com as quais o construto medido pelo teste deveria, pela teoria, estar relacionado - validade concorrente - e não se correlacionar ou ter uma correlação baixa e insignificante com variáveis com as quais teoricamente deveria diferir - validade discriminante (Pasquali, 2001; Urbina, 2007). A alta correlação entre um novo teste e um teste similar já existente é considerada como uma evidência de que o novo teste mede, aproximadamente, o mesmo traço ou construto que o teste já validado mede (Camey & Fachel, 2008).

#### 1.1.1. Validade de critério concorrente

A validade concorrente ocorre quando as duas medidas, o teste e o critério, são obtidas quase simultaneamente. Ela é calculada com base em medidas já existentes à época do teste, consideradas como referência para avaliar determinado critério. Assim, a validade concorrente trata da qualidade com que o instrumento pode descrever um critério presente (Camey & Fachel, 2008; Hutz et al., 2015).

#### 1.1.2. Validade de critério preditiva

A validade preditiva fará previsões para ao futuro. Por exemplo, um teste de depressão poderá ser validado se os escores altos no teste forem confirmados por diagnósticos clínicos feitos após o teste. É a qualidade com que uma escala pode prever um critério futuro (Camey & Fachel, 2008).

## 2. Fidedignidade

Fidedignidade, ou precisão, de um teste refere-se à estabilidade com que os escores dos sujeitos testados conservam-se em aplicações alternativas de um mesmo teste ou em formas equivalentes de testes distintos (Anastasi & Urbina, 2000). Quanto mais similares forem os escores dos testandos em aplicações distintas, maior será a fidedignidade deste teste. A análise de fidedignidade dos escores de um teste permite estimar o grau de flutuação esperado em aplicações subsequentes. A fidedignidade é uma



propriedade psicométrica fundamental para a validade de um teste, por ser a replicação de resultados um quesito para a boa qualidade da ciência (Hutz et al., 2015).

O termo “fidedignidade” é muitas vezes utilizado como “confiança”, “consistência interna”, “estabilidade” e “precisão”. Todos esses termos referem-se ao quão bem o conjunto de itens do instrumento consegue produzir resultados capazes de distinguir participantes em termos de diferenças individuais, respeitando o problema de estabilidade no tempo e o problema da consistência interna da escala (Hutz et al., 2015).

A fidedignidade está intimamente ligada ao conceito de variância erro (variabilidade nos escores produzida por fatores estranhos ao construto), indicando o montante de variância verdadeira que o teste produz versus a variância erro (Pasquali, 2001).

### 2.1. Coeficiente Alfa

O coeficiente de fidedignidade que determina a consistência interna da escala inteira é denominado Coeficiente Alfa de Cronbach. A fidedignidade do instrumento será maior quanto maior for a homogeneidade do conteúdo expresso através dos itens. Sua função é, essencialmente, verificar a homogeneidade dos itens que constituem cada eixo. Esse processo pressupõe que os itens sejam homogêneos, representando o mesmo construto/traço latente (Pasquali, 2001). O Coeficiente Alfa de Cronbach deve variar de 0 a 1, sendo que, quanto mais próximos a 1, maior a fidedignidade do teste e o limite inferior para que ele seja aceitável é 0,7 (Camey & Fachel, 2008).

### 2.2. Fidedignidade do avaliador

Determinados tipos de testes podem estar sujeitos à avaliação subjetiva do avaliador e, por essa razão, podem necessitar de evidências adicionais de fidedignidade para seus escores (Hutz et al, 2015). Nesse caso, podem-se correlacionar os resultados dos protocolos de respostas dados a avaliadores diferentes e verificar o grau de similaridade entre eles. Este tipo de evidência complementa as evidências fornecidas por outros procedimentos e é desejável para testes em que a padronização da produção de escores pode estar mais sujeita a vieses do aplicador.

## **Análises estatísticas**

As análises descritivas da amostra frequências, média e desvio padrão, mediana e intervalo interquartilico (IIQ = quartil1; quartil3) foram calculadas para descrever a amostra em perfil sociodemográfico, histórico de internações psiquiátricas e tentativas de suicídio, sintomatologia depressiva (BDI), domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF), níveis de psicoticismo (SCL-90R) e uma análise seguindo os padrões propostos pelos eixos avaliados no OPD-2. Para verificar a distribuição normal da amostra foi realizado o teste de Shapiro-Wilk determinando o teste estatístico a ser utilizado.

A análise da validade de critério concorrente foi realizada através do teste de correlações de Spearman, sendo examinados os coeficientes de validade de associações entre os sintomas depressivos levando em consideração os escores da BDI, os domínios da WHOQOL-BREF, níveis de psicoticismo segundo a SCL-90R e os itens que compõem cada eixo do OPD-2.

Realizou-se análises da validade de critério preditiva das amostras, ou por meio de teste t para amostras independente ou Mann-Whitney, entre os eixos do OPD-2. Discriminando, dentro da amostra analisada, pacientes com história de internação psiquiátrica, tentativa de suicídio e sintomatologia depressiva.

Para analisar a fidedignidade dos itens que compõem cada um dos eixos deste protocolo foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach, que é utilizado como indicador sumário para avaliar a fidedignidade dos escores de um teste. Para análises de fidedignidade de escalas do tipo Likert é usual utilizar o cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach como coeficiente de consistência interna, que consiste na correlação existente entre cada item do teste e o restante dos itens ou o escore total dos itens.

Realizou-se ainda, a partir de uma amostra de pacientes avaliados em dois momentos diferentes da pesquisa (baseline e 6 meses), análise estatística por meio do teste de McNemar com o objetivo de avaliar se ao longo de 6 meses esses pacientes manifestavam alguma mudança significativa para cada item avaliado pelo protocolo do OPD-2.

No intuito de avaliar a fidedignidade no nível de concordância de confiabilidade interavaliadores foi calculado o Kappa “ponderado”, assumindo-se igual distância entre cada um dos estágios da escala de pontuação do OPD-2.

O cálculo matemático do Kappa proposto por Cohen (1960) admite que o cálculo estatístico seja realizado somente entre dois avaliadores. Para amostras com delineamento cruzado de três ou mais avaliadores, Light (1971) sugere um cálculo de Kappa entre todos os avaliadores usando uma média aritmética dessas estimativas fornecendo um índice geral de concordância (Hallgren, 2012). Esses dois cálculos foram realizados para avaliar essa propriedade do instrumento.

## **7. AVALIAÇÃO INTERNACIONAL DA QUALIDADE METODOLÓGICA DE ESTUDOS SOBRE PROPRIEDADES DE MEDIDAS: COSMIN**

Assim como já existe para outros delineamentos (CONSORT, STROBE, etc) e tipos de pesquisa, o objetivo do grupo COSMIN (Consensus-based Standards for the selection of health status Measurements Instruments) foi desenvolver uma checklist para avaliar a qualidade do desenvolvimento metodológico de estudos que avaliam propriedades de medidas. Assim, com o objetivo de melhorar a seleção de instrumentos de medição de saúde, desenvolveu-se uma ferramenta internacional de avaliação, organizado no formato de checklist, contendo normas para avaliar a qualidade metodológica de estudos que se propõem a analisar as propriedades de instrumentos de medição de saúde (Mokkink et al., 2010). A versão atualizada deste checklist está em fase de desenvolvimento por isto, nesta dissertação, foi utilizada uma versão anterior e os pontos avaliados foram utilizados para verificar se o presente estudo contempla as normas indicadas pelo grupo COSMIN.

A aplicação do COSMIN para avaliação do estudo, está apresentado no anexo I.

## **8. ASPECTOS ÉTICOS**

O presente estudo é parte do projeto de pesquisa *Longitudinal Investigation of Psychotherapies Outcomes (LIPO)*, o mesmo foi encaminhado e aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG-HCPA), cujo Comitê de Ética é reconhecido pela CONEP, e está registrado no mesmo sob o número 15-0097.

## 9. RESULTADOS

### Artigo 1

Título: Propriedades psicométricas do protocolo de sistema diagnóstico  
Operationalization of Psychodynamic Diagnosis 2 (OPD-2) em pacientes com  
transtorno mental grave em psicoterapia

Autores: Cinthia Danielle Araújo Vasconcelos Rebouças; André Goettems Bastos;  
Guilherme Kirsten Barbisan; Leonardo Gonçalves; Bruno Perosa Carniel; Neusa Sica  
da Rocha

#### Resumo

**Introdução:** No intuito de ampliar a classificação descritiva dos transtornos mentais e trazer consistência empírica na formulação de um diagnóstico baseado nos conceitos psicanalíticos/psicodinâmicos, foi elaborado o instrumento multiaxial Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD), permitindo a abrangência da complexa relação existente entre condições e fatores que determinam os fenômenos em torno das patologias mentais sob o ponto de vista psicodinâmico. **Metodologia:** Estudo naturalístico longitudinal que avaliou 80 pacientes em dois momentos distintos baseline e 6 meses. Os pacientes incluídos nessa amostra eram pacientes que estavam em acompanhamento psicoterápico nas modalidades de Psicoterapia de Orientação Analítica, Terapia Interpessoal e Terapia Cognitivo Comportamental. Esses pacientes foram todos entrevistados segundo as orientações de aplicação do OPD-2, respondendo ainda a uma seleção de instrumentos autoaplicados, para verificação de sintomas clínicos no momento das entrevistas. Foi selecionada ainda uma amostra transversal de 5 pacientes que foram entrevistados em um único momento. Esses pacientes foram entrevistados por um avaliador e a entrevista foi acompanhada presencialmente por outros três avaliadores, no intuito de avaliar o nível de concordância do instrumento entre os avaliadores. **Resultados:** Observou-se correlações significativas entre a avaliação de redução de sintomas pelo OPD-2 e os domínios psicológico ( $r=0.339$ ;  $p=0.010$ ), social ( $r=0.350$ ;  $p=0.008$ ) e ambiental ( $r=0.265$ ;  $p=0.048$ ) da WHOQOL-BREF; e também de itens que avaliaram conflito de necessidade de cuidado versus autossuficiência ( $r = 0.314$ ;  $p = 0.019$ ), conflito de identidade ( $r = 0.308$ ;  $p = 0.024$ ) e WHOQOL-BREF. Verificou-se correlação significativa entre todos os itens que avalia a organização estrutural e o índice de psicoticismo da SCL-90R. Em relação à fidedignidade dos itens que compõem o Eixo IV, obteve-se um Alfa de Cronbach de  $\alpha=0.922$ . Em relação às análises de validade de critério preditiva, observou-se diferença das médias na avaliação estrutural de pacientes com histórico de tentativa de suicídio ( $\bar{x}= 22.2$ ;  $\pm 4.4$ ;  $t=2.487$ ;  $gl=56$ ;  $p= 0.016$ ) e história prévia de internação ( $\bar{x}=22.4$ ;  $\pm 4.1$ ;  $t= -2.337$ ;  $gl=59$ ;  $p=0.023$ ). Acerca do nível de concordância do OPD-2 entre avaliadores os valores de kappa não identificaram concordância inter-avaliador representativos. **Conclusões:** Os resultados deste estudo

demonstraram que a avaliação realizada pelo OPD-2 acompanha os resultados de instrumentos autoaplicáveis já validados. O OPD-2 quando administrado por avaliadores preparados e treinados para o preenchimento preconizado pelo manual o OPD-2 mostrou boa qualidade de avaliar os conflitos e as questões estruturais dos sujeitos. Os resultados obtidos sugerem que a versão brasileira do OPD-2 tem boa condição de avaliar propriedades psicodinâmicas, podendo ser um instrumento útil dentro dos contextos clínico e em pesquisa.

## Abstract

**Background:** In order to expand the descriptive classification of symptoms in mental disorders and to bring empirical consistency to psychodynamic/psychoanalytic models, a multiaxial instrument called Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD) was formulated, allowing psychotherapy research to encompass the complexity of the relation between conditions and factors that determine the phenomena of mental pathologies from a psychodynamic point of view. **Methodology:** Longitudinal naturalistic study with 80 outpatients, who were attempted in psychodynamic psychotherapy, interpersonal psychotherapy and cognitive behavioral psychotherapy. Those patients were interviewed in different moments, baseline and six months later, according OPD-2 and it was assessed self-apply instruments to verify clinical symptoms at the interviewing moment. In addition, it was selected a transversal sample of 5 patients that was interviewed in just one specific moment. Those patients were interviewed by one rater and this interview were watched by three different raters that assessed the instrument, to evaluate the interrater reliability. **Results:** Significant correlations between symptom reduction and psychological ( $r=0.339$ ;  $p=0.010$ ); social relationship ( $r=0.350$ ;  $p=0.008$ ) and environmental ( $r=0.265$ ;  $p=0.048$ ) domains of WHOQOL-BREF and items that assessed conflict desire for care versus autarchy ( $r = 0.314$ ;  $p = 0.019$ ), identity conflict ( $r = 0.308$ ;  $p = 0.024$ ) and WHOQOL-BREF was observed. There was a significant correlation between all the items that evaluated personality structural and the SCL-90R psychotic index. In addition, concerning the reliability of the items that compose Axis IV, we found a Cronbach's alpha of  $\alpha = 0.922$ . Regarding predictive validity analysis, we observed mean differences in the structural evaluation of patients with a history of suicide attempt ( $\bar{x} = 22.2$ ;  $\pm 4.4$ ;  $t=2.487$ ;  $gl=56$ ;  $p= 0.016$ ) and previous history of hospitalization ( $\bar{x}=22.4$ ;  $\pm 4.1$ ;  $t= -2.337$ ;  $gl=59$ ;  $p=0.023$ ). In relation to the OPD-2 reliability level between evaluators, the kappa value did not identify representative inter-rater agreement. **Conclusion:** Our results demonstrated that the evaluation performed by OPD-2 accompanies the results of validated self-administered instruments. When administered by evaluators prepared and trained to fill the manual as recommended by OPD-2, the instrument displayed good quality in assessing the conflicts and the structural issues of the subjects. These results suggest that the Brazilian version of OPD-2 is a valid, reliable instrument in evaluating psychodynamic properties and can be a useful tool within the clinical and research contexts.

## Introdução

Os sistemas de classificação para diagnósticos psiquiátricos têm, entre outros, propósitos de: distinguir um diagnóstico psiquiátrico de outro, de modo que os clínicos possam oferecer o tratamento mais efetivo; proporcionar uma linguagem comum entre os profissionais da saúde; explorar as causas ainda desconhecidas de muitos transtornos mentais. No intuito de expandir a classificação descritiva de sintomas das perturbações mentais proposto por sistemas de classificação diagnóstica, como o CID e o DSM, que foi fundada a *Operationalization of Psychodynamic Diagnosis (OPD) Task Force*, formada por experientes psicoterapeutas psicodinâmicos que formularam o *Operationalized Psychodynamic Diagnosis*, instrumento que já está em sua segunda versão (OPD-2) publicado em 2006<sup>1</sup>.

Este instrumento consiste em um construto multiaxial que possibilita abarcar a complexidade e a inter-relação de condições e fatores que determinam os fenômenos e as patologias mentais do ponto de vista psicodinâmico. Sua aplicação é norteada por um entrevista semi-estruturada com duração média de 60 minutos, onde um aplicador treinado poderá explorar pontos condizentes a uma avaliação diagnóstica sistematizada pelos eixos do instrumento. Sendo então o OPD-2 composto por quatro eixos psicodinâmicos e um eixo descritivo: Eixo I: Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento; Eixo II: Relações interpessoais; Eixo III: Conflito psíquico; Eixo IV: Estrutura psíquica; Eixo V: Transtornos mentais e psicossomáticos.

Com o diagnóstico do OPD, podem ser identificados os padrões relacionais disfuncionais, as configurações dos conflitos internos e as condições estruturais do paciente, os quais poderão ser utilizados na escolha dos focos de intervenção terapêutica<sup>1</sup>. Assim, este instrumento foi elaborado no intuito de melhorar as formas de comunicação com a comunidade científica, prevendo ainda a formulação de um inventário de treinamento e desenvolvimento de habilidades clínicas para aplicadores, tornando-os aptos a explorar, de forma muito particular, os padrões de comportamento relacional do sujeito, bem como o modo de agir e vivenciar seus conflitos e características estruturais, os quais poderão ser determinantes no momento de escolha e determinação dos focos de intervenção terapêutica.

A publicação do primeiro manual do OPD deu origem a uma fase de intensa investigação científica acerca do instrumento. Estudos, com diferentes delineamentos metodológicos e aplicados em diferentes contextos e amostras, avaliaram padrões de

confiabilidade para os eixos do instrumento revelando resultados satisfatórios. Nesses estudos, em sua maioria, o OPD foi aplicado por avaliadores que receberam treinamento específico para o manejo do instrumento e as investigações foram conduzidas de forma a avaliar a confiabilidade e validade do uso do instrumento na avaliação de pacientes submetidos a tratamento psicoterápico<sup>(2-17)</sup>.

A maioria dos estudos já realizados ocorreram em países da Europa e seus principais objetivos foram avaliar a validade e confiabilidade do OPD, especialmente, a validade de critério do instrumento quando correlacionado com outros instrumentos de avaliação já validados<sup>(2,3;7;10-12)</sup> e ainda testar a aplicabilidade e possibilidade de uso em diferentes contextos de atenção a pacientes com comprometimentos clínicos psiquiátricos, acompanhados em serviços ambulatoriais ou de internação<sup>(4-6; 8,9)</sup>.

Dentro das amostras desses estudos observou-se uma tendência em utilizar o instrumento para avaliar a evolução de pacientes em acompanhamento psicoterápico ou que estivessem recebendo algum tipo de atenção psiquiátrica e as formas de utilização das informações obtidas através da aplicação do protocolo no planejamento do tratamento desses pacientes. E ainda como aspectos associados as relações interpessoais, conflitos e organização estrutural avaliados pelo instrumento podem servir para contemplar esses objetivos. Nesses estudos, o OPD serviu para avaliar a evolução de sintomas clínicos, como sintomas depressivos, e a possível interferência do tratamento recebido, avaliando a melhora do nível de organização estrutural psíquica dos sujeitos, e ainda desfechos clínicos. Os resultados obtidos por esses estudos consideraram o OPD como um instrumento adequado quando utilizado para avaliar os processos de tratamento recebido, tendo amplo uso dentro da saúde mental. Para esses estudos o mesmo atenderia as demandas de proposta de pesquisa e seria um instrumento confiável para uso em contextos de avaliação clínica<sup>(13-17)</sup>. Observou-se que dentre esses estudos publicados, parte deles utilizaram entrevistas gravadas como método de coleta dos dados para preenchimento do OPD, sendo que em alguns deles, essas entrevistas não foram conduzidas levando em consideração pontos específicos avaliados pelo protocolo.

Em amostra brasileira, Krieger<sup>10</sup> se propôs a avaliar a validade de conteúdo, a concordância interavaliadores e a validade concorrente do instrumento utilizando-se de 51 entrevistas dialogadas em contexto clínico, mas que não seguiam as orientações de aplicação específicas para pontuação do OPD. Os instrumentos foram pontuados por 6 juízes (psicólogos especialistas em psicoterapia psicodinâmica) levando em consideração

as informações obtidas por meio destas sessões dialogadas. As validades concorrentes verificaram as possíveis associações do OPD com os resultados obtidos pela aplicação dos instrumentos SCL-90R e WHOQOL-BREF, o preenchimento destes instrumentos ocorreu no momento do ingresso do paciente na instituição, antes de iniciar a psicoterapia. Os resultados obtidos neste estudo corroboraram os resultados obtidos em outros países, sugerindo boas condições de avaliar propriedades psicodinâmicas, mas os resultados psicométricos de concordância interavaliadores e validade concorrente não foram robustos do ponto de vista de significância estatística.

Apesar dos achados científicos que validam o uso desse instrumento, como qualquer outro sistema de diagnóstico, o OPD tem suas limitações. O diagnóstico psicodinâmico baseado na entrevista oferece, por vezes, uma percepção limitada do tipo de conflitos e da estrutura de personalidade que o paciente apresenta, uma vez que podem existir problemáticas que nem sempre emergem facilmente no ato da avaliação<sup>11</sup>.

Até o momento, os estudos realizados fortalecem a base empírica do instrumento por sua aplicação em diferentes contextos, mas a existência de níveis desiguais de operacionalização de cada um dos eixos apresenta déficits que necessitam ser igualados e unificados, de maneira que se possa criar um sistema diagnóstico interconectado e integrado. Para Pérez<sup>11</sup>, ficou demonstrado que a concordância interavaliadores para os eixos do OPD-2 foi maior em entrevistas realizadas em condições de pesquisa. Sendo assim, seria possível atribuir que, entrevistas conduzidas de forma estruturada seguindo o propósito de investigação científica provavelmente possibilitaria uma maior amplitude na investigação de conteúdos dos itens avaliados pelo instrumento, assim como será capaz de igualar de forma mais apropriada a avaliação dos construtos atribuídos a cada eixo do instrumento.

Assim, acompanhando a necessidade de desenvolver estudos empíricos de validade de critério e fidedignidade de instrumentos diagnósticos, este estudo se propõe a aplicar e avaliar qualidades de medidas psicométricas do OPD-2 em uma amostra brasileira de pacientes com transtornos mentais graves, que estejam recebendo acompanhamento psicoterápico. Diferente do estudo de Krieger<sup>11</sup>, realizado em amostra brasileira, que fez uso de entrevistas psicodinâmicas de rotina, conduzidas por psicoterapeutas sem treinamento prévio para investigação dos eixos do OPD-2, no presente estudo as aplicações das entrevistas foram conduzidas levando em consideração os padrões de estruturação previsto pelo protocolo. As entrevistas foram presenciais



conduzidas por psicoterapeutas, com formação e experiência em psicoterapia de orientação psicodinâmica (2 psiquiatras e 2 psicólogos), e que receberam treinamento específico para a aplicação do OPD-2, levando em consideração as orientações do manual da OPD Task Force<sup>1</sup>.

Dessa forma, com os resultados obtidos por esse estudo, acredita-se que se o instrumento for capaz de replicar resultados satisfatórios e confiáveis, o mesmo possa servir como ferramenta para o planejamento, seguimento e avaliação de resultados do processo psicoterápico.

### Metodologia

Para atender ao propósito deste estudo foram adotadas duas amostras com delineamentos distintos. O primeiro trata-se de estudo de delineamento naturalístico longitudinal com uma amostra consecutiva de todos os pacientes que estiveram em atendimento nos ambulatórios de psicoterapia do HCPA. Esses pacientes foram acompanhados nas seguintes modalidades de psicoterapia: psicoterapia de orientação analítica (POA), terapia interpessoal (TIP) e terapia cognitivo comportamental (TCC). Respeitou-se perdas e recusas, adotando como medidas de desfecho 2 momentos (baseline e 6 meses após sua admissão na pesquisa). Uma segunda trata-se de estudo de delineamento naturalístico transversal com uma amostra consecutiva de pacientes que estiveram em atendimento nos ambulatórios de triagem, que não iniciaram acompanhamento psicoterápico para psicoterapia do HCPA, respeitando perdas e recusas, adotando como medida de desfecho a pontuação do protocolo OPD-2 de 4 avaliadores distintos baseados em entrevista única.

Os participantes desta pesquisa foram entrevistados por um grupo de 3 avaliadores (1 psicóloga e 2 psiquiatras), com formação em psicoterapia de orientação psicodinâmica e com experiência em acompanhamento psicoterápico. Ao longo de um ano, esses avaliadores participaram de encontros semanais, com duração de aproximadamente 2 horas, onde foram estudados, em formato de seminários e discussão de casos clínicos, os pontos avaliados pelo OPD e as orientações contidas no manual de aplicação do instrumento. Durante esses encontros, os avaliadores receberam treinamento necessário para aplicação adequada do instrumento, assim como esclarecimentos dos pontos norteadores a serem avaliados para a correta pontuação do protocolo. O quarto avaliador

deste estudo trata-se de um dos integrantes do grupo responsável pela tradução e adaptação do protocolo para língua portuguesa.

#### Instrumentos utilizados

Os participantes responderam a uma seleção de protocolos de avaliação autoaplicáveis em dois momentos diferentes da pesquisa, dentre eles:

O WHOQOL-BREF (*The World Health Organization Quality of Life – brief version*), instrumento de 26 itens adaptado a partir do WHOQOL-100. É uma avaliação de qualidade de vida que foi desenvolvida simultaneamente em 15 Centros Internacionais. O WHOQOL – BREF é composto por 26 questões relacionadas a 4 domínios (saúde física, psicológica, relações sociais e ambiente) e é respondido individualmente<sup>18</sup>.

O SCL-90 (*Symptom Check-List-90-Revised*), avalia o tipo e a gravidade sintomatológica apresentada pelo paciente. O instrumento é composto por 9 dimensões: somatização, obsessividade/compulsividade, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideias paranoides e psicoticismo. A qualidade da sintomatologia é indicada pela dimensão mais pontuada. O instrumento fornece um Índice Global de Severidade (IGS), o Total de Sintomas Positivos (TSP), e a intensidade em que os sintomas pontuados pelo paciente estão presentes em uma escala de zero (nem um pouco severo) a quatro (muito severo)<sup>19</sup>.

A BDI é uma medida de intensidade da depressão que consiste em 21 grupos de afirmações, cada item apresenta quatro alternativas que podem ter escores 0, 1, 2 ou 3. Os pontos de cortes sugeridos para avaliar a intensidade da depressão são: 0-11 depressão mínima; 12-19 leve; 20-35 moderada; 36-63 severa<sup>20</sup>.

Todos os participantes da pesquisa foram avaliados nos dois momentos da pesquisa por aplicadores diferentes seguindo as orientações de aplicação do OPD-2 (*Operationalized Psychodynamic Diagnosis-version 2*), instrumento multiaxial constituído por cinco eixos, denominados “vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento”, “relações interpessoais”, “conflito”, “estrutura” e “transtornos mentais e psicossomáticos” (segundo a linha do CID-10). Após uma entrevista com duração de uma a duas horas, o entrevistador avalia, de acordo com os cinco eixos do inventário, o perfil psicodinâmico do paciente e registra os dados obtidos no formulário de avaliação<sup>1</sup>.

Os instrumentos utilizados foram aplicados seguindo as orientações adequadas de aplicação sugeridas para cada protocolo e os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa não

estabeleceram nenhum tipo de interferência no acompanhamento terapêutico recebido pelo participante na instituição.

#### Análises estatísticas

As análises descritivas da amostra (frequências, média e desvio padrão, mediana e intervalo interquartilico (IIQ = quartil1; quartil3) foram calculadas para descrever a amostra em perfil sociodemográfico, histórico de internações psiquiátricas e tentativas de suicídio, sintomatologia depressiva (BDI), domínios de qualidade de vida (WHOQOL-BREF), níveis de psicoticismo (SCL-90R) e uma análise seguindo os padrões propostos pelos eixos avaliados no OPD-2. Para verificar a distribuição normal da amostra foi realizado o teste de Shapiro-Wilk determinando o teste estatístico a ser utilizado. A análise de validade de critério concorrente foi realizada através do teste de correlações de Spearman, sendo examinadas associações entre os sintomas depressivos levando em consideração os escores da BDI, os domínios da WHOQOL-BREF, níveis de psicoticismo segundo a SCL-90R e os itens que compõem cada eixo do OPD-2. Realizou-se análises de validade de critério preditiva das amostras, ou por meio de teste t para amostras independente ou Mann-Whitney, entre os eixos do OPD-2. Discriminando, dentro da amostra analisada, pacientes com história de internação psiquiátrica, tentativa de suicídio e sintomatologia depressiva. Para analisar a fidedignidade dos itens que compõem cada um dos eixos deste protocolo foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach, que é utilizado como indicador sumário da consistência interna do teste e dos itens que o compõem. Realizou-se ainda, a partir de uma amostra de pacientes avaliados em dois momentos diferentes da pesquisa (baseline e 6 meses), análise estatística por meio do teste de McNemar com o objetivo de avaliar se ao longo de 6 meses esses pacientes manifestavam alguma mudança significativa para cada item avaliado pelo protocolo do OPD-2. Essas análises foram realizadas utilizando o pacote de software SPSS versão 21.0.

No intuito de avaliar a fidedignidade no nível de concordância de confiabilidade interavaliadores foi calculado o valor de Kappa, assumindo-se igual distância entre cada um dos estágios da escala de pontuação do OPD-2. Para estas análises foi utilizado o programa estatístico R versão 6.0-73.

Para todos os cálculos estatísticos realizados neste estudo, os protocolos auto-aplicados em que foram identificados itens com falha de preenchimento foram

considerados como dados de missing e foram desconsiderados nas análises. Assim como, protocolos OPD que avaliaram qualquer dos itens como ‘não classificável’ também foram desconsiderados da análise, pois esta classificação não se enquadra na escala *Likert* de intensidade proposta pelo instrumento.

O presente estudo foi desenvolvido levando em consideração o checklist desenvolvido pelo grupo COSMIN<sup>21</sup>, que se propõe a avaliar a qualidade do desenvolvimento metodológico de estudos que avaliam propriedades de medidas de instrumentos de medição aplicados na área da saúde.

#### Aspectos éticos

O presente estudo é parte do projeto de pesquisa *Longitudinal Investigation of Psychotherapies Outcomes (LIPO)*, o mesmo foi encaminhado e aprovado pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG-HCPA), cujo Comitê de Ética é reconhecido pela CONEP, e está registrado no mesmo sob o número 15-0097. Os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência, veracidade e confidencialidade foram seguidos em todas as etapas desta pesquisa, e todos os participantes incluídos no estudo consentiram sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### Resultados

No presente estudo foi analisado uma amostra de 80 participantes, em sua maioria do sexo feminino (77.5%), com média de idade de 44.49 ( $\pm 11.85$ ), casados (55.1%), com ensino médio completo (38.6%). Nessa amostra, 72.5% dos participantes estavam fazendo uso de medicação psiquiátrica, 23.8% tinham história prévia de internação psiquiátrica e 28.8% com histórico de tentativa de suicídio. Foi calculado o valor médio dos escores de BDI dessa amostra que foi de 30.26 ( $\pm 10.64$ ), considerado como nível de depressão moderado.

**Tabela 1**

Descrição clínica e sociodemográfica de pacientes em psicoterapia atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Brasil no período de 2016 a 2018

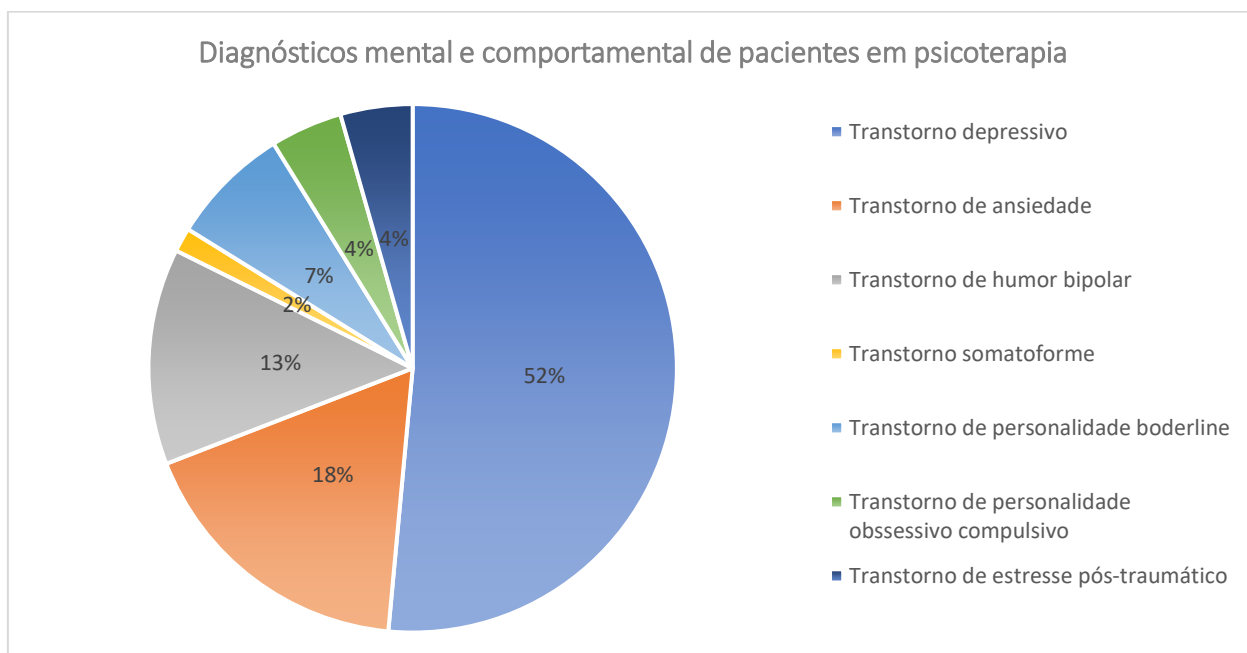
Dados Sociodemográficos	Total (n=80)
Sexo	
Masculino	18 (22,5%)
Feminino	62 (77,5%)
Idade	44,49 ±11,85 (19-86)
Situação conjugal	
Solteiro(a)	29%
Casado(a) ou companheiro(a) fixo	55,1%
Separado(a) ou divorciado(a)	11,6%
Viúvo(a)	4,3%
Escolaridade	
Ensino Fundamental Incompleto	5,7%
Ensino Fundamental Completo	5,7%
Ensino Médio Incompleto	5,7%
Ensino Médio Completo	38,6%
Ensino Superior Incompleto	20,0%
Ensino Superior Completo	20,0%
Pós-graduação	4,3%
Em uso de medicação psiquiátrica	
Sim	72,5%
Não	8,8%
História prévia de internação psiquiátrica	
Sim	23,8%
Não	57,5%
Histórico de tentativa de suicídio	
Sim	28,8%
Não	48,8%
Escore BDI	30,26 ±10,64

Frequência; porcentual; média; desvio padrão

No que diz respeito aos diagnósticos clínicos desses pacientes, percebeu-se nessa amostra um predomínio de diagnósticos de transtorno depressivo (52%) e transtorno de ansiedade (18%), seguido por diagnóstico de humor bipolar (13%). Essa amostra apresentou ainda um predomínio de transtorno de personalidade borderline (7%) e transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo (4%).

### Gráfico 1

Diagnósticos mental e comportamental de pacientes em psicoterapia atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Brasil



Valores de missing identificado para cada eixo foi de 9.3% de missing entre os itens do eixo I; 10% entre os itens do eixo III; e 8.7% entre os itens do eixo IV.

### Análises validade de critério concorrente

Os resultados das análises de validade concorrente entre os itens que compõem os Eixo I, III e IV do OPD-2 e os demais instrumentos analisados (BDI, WHOQOL-BREF e SCL-90R) apresentaram correlações estatísticas significativamente relevantes e representativas com os objetivos do estudo.

De acordo com as análises de validade concorrentes, entre os itens que compõem o eixo I do OPD, observou-se uma correlação significativa entre os domínios psicológico ( $r=0.339$ ;  $p=0.010$ ), social ( $r=0.350$ ;  $p=0.008$ ) e ambiental ( $r=0.265$ ;  $p=0.048$ ) da WHOQOL-BREF e a redução de sintomas avaliado pelo OPD-2.

Identificou-se ainda um padrão de correlações negativas entre os escores da BDI ( $r= -0.150$ ;  $p=0.029$ ) e da SCL-90R ( $r= -0.283$ ;  $p=0.040$ ) com o item do OPD-2 que avalia recursos pessoais.

**Tabela 3**

Correlações entre BDI, WHOQOL-BREF, SCL-90R e eixo I do OPD-2

	OPD	BDI	Domínio físico WHOQOL-BREF	Domínio psicológico WHOQOL-BREF	Domínio social WHOQOL-BREF	Domínio ambiental WHOQOL-BREF	SCL-90R
<b>Eixo I – Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento</b>	1. Recursos pessoais	<b>-0,150*</b>	0,072	0,243	0,066	0,130	<b>-0,283*</b>
	2. Apoio psicossocial	<b>-0,159*</b>	0,130	0,089	0,048	0,136	-0,057
	3. Redução de sintomas	-0,255	0,115	<b>0,339**</b>	<b>0,350**</b>	<b>0,265*</b>	-0,082
	4. Capacidade introspectiva	0,016	-0,090	0,007	-0,005	-0,028	<b>-0,308*</b>

\*\*A correlação é significativa no nível 0,01 (teste bilateral)

\*A correlação é significativa no nível 0,05 (teste bilateral)

Entre os itens que compõem o Eixo III observou-se entre os resultados de análise de validade concorrente correlações significativas entre os domínios psicológico ( $r = 0.283$ ;  $p = 0.037$ ) e ambiental ( $r = 0.314$   $p = 0.019$ ;  $r = 0.308$   $p = 0.024$ ) da WHOQOL-BREF e conflitos de necessidade de cuidado versus autossuficiência e conflito de identidade.

Ainda analisando os dados de validade concorrente deste eixo e os demais instrumentos, observou-se uma associação negativa entre os escores da BDI ( $r = -0.171$ ;  $p = 0.023$ ) e o conflito de identidade, assim como entre o domínio físico da WHOQOL-BREF ( $p = -0.326$ ;  $r = 0.015$ ) e conflito edípico.

**Tabela 4**

Correlações entre BDI, WHOQOL-BREF, SCL-90R e eixo III do OPD-2

	OPD	BDI	Domínio físico WHOQOL-BREF	Domínio psicológico WHOQOL-BREF	Domínio social WHOQOL-BREF	Domínio ambiental WHOQOL-BREF	SCL-90R
<b>Eixo III – Conflito</b>	1. Necessidade de cuidado versus autossuficiência	-0,087	-0,005	<b>0,283*</b>	0,075	0,072	0,036
	2. Conflito edípico	0,092	<b>-0,326*</b>	-0,084	-0,210	-0,014	0,014
<b>Conflitos disfuncionais repetitivos</b>	3. Conflito de identidade	<b>-0,171*</b>	0,109	<b>0,314*</b>	0,161	<b>0,308*</b>	-0,046

\*\*A correlação é significativa no nível 0,01 (teste bilateral)

\*A correlação é significativa no nível 0,05 (teste bilateral)

Os resultados da análise de validade concorrente entre os itens que compõem o Eixo IV (Tabela 5) apontam para uma correlação significativa entre todos os itens que avaliam as condições estruturais da personalidade, autopercepção ( $r = 0.339$ ;  $p = 0.015$ ), percepção do objeto ( $r = 0.281$ ;  $p = 0.046$ ), autorregulação ( $r = 0.338$ ;  $p = 0.015$ ), regulação da relação objetal ( $r = 0.445$ ;  $p = 0.001$ ), comunicação interna ( $r = 0.441$ ;  $p = 0.001$ ), comunicação com o mundo externo ( $r = 0.447$ ;  $p = 0.001$ ), capacidade de vinculação com objetos internos ( $r = 0.359$ ;  $p = 0.010$ ), capacidade de vinculação com objetos externos ( $r = 0.456$ ;  $p = 0.001$ ) e o índice de psicoticismo da SCL-90R.

Ainda a partir dessa análise encontraram-se correlações negativas entre os domínios físico ( $r = -0.296$ ;  $p = 0.027$ ) e social ( $r = -0.316$ ;  $p = 0.018$ ) da WHOQOL-BREF e a capacidade de regulação da relação objetal; capacidade de vinculação com objetos internos ( $r = -0.275$ ;  $p = 0.040$ ) e capacidade de vinculação com objetos externos ( $r = -0.272$ ;  $p = 0.044$ ) e o domínio social da WHOQOL-BREF.

**Tabela 5**

Correlações entre BDI, WHOQOL-BREF, SCL-90R e eixo IV do OPD-2

<b>OPD</b>	<b>BDI</b>	<b>Domínio físico WHOQOL-BREF</b>	<b>Domínio psicológico WHOQOL-BREF</b>	<b>Domínio social WHOQOL-BREF</b>	<b>Domínio ambiental WHOQOL-BREF</b>	<b>SCL-90R</b>
1. Autopercepção	0,154	-0,084	-0,172	-0,220	-0,044	<b>0,339*</b>
2. Percepção do objeto	0,057	-0,096	-0,140	-0,227	-0,037	<b>0,281*</b>
3. Autorregulação	0,117	-0,048	-0,243	-0,183	-0,119	<b>0,338*</b>
4. Regulação da relação objetal	0,256	<b>-0,296*</b>	-0,242	<b>-0,316*</b>	-0,057	<b>0,445**</b>
5. Comunicação interna	0,051	-0,214	-0,179	-0,180	0,054	<b>0,441**</b>
6. Comunicação com o mundo externo	0,092	-0,162	-0,170	-0,227	-0,139	<b>0,447**</b>
7. Capacidade de vinculação: Objetos internos	0,119	-0,224	-0,217	<b>-0,275*</b>	-0,036	<b>0,359**</b>
8. Capacidade de vinculação: Objetos externos	0,138	-0,184	-0,219	<b>-0,272*</b>	-0,146	<b>0,456**</b>
9. Função estrutural das defesas	0,242	-0,156	<b>-0,306*</b>	-0,252	-0,155	<b>0,448**</b>

\*\*A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

\*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)



### **Análises de validade de critério preditiva**

As análises de validade de critério preditiva nessa amostra foram organizadas de duas maneiras. Foi realizado um agrupamento entre os itens que compõem os eixos III – conflitos repetitivos disruptivos- e IV –avaliação estrutural- e uma análise em separado discriminando cada um dos itens que compõem cada eixo separadamente, realizando análises preditivas partindo dos critérios de ocorrência de internação psiquiátrica, tentativas de suicídio e diagnóstico de depressão.

Observou-se diferença entre as médias na avaliação estrutural, ou seja, avaliação do comprometimento de integração estrutural desses sujeitos, entre os pacientes com e sem internação ( $t = -2.337$ ;  $gl = 59$ ;  $p = 0.023$ ). As médias da avaliação estrutural dos pacientes com hospitalização ( $\bar{x} = 22.4$ ;  $\pm 4.1$ ) foram maiores quando comparadas com as médias dos pacientes que não haviam passado por internação psiquiátrica ( $\bar{x} = 19.6$ ;  $\pm 4.3$ ). Também houve diferença de médias na avaliação estrutural entre pacientes com histórico de tentativa de suicídio ( $t = 2.487$ ;  $gl = 56$ ;  $p = 0.016$ ). As médias dos pacientes com história de tentativa de suicídio ( $\bar{x} = 22.2$ ;  $\pm 4.4$ ) foram maiores quando comparadas com as médias dos pacientes sem história de tentativa de suicídio ( $\bar{x} = 19.3$ ;  $\pm 4.1$ ).

As demais análises de critério preditivas - avaliação de conflitos disfuncionais e os critérios de internação psiquiátrica, tentativas de suicídio e diagnóstico de depressão, e ainda avaliação estrutural e sintomatologia depressiva - não apresentaram diferenças entre médias significativas.

Analisando, posteriormente, cada item que compõem cada eixo em separado, observou-se diferenças de medianas significativas para validade preditiva entre itens do eixo IV que se propunham a avaliar a forma como o sujeito estabelece suas relações de objeto e o critério internação psiquiátrica. Itens que avaliaram percepção do objeto (mediana=3; IIQ [2,3];  $p = 0.016$ ), autorregulação (mediana=2; IIQ [2,3];  $p = 0.016$ ), regulação da relação objetal (mediana=2; IIQ[2,3];  $p = 0.004$ ), capacidade de vinculação com objetos internos (mediana=2; IIQ[2,3];  $p = 0.031$ ) apresentaram diferenças entre medianas para pacientes com e sem história prévia de internação psiquiátrica (Tabela 6).

**Tabela 6**

Análises de validade preditiva entre os itens do Eixo IV dentro da amostra de pacientes com ou sem história de internação psiquiátrica

	<b>Pacientes com história de internação psiquiátrica</b>	<b>Pacientes sem história de internação psiquiátrica</b>	<b>Teste U</b>	<b>P</b>
<b>Percepção do objeto<sup>a</sup></b>	3 (2; 3)	2 (2; 2)	486.500	0,016
<b>Autorregulação<sup>a</sup></b>	2 (2; 3)	2 (2; 3)	493.000	0,016
<b>Regulação da relação objetal<sup>a</sup></b>	2 (2; 3)	2 (2; 2)	516.000	0,004
<b>Capacidade de vinculação com objetos internos<sup>a</sup></b>	2 (2; 3)	1 (2; 3)	476.500	0,031
<b>Estrutura total<sup>a</sup></b>	2 (2; 3)	1 (2; 2)	461.000	0,024

a. Mediana (percentil 25;75); Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes; valor p

Analisando os itens que compõem a avaliação da organização estrutural, os resultados de validade preditiva foram significativos entre pacientes com história prévia de tentativa de suicídio, apresentando valores de mediana significativas em itens que avaliaram a autorregulação (mediana=2; IIQ[2,3]; p=0.015) e regulação da relação objetal (mediana=3; IIQ[2,3]; p=0.007) (Tabela 7).

**Tabela 7**

Análises de validade preditiva entre os itens do Eixo IV dentro da amostra de pacientes com ou sem tentativa de suicídio

	<b>Pacientes com história de tentativa de suicídio</b>	<b>Pacientes sem história de tentativa de suicídio</b>	<b>Teste U</b>	<b>P</b>
<b>Autorregulação<sup>a</sup></b>	2 (2; 3)	2 (2; 3)	250.000	0,015
<b>Regulação da relação objetal<sup>a</sup></b>	3 (2; 3)	1 (2; 2)	238.000	0,007
<b>Estrutura total<sup>a</sup></b>	2 (2; 3)	1 (2; 2)	270.000	0,032

a. Mediana (percentil 25;75); Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes; valor p

Os itens que compõem o eixo IV do OPD-2 não apresentou concordâncias de validade preditiva significativas segundo o critério de diagnóstico de depressão avaliados dentro da amostra em estudo.

As análises de validade preditiva de medianas entre os itens que compõem o eixo I e o critério de história prévia de internação psiquiátrica apresentou concordâncias significativas entre os seguintes itens: presença de problemas e queixas psicológicas

(mediana=2; IIQ[3,3];  $p=0.010$ ); resistências externas à mudança (mediana=3; IIQ[2,3];  $p=0.004$ ).

Quanto as análises de validade preditiva tendo como critério presença de história prévia de tentativa de suicídio os seguintes itens do eixo I apresentaram concordâncias significativas entre as medianas: recursos pessoais (mediana=3; IIQ[1,2];  $p=0.020$ ) e resistências internas à mudança (mediana=3; IIQ[2,3];  $p=0.035$ ).

Quanto as análises de validade preditiva tendo como critério o diagnóstico prévio de depressão os seguintes itens do eixo I apresentaram concordâncias significativas entre as medianas dos grupos: tipo de tratamento desejado: psicoterápico (mediana=3; IIQ[2,3];  $p=0.038$ ) e capacidade introspectiva (mediana=4; IIQ[2,3];  $p=0.003$ ).

Os itens que compõem o eixo III também foram analisados levando em consideração os mesmos critérios preditivos (história prévia de internação psiquiátrica, história de tentativa de suicídio e diagnóstico de depressão), mas não apresentaram concordâncias significativas dentro da amostra de pacientes.

#### **Avaliação de baseline e seguimento**

Uma amostra de 36 pacientes, da amostra total deste estudo, foi avaliada em dois momentos (baseline e 6 meses). Esses dois momentos foram submetidos à análise estatística por meio do teste de McNemar com o objetivo de avaliar se ao longo de 6 meses esses pacientes manifestavam alguma mudança significativa para cada item avaliado pelo protocolo do OPD-2. Importante ressaltar que, ao longo desses 6 meses de seguimento, os participantes da pesquisa mantiveram-se ou não em acompanhamento psicoterápico, uma vez que o critério de inclusão no estudo era estar em psicoterapia no momento do baseline. Ter recebido alta do tratamento psicoterápico ao longo desses 6 meses não foi critério de exclusão dos participantes no momento da avaliação de seguimento.

Para esta análise, considerou-se como pontos de corte, da escala Likert proposta pelo instrumento, que escores de 3 a 4, que avaliam determinado item como moderado ou leve, foi aceito como indicativo da presença de determinada sintomatologia. Já escores pontuados de 0 a 2, que avaliam determinado item como ausente ou raramente presente, foi aceito como indicativo de ausência para determinada sintomatologia.

De acordo com os resultados obtidos, não se observou diferenças significativas na manifestação dos sintomas avaliados por cada item que compõem os eixos I e III do protocolo nos momentos de baseline e seguimento.

O eixo IV do instrumento, por retratar as qualidades e/ou inadequações das estruturas mentais, permite uma classificação categórica de seus escores, onde a estrutura mental é avaliada em grau de estado de integração ou desintegração do self. Assim, a análise baseline/seguimento desse eixo foi realizada em medidas de média e desvio padrão, buscando aferir se ao longo desse período os pacientes avaliados apresentaram alguma diferença no construto estrutural proposto pelo instrumento. No baseline os pacientes tiveram pontuação média de 10.43 ( $\pm 2.92$ ) e no seguimento de 6 meses média de 10.25 ( $\pm 3.87$ ). A diferença de medianas entre esses dois momentos segundo o teste de Wilcoxon para amostras relacionadas apresentou  $p=0.427$ .

#### **Análise de fidedignidade da consistência interna**

Para a análise de fidedignidade da consistência interna foi o calculado o coeficiente de Alfa de Cronbach.

Considerando que esse coeficiente deve ser calculado para medidas que medem o mesmo construto, avaliando o mesmo conteúdo, mesmo estando correlacionados, os eixos que compõem o OPD-2 avaliam construtos diferentes considerando-se pontos norteadores da teoria psicodinâmica.

Dentre os eixos que compõem esse protocolo, o Eixo IV é composto por itens que avaliam o mesmo construto, a organização da estrutura mental, sendo então, dentre os eixos do OPD-2, o único que se atende ao critério necessário para que seja calculado o coeficiente de Alfa de Cronbach. O valor deste coeficiente foi de  $\alpha=0.922$ , que demonstra que os itens que compõem este item apresentam uma homogeneidade, avaliando o construto de maneira uniforme, com uma correlação entre seus itens.

#### **Análise de fidedignidade do avaliador**

Para a análise de fidedignidade entre avaliadores foi utilizada uma amostra de 5 pacientes entrevistados em um momento único da pesquisa. Os pacientes incluídos nessa amostra não foram pacientes incluídos previamente e como critério de inclusão desses

pacientes, os mesmos deveriam estar em processo de triagem para psicoterapia, não tendo ainda iniciado o tratamento, e sua participação na pesquisa se deu exclusivamente nesta etapa.

Estas entrevistas foram conduzidas por um único entrevistador e assistida pelos demais, sendo a mesma entrevista pontuada pelos quatro avaliadores (2 psicólogos e 2 psiquiatras) de forma independente.

Para as análises destes dados, foi calculado o valor de Kappa de cada um dos itens dos eixos I, III e IV do protocolo, assumindo-se igual distância entre cada um dos estágios da escala de pontuação do OPD-2. Para este cálculo cada item foi considerado separadamente. Para esta análise o grupo de quatro avaliadores foram agrupados como: dupla de avaliadores pareados aleatoriamente, par de avaliadores psicólogos e par de avaliadores psiquiatras.

Considerando as pontuações atribuídas pelos quatro avaliadores, foi calculado o valor de Kappa light, avaliando o nível de concordância entre todos os avaliadores para cada item.

Em casos onde os avaliadores não atribuíram respostas nas mesmas categorias de escore na escala Likert o valor de Kappa não pôde ser calculado, por não ser possível nesses casos calcular o índice de concordância do item.

Pelos resultados obtidos os valores de Kappa não atingiram índices de concordância satisfatórios. Os procedimentos para avaliação de fidedignidade de um instrumento tratam de diferentes fontes de erro e apresentam formas variadas de estimar e lidar com a variância de erro, sendo o erro considerado como uma constante para todo traço avaliado. Os resultados analisados, a partir das avaliações interavaliadores no presente estudo, pode ser considerado como aceitável dentro dos padrões de fidedignidade, mesmo que não estatisticamente significativos, por não ser possível precisar a quantia de erros ou discordâncias existentes nas avaliações entre cada um dos avaliadores.

## Discussão

Os resultados obtidos demonstram que, no que se refere aos estudos de validade de critério concorrente, o OPD-2 acompanha os resultados obtidos em instrumentos já validados e amplamente utilizados. As correlações significativas apresentadas especialmente entre o Eixo IV e os resultados da SCL-90R apontam para a boa

possibilidade do instrumento em avaliar as condições estruturais dos sujeitos em situação de avaliação.

O Alfa de Cronbach do Eixo IV ( $\alpha = 0.922$ ) reforça a boa qualidade de consistência interna dos itens que compõem este eixo, demonstrando uma possibilidade satisfatória e confiável na avaliação deste construto.

As associações encontradas podem servir de indicativo para compreender como esses pacientes que, durante a entrevista do OPD-2, manifestaram maiores comprometimentos nas condições estruturais de defesa e personalidade, apontando para níveis de desintegração da estrutura, sejam pacientes que também apresentaram pontuações mais elevadas no índice de psicoticismo da SCL-90R. Esses resultados servem para compreender como se comportam e se manifestam possíveis falhas existentes no processo de internalização e estabelecimento de uma constância objetal presentes em várias patologias e sintomatologias psiquiátricas. Podendo essa compreensão servir de balizador para se entender como a necessidade de internalizar bons objetos e de investi-los com afetos é algo indispensável para o saudável desenvolvimento psíquico dos indivíduos<sup>1</sup>.

Outros estudos que avaliaram o eixo estrutural do OPD-2<sup>(22-24)</sup>, concluíram que o mesmo consiste em uma ferramenta válida e confiável para a mediação do funcionamento da personalidade, podendo ser amplamente utilizado em contextos de pesquisa e ainda como instrumento de escolha para futuros estudos que se proponham a estudar o funcionamento da personalidade, adicionando importantes informações na concepção diagnóstica.

Os resultados obtidos, a partir das análises de validade concorrente, apontam ainda para correlações significativas entre aspectos associados a maneira como esses sujeitos foram avaliados segundo seu nível e capacidade de compreensão da doença, mostrando, por exemplo associação entre domínios de qualidade de vida, avaliados pela WHOQOL-BREF, e a manifestação de conflitos como de identidade e conflitos relacionados a necessidade de cuidados, assim como com redução de sintomas. Essas associações podem apontar que esses pacientes apresentem certos comprometimentos na maneira como vivenciam e mobilizam recursos saudáveis para a compreensão da doença e até mesmo para motivar-se com o tratamento.

O OPD-2 entende a manifestação de conflitos como resultado de representações contraditórias geradoras de sentimento de insegurança e desprazer, essa interpretação

pode servir de norteador na compreensão de seus impactos na qualidade de vida desses sujeitos. Estudo realizado por Crempien<sup>9</sup>, utilizando-se do OPD para analisar como o funcionamento estrutural dos indivíduos interfere na manifestação de sintomas depressivos, identificou uma associação preditiva entre a gravidade dos sintomas depressivos como mediadora de efeito do funcionamento da personalidade sobre a qualidade de vida. Esse resultado também corrobora o achado do presente estudo onde se identificou uma correlação entre os sintomas depressivos e conflitos de identidade, podendo ser indicativo de que pacientes menos deprimidos sejam pacientes que vivenciem de maneira mais significativa conflitos de identidade.

Nos estudos de validade de critério preditiva, os resultados obtidos demonstraram que o Eixo IV do protocolo apresentou capacidade de discriminar, na amostra, pacientes com história prévia de internação psiquiátrica e também com história de tentativa de suicídio. Sendo que, dentre os itens que compõem este eixo, chama atenção o valor de predição observado no item que avalia a regulação da relação objetal em pacientes com história de internação psiquiátrica e tentativa de suicídio, apresentando um valor preditivo significativo dentro dessa amostra considerando esses critérios discriminantes. Esses resultados podem indicar que pacientes com história prévia de internação psiquiátrica e tentativas de suicídio sejam pacientes que apresentam comprometimentos na organização estrutural das defesas e personalidade.

Pacientes com história prévia de internação psiquiátrica, possivelmente, são pacientes que apresentam comprometimento de organização estrutural em aspectos relacionados a maneira como se relacionam com os objetos. Ter um espaço intrapsíquico pouco desenvolvido e a diferenciação de subestruturas mentais limitadas, possivelmente reflete na maneira como esses sujeitos lidam com seus conflitos de maneira mais interpessoal e não intrapsíquico, apresentando uma deficiência na capacidade de pensar sobre si mesmo. Assim a capacidade de se autorregular com auxílio de objetos internos introjetados torna-se limitada, de modo que a presença real dos objetos se torna importante<sup>1</sup>.

Esses resultados, possivelmente apontam para o fato de que o nível de integração estrutural possa estar diretamente relacionado com a capacidade do sujeito se utilizar de mecanismos saudáveis para o enfrentamento de sua doença levando a um possível agravamento de seus sintomas clínicos, o que leva a um número mais elevado de internações psiquiátricas e mesmo tentativas de suicídio. Esses resultados podem servir

de indicativo e elucidar meios de compreender como o comportamento desses pacientes com relação a sua doença, a maneira como percebem seus conflitos e como se organizam suas defesas estruturais podem ter impactos diretos na eficácia do tratamento.

Autores apontam que uma melhor integridade estrutural (eixo IV) apresenta associação com uma melhora no curso de diferentes doenças psiquiátricas e na melhora de sintomas durante o tratamento psicoterápico<sup>(5, 13)</sup>. Para Spitzer<sup>5</sup>, a forma como se estrutura a personalidade, as defesas e a percepção do objeto são importantes preditores para o sucesso da terapia. Para Vaillant<sup>25</sup>, os níveis de organização estrutural no funcionamento das defesas são preditores de saúde mental na vida adulta.

Na avaliação entre baseline e seguimento, não foram observadas mudanças significativas na maneira como esses pacientes manifestam suas queixas com relação a doença, mas se observou uma mudança quando avaliado o tipo de tratamento desejado, se observando um aumento no desejo por tratamentos psicoterápicos (baseline=88.2%; seguimento=91.2%; p=1.00), apresentando ainda nesse período certa melhora no que se refere a mobilização de recursos pessoais (baseline=80%; seguimento=91.4%; p=0.289) e redução de sintomas (baseline=80%; seguimento=65.7%; p=0.332). Apesar de não serem estatisticamente significativos esse resultado aponta para uma possível melhora no padrão de concepção da compreensão da doença, apresentando uma diferença entre as médias dos escores obtidos durante a avaliação no momento do baseline quando comparado com o seguimento de 6 meses.

No que se refere a avaliação dos padrões de apresentação dos conflitos (eixo III), no momento de inclusão do paciente na pesquisa (baseline), se observou um aumento na forma como esses pacientes manifestaram seus conflitos após 6 meses. Isso com exceção do item que avalia o conflito de culpa (baseline=77.8%; seguimento=59.3%; p=0.0180) que apresentou diminuição nesse mesmo período. Esses resultados podem indicar como o processo de psicoterapia possivelmente proporcionou ao paciente estabelecer relações de proximidade, onde pôde experimentar sentimentos não elaborados ou vivenciar conflitos desadaptativos, observando-se, por meio da avaliação, que esses sujeitos possivelmente estariam apresentando seus conflitos de uma forma mais integrada e que o processo de psicoterapia possa ter servido como ferramenta no manejo desses conflitos.

O que se observou por meio desta análise é que os padrões relacionais disfuncionais, caracterizados por formas de relacionamento limitadas, pouco flexíveis e estereotipadas, provocariam tensão e seriam geradoras de conflitos. Assim, a mudança



em padrões relacionais implicaria em uma redução ou alteração na maneira como o indivíduo vivencia ou manifesta seus conflitos externos e internos.

É possível atribuir a esses resultados relativa importância pelo mesmo estar se propondo a avaliar mudanças estruturais em um período de 6 meses dentro de uma amostra de pacientes graves, como a avaliada neste estudo, sendo este um resultado esperado. Devendo-se ainda considerar que, ao longo desses 6 meses, os pacientes mantiveram-se ou não em seguimento do acompanhamento psicoterápico, uma vez que o critério de inclusão no estudo era estar em psicoterapia no momento do baseline.

Nos resultados obtidos na avaliação dos valores de kappa, para fidedignidade de concordância inter-avaliadores, o que se observou foram valores não significativos de concordância nas respostas entre os avaliadores, podendo ter associação ao fato de que, na situação de condução da entrevista e aplicação do protocolo, exista uma associação entre aspectos relacionados a avaliação com conceitos pessoais, decorrentes das ideias e convicções clínicas de cada terapeuta. O que se observou é que mesmo recebendo as mesmas orientações e condições de aplicação e treinamento para o preenchimento da pontuação do protocolo, as respostas obtidas não apresentaram uma homogeneidade ou concordância de respostas consideradas apropriadas. Mesmo diferindo de resultados obtidos em outros estudos, onde o OPD apresentou bons índices de validade interavaliadores, o delineamento da coleta deste estudo foi diferenciado. Em estudo anterior realizado em amostra brasileira<sup>10</sup> os resultados obtidos a partir da análise interavaliadores foram valores de concordância abaixo do considerado adequado, o que também se observou no presente estudo. No presente estudo, todas as entrevistas foram realizadas presencialmente e pontuadas logo em seguida baseando-se nos dados coletados durante a entrevista conduzida por um dos avaliadores, esperava-se que adotando esse método de coleta tornaria a avaliação interavaliadores mais fidedigna e adequada para análise de concordância. Acredita-se que o baixo nível de concordância entre os avaliadores possa ser atribuído ao limitado número de entrevistas realizadas e também a forma como esta análise foi conduzida, onde foi calculado o valor de kappa para cada item que compõe o protocolo e não apenas atribuindo uma média entre todos os itens pontuados e daí extraindo o valor de kappa, como foi realizado em outras pesquisas.

Acompanhando os resultados de instrumentos autoaplicáveis já validados como o WHOQOL-BREF, a SCL-90R e a BDI, o OPD-2 demonstrou boa qualidade e capacidade

de avaliar os conflitos e as questões estruturais dos sujeitos, assim como servir de ferramenta para avaliar o progresso do processo terapêutico.

Mas como em outros estudos, o presente estudo apresentou limitações quanto a seus resultados. Mesmo aceitando que o OPD-2 tenha se mostrado um instrumento para diagnóstico psicodinâmico confiável e válido, as principais limitações desse estudo reforçam que o instrumento muitas vezes possa oferecer uma percepção limitada no que se refere a maneira como cada avaliador interpreta as informações obtidas durante a entrevista, oferecendo uma concepção restrita de como cada avaliador compreende o mundo interno dos sujeitos baseando-se somente nas informações obtidas durante a avaliação.

Em estudos anteriores, observou-se, como principais limitações, que a capacidade de generalização de seus achados foram decorrentes especialmente dos diferentes métodos de coleta de dados adotados. Muitos dos estudos já publicados se utilizaram de sessões gravadas anteriormente para pontuar o instrumento ou mesmo essa pontuação foi realizada por profissionais que não receberam o treinamento específico para o uso do protocolo ou mesmo as entrevistas gravadas não foram conduzidas levando em consideração as indicações de aplicação propostas pelo manual. Em alguns estudos não estava especificado, ao menos, como foram conduzidas essas entrevistas ou mesmo informações sobre os avaliadores que pontuaram o instrumento.

No presente estudo, todas as entrevistas foram realizadas presencialmente por avaliadores que receberam treinamento específico para utilização do protocolo e condução da entrevista. Acredita-se que o número limitado de entrevistas analisadas possa ter contribuído para que muitas das problemáticas envolvendo a aplicação dessa entrevista diagnóstica não pudessem ser elucidadas ou mesmo melhor compreendidas, o que aponta para a necessidade de realização de novos estudos que possam avaliar especialmente a possibilidade do instrumento em avaliar o mesmo sujeito sob uma mesma perspectiva diagnóstica, podendo replicar seus achados em diferentes amostras.

Considerando que todos os participantes dessa amostra eram pacientes de um serviço de atenção psiquiátrica de alta complexidade de um hospital de atenção terciária do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, os resultados obtidos corroboram o nível de gravidade e complexidade na atenção ofertada a esses pacientes, que fica evidenciado pelo alto número de pacientes em uso de medicação psiquiátrica (72.5%), sendo esses, em sua maioria, com diagnóstico de transtorno depressivo (58%) e com alta taxa de

tentativas de suicídio (28.8%). Nesse contexto, a oferta de um acompanhamento psicoterápico serve como alternativa na atenção e promoção de saúde a esses pacientes. Servindo o presente estudo não apenas para analisar a qualidade dos padrões psicométricos de um protocolo de avaliação diagnóstica como também para avaliação de seguimento na melhora de sintomas e evolução desses pacientes ao longo do tratamento.

Assim, mesmo que alguns resultados obtidos neste estudo possam não ter demonstrado a relevância estatística esperada compreende-se que o OPD-2 apresenta-se como um protocolo de avaliação que funciona como um conjunto de estímulos comportamentais observáveis, procurando entender os comportamentos com referência a processos/construtos psíquicos. Dessa forma, para entender o comportamento deve-se compreender o seu referente, o processo psíquico, que se constitui como causa do comportamento. O fato de esses processos psíquicos serem minimamente conhecidos, tido muitas vezes como construtos de avaliação subjetivos, não invalidam sua presença, muito menos sua utilidade científica<sup>26</sup>.

Mesmo com as limitações do estudo, no que se refere especialmente ao número de participantes, acredita-se que os resultados obtidos sugerem que a versão brasileira do OPD-2 tem boa condição de avaliar propriedades psicodinâmicas, podendo ser um instrumento útil dentro dos contextos clínico e em pesquisa.

### Conclusão

Com este estudo foi possível perceber que a aplicação do OPD trouxe evidentes benefícios ao processo de clarificação das condições mentais do paciente diante de suas situações de vida habitual. Os resultados apresentados demonstram as diferentes formas de utilidade e versatilidade na administração do protocolo OPD-2. Sendo útil na prática clínica e diagnóstica, contribuindo para a possibilidade de padronização das observações de avaliação.

## Referências

1. OPD Task Force (org.)[e tradução]. **OPD-2: Diagnóstico psicodinâmico operacionalizado e plano de tratamento**. São Paulo: Hogrefe CETEPP, 2016. 477 p.
2. Cierpka M, Stasch M, & Reiner W. El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez. **Revista chilena de neuro-psiquiatría**. 2006, 44(2), 105-125. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000200004>
3. Thomasius, R., Weiler, D., Sack, P.-M., Schindler, A., Gemeinhardt, B., Schuhbert, C., & Küstner, U. Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) bei familientherapeutisch behandelten Drogenabhängigen im adoleszenten und jungen Erwachsenenalter1. [Validity of operationalized psychodynamic diagnostics]. **Psychother Psychosom Med Psychol**. 2001 Sep-Oct, 51(9-10): 365-72. doi:10.1055/s-2001-16896
4. Leising D, et al. Do Interpersonal Behavior and Emotional Experience Change in the Course of Successful Long-Term Psychoanalytic Therapies? **Psychotherapy Research**, 2003, 13(4): 461–74. doi:10.1093/ptr/kpg037
5. Spitzer C, Michels-Lucht F, Siebel U, Freyberger HJ: The relationship between OPD features of personality structure and symptom-related and interpersonal outcome of inpatient psychotherapy. **Z Psychosom Med Psychother**, 2004, 50(1): 70–85. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14747984>
6. Pieh C, Frisch M, Meyer N, Loew T, Lahmann C. Validierung der Achse III (Konflikt) der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). [Validity of the axis "conflicts" of the Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD)]. **Z Psychosom Med Psychother**. 2009, 55(3): 263-81. doi: 10.13109/zptm.2009.55.3.263
7. Benecke C, Koschier A, Peham D, Bock A, Dahlbender RW, Biebl W, Doering S. Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität der OPD-2 Strukturachse. [First results on the reliability and validity of the OPD-2 axis structure]. **Z Psychosom Med Psychother**. 2009, 55(1): 84-96. doi: 10.13109/zptm.2009.55.1.84
8. Schneider W, Klauer T, Freyberger HJ. Operationalized psychodynamic diagnosis in planning and evaluating the psychotherapeutic process. **European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience**, 2008, 258(5): 86-91. doi: 10.1007/s00406-008-5014-2
9. Crempien C et al. Role of Personality Functioning in the Quality of Life of Patients with Depression. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 2017, 205(9): 705-713. doi: 10.1097/NMD.0000000000000676
10. Krieger DV, Cappellari CP, Padoan CS, Pessota CM, Berger D, Gastaud MB, Pires TS, Palmimi AF, Eizirik CL. Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado-2 (*Operationalized Psychodynamic Diagnosis-2*): Estudo de validade da versão brasileira do OPD-2. In: OPD Task Force (org.)[e tradução]. **OPD-2: Diagnóstico psicodinâmico operacionalizado e plano de tratamento**. São Paulo: Hogrefe CETEPP, 2016, p. 362-383
11. Pérez C, Francisca, Alvarado P, Luis, de la Parra C, Guillermo, & Dagnino R, Paula. Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD- 2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. **Revista chilena de**

- neuro-psiquiatria**. 2009, 47(4), 271-278. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000400003>
12. Vicente CS, Oliveira RA, Silva F, Ferrajão P, Augusto S, Oliveira S, Senra H, Oliveira R & Krieger D. Cross-cultural adaptation of the Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) in Portugal. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**. 2012, 34(3), 129-138. <https://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892012000300004>
  13. Müller, C et al. The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. **Psychology and Psychotherapy**, 2006, 79(4), 485-494. <https://doi.org/10.1348/147608305X68048>
  14. Santiago J, Nicolás P, Juan MGP, Andrés JR. La conceptualización de un caso de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) propuesta por terapeutas psicoanalíticos: análisis mediante los criterios del diagnóstico psicodinámico operacionalizado 2 (OPD-2): resultados preliminares / A generalized anxiety disorder (GAD) s case conceptualization proposed by psychoanalytic therapists: analysis through operacionalized psychodynamic diagnostic 2 (OPD-2) s criteria: preliminary Results. **Anu. investig. - Fac. Psicol., Univ. B. Aires**, 2013 nov, 20(1):65-74. lil-719888
  15. Paulo AMR & Pires AP. Operacionalização psicodinâmica de diagnóstico (OPD-2) numa psicanálise. **Psicologia Clínica**, 2013, 25(1):163-178. doi: 10.1590/S0103-56652013000100011
  16. Both ML, Favaretto CT, Benetti PCS. Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) of an Adolescent in Conflict With the Law. **Psychology Research**, 2017, 7(9): 471-480. doi: 10.17265/2159-5542/2017.09.001
  17. Schneider G, Heuft, G. Operationalized Psychodynamic Diagnosis System and Outcome of Psychodynamic Inpatient Psychotherapy in Male and Female Patients. **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, 2018, 64(3): 281-297. <https://doi.org/10.13109/zptm.2018.64.3.281>
  18. Skevington SM, Sartorius N, Amir M, Sartorius N, Orley J, Kuyken W, et al. Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings - The history of the WHOQOL instruments. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 2004;39(1):1-8.
  19. Laloni, DT. Escala de avaliação de sintomas-90-R: adaptação, precisão e validade. Campinas (SP): Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2001. Dissertação
  20. Cunha, AC. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. 171p.
  21. Mokkink, LB, Terwee, CB, Patrick, DL, Alonso, J, Stratford, PW, Knol, DL, ... de Vet, HCW. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. **Quality of Life Research**, 2010, 19(4), 539-549. <http://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8>.
  22. Doering S, Burgmer M, Heuft G, Menke D, Bäumer B, Lübking M, Feldmann M, Schneider G. Assessment of personality functioning: validity of the operationalized psychodynamic diagnosis axis IV (structure). **Psychopathology**, 2014, 47(3):185-93. doi: 10.1159/000355062.

23. Heuft G, Jakobsen T, Kriebel R, Schneider W, Rudolf G. OPD-Task Force: Potenzial der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) für die Qualitätssicherung. **Z Psychosom Med Psychother**, 2005; 51:261– 276.
24. Zimmermann J, Ehrental JC, Cierpka M, Schauenburg H, Doering S, Benecke C: Assessing the level of structural integration using Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD): implications for DSM-5. **J Pers Assess**, 2012; 94:522–532. doi: 10.1080/00223891.2012.700664
25. Vaillant GE, Vaillant CO. Natural history of male psychological health, XII: A forty-five year study of successful aging at age 65. **Am J Psychiatry**, 1990;147:31-37. doi: 10.1176/ajp.147.1.31
26. Pasquali L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília; 2007, 23:99-107.

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se observa é que ao longo dos últimos anos, existe um movimento crescente da necessidade em se adotar métodos de avaliação dos processos de saúde mental, especialmente, no que se refere a eficácia das psicoterapias. Essa mudança foi resultado especialmente da aproximação gradual e integrativa entre a prática clínica e método científico.

Nesta pesquisa percebeu-se que o sistema diagnóstico proposto pelo OPD-2 contribui para a possibilidade de padronização das observações de avaliação diagnóstica. Sua aplicação traz evidentes benefícios ao processo de clarificação das condições mentais do paciente diante de suas situações de vida habitual, ainda que dependa sempre das capacidades interpretativas sobre o mundo mental da outra pessoa.

Os resultados apresentados elucidam diferentes possibilidades de utilização e a versatilidade na administração do instrumento OPD-2. Sendo útil na prática clínica e diagnóstica.

A abordagem multidimensional proposta pelo OPD-2 serve de critério para a compreensão da complexidade e riqueza da realidade clínica, podendo abrir caminhos para a avaliação do processo e efetividade terapêuticos (Ibneri, 2007). O objetivo deste estudo foi avaliar os padrões psicométricos do instrumento, mas o que se percebeu com este estudo foi também a possibilidade de que este instrumento seja amplamente utilizado para treinamento e avaliação do processo terapêutico, podendo servir como ferramenta de efeito educativo, embasando o processo de supervisão e indicação do processo terapêutico.

O OPD-2 serve como ferramenta que se propõe a uma compreensão ampla e abrangente, permitindo uma aproximação entre a pesquisa e a prática, onde o processo e resultado podem ser definidos e operacionalizados em variáveis que avaliam mudança, sintomas, relações interpessoais, conflitos e estrutura, avaliando ainda a efetividade da relação terapêutica (Paulo & Pires, 2013). Sua avaliação multidimensional permite fazer 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 planejamento terapêutico. (Paulo & Pires, 2013)

Apesar das limitações identificadas, como impossibilidade de generalização dos resultados obtidos, o que se relaciona especialmente com os padrões de generalização do instrumento e validade externa, fica demonstrado que o diagnóstico do OPD-2 serve essencialmente para descrever as características problemáticas principais e/ou áreas de funcionamento que merecem atenção terapêutica. Podendo ser um instrumento útil para o reconhecimento dos recursos e das competências do paciente, proporcionando que sua aplicação sirva como ferramenta no acompanhamento desses pacientes, fomentando a identificação de aspectos relacionados a padrões de funcionamento específicos a cada sujeito. Essa especificidade de uso do instrumento possibilita que o mesmo seja utilizado como mecanismo de individualização do tratamento para cada paciente, identificando potenciais focos terapêuticos.

O OPD-2 apresenta-se como um sistema de avaliação que funciona como um conjunto de estímulos comportamentais observáveis, procurando entender os comportamentos com referência a processos psíquicos/construtos. Dessa forma, para entender o comportamento deve-se compreender o seu referente, o processo psíquico, que se constitui como causa do comportamento. O fato de esses processos psíquicos serem minimamente conhecidos, tido muitas vezes como construtos de avaliação subjetivos, não invalidam sua presença, muito menos sua utilidade científica (Pasquali, 2007).

Nos achados do presente estudo, assim como em outros estudos (Spitzer, 2004; Müller, 2006; Pérez, 2009), não foi possível estabelecer previsões consistentes sobre o impacto que o processo psicoterápico possa estar relacionado a psicopatologia ou a problemas interpessoais não podendo ser explicados com base na avaliação de eixos proposto pelo OPD-2, mas aponta para a possibilidade de se discutir pontos diferenciais para as indicações e condução da terapia.

Mesmo com as limitações do estudo, no que se refere especialmente ao número de participantes, acredita-se que os resultados obtidos sugerem que a versão brasileira do OPD-2 tem boa condição de avaliar propriedades psicodinâmicas, podendo ser um instrumento útil dentro dos contextos clínico e em pesquisa.



## 11. REFERÊNCIAS

1. Sadock, Benjamin J. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 11.ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 1466 p.
2. Freud, S. (1923). O Ego e o Id. In: Freud, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 11-83.
3. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – **DSM 5**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.
4. World Health Organization. Classificação Internacional de Doenças – CID 11. 2018
5. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. **JAMA**. 2008 Oct 1;300(13):1551-65. doi: 10.1001/jama.300.13.1551.
6. Serralta FB, Pole N, Nunes MLT, Eizirik CL, Olsen C. The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. **Psychotherapy Research**, 2010, 20, 564–575. doi:10.1080/10503307.2010.493537
7. OPD Task Force (org.)[e tradução]. **OPD-2: Diagnóstico psicodinâmico operacionalizado e plano de tratamento**. São Paulo: Hogrefe CETEPP, 2016. 477 p.
8. Shedler S. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. **American Psychologist**. 2010, 65(2), 98–109. doi: 10.1037/a0018378
9. Eagle MN. Kritische Rezension: A. Grünbaum. The Foundation of psychoanalysis: A philosophical critique (1984). In: A. Grünbaum (Hrsg.). Kritische Betrachtungen zur Psychoanalyse. Berlin/Heidelberg: Springer, 1991. doi: 10.1007/978-3-642-75695-5\_42
10. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Varieties of long-term outcome in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPP). **Int J Psychoanal**. 2000; 81:921–42.
11. Wilczek A, Berber, JP Gustavson JP, Asberg M, Weinryb RM. Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. **J Am Psychoanal Assoc**. 2004; 52:1163–84.
12. Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H. The Göttingen study of psychoanalytic therapy: first results. **Int J Psychoanal**. 2005; 86:433–55.
13. Grande T, Dilg R, Jakobsen T, et al. Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: results of the Heidelberg Berlin study. **Psychother Res**. 2006; 16:470–85. doi: 10.1080/10503300600608082
14. Giessen-Bloo J, Dyck R van, Spinhoven P, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. **Arch Gen Psychiatry**. 2006; 63:649–58.
15. Luyten P & Blatt SJ. Psychodynamic treatment of depression. **Psychiatr Clin North Am**. 2012 Mar; 35(1):111-29. doi: 10.1016/j.psc.2012.01.001.
16. Zwerenz R, Beutel ME, Imruck BH, Wiltink J, Haselbacher A, Ruckes C, Schmidberger H, Hoffmann G, Schmidt M, Köhler U, Langanke D, Kortmann RD, Kuhnt S, Weissflog G, Barthel Y, Leuteritz K, Brähler E. Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for depressed breast cancer patients: study protocol for a randomized controlled trial. **BMC Cancer**. 2012 Dec; 5;12:578. doi: 10.1186/1471-2407-12-578.
17. Bressi C, Nocito EP, Milanese EA, Fronza S, Della Valentina P, Castagna L, Porcellana M, Bruzzese M, Baratta LR, Minacapelli E, Dipasquale E, Capra GA. Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy vs treatment as usual in a sample of patients with anxiety and depressive disorders. **Riv Psichiatr**. 2014 Jan-Feb;49(1):28-33. doi: 10.1708/1407.15622.

18. Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De Maat S, Gerber A, Dekker J, Rabung S, Rusalovska S, Crowe E. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. **Cochrane Database Syst Rev.** 2014 Jul 1;(7): CD004687. doi: 10.1002/14651858.CD004687.pub4.
19. Bastos AG, Guimaraes LS, Trentini CM. The efficacy of long-term psychodynamic psychotherapy, fluoxetine and their combination in the outpatient treatment of depression. **Psychother Res.** 2015; 25(5):612-24. doi: 10.1080/10503307.2014.935519. Epub 2014 Jul 21.
20. Leichsenring F & Steinert C. Towards an evidence-based unified psychodynamic protocol for emotional disorders. **J Affect Disord.** 2018 May; 232:400-416. doi: 10.1016/j.jad.2017.11.036. Epub 2017 Nov 11.
21. Altmann U, Thielemann D, Zimmermann A, Steffanowski A, Bruckmeier E, Pfaffinger I, Fembacher A, Strauß B. Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies. **Front Psychol.** 2018 May 16; 9:748. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00748.
22. Salzer S, Stefani A, Kronmüller KT, Leibing E, Leichsenring F, Henningsen P, Peseschkian H, Reich G, Rosner R, Ruhl U, Schopf Y, Steinert C, Vonderlin E, Steil R. Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapy in Adolescents with Social Anxiety Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial. **Psychother Psychosom.** 2018; 87(4): 223-233. doi: 10.1159/000488990.
23. Leichsenring F, Rabung S, & Leibin E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. **Archives of General Psychiatry,** 2004, 61, 1208–1216.
24. Leichsenring F, & Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. **Journal of the American Medical Association,** 2008, 300, 1551–1565.
25. Abbass A, Kisely S, & Kroenke, K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials. **Psychotherapy and Psychosomatics,** 2009, 78, 265– 274. doi:10.1159/000228247
26. de Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, & Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. **Harvard Review of Psychiatry,** 2009, 17, 1–23. doi: 10.1080/16073220902742476
27. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, & Kisely S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. **Cochrane Database of Systematic Reviews,** 2006, 4, Article No. CD004687. doi:10.1002/14651858.CD004687.pub3
28. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais **DSM-IV.** Porto Alegre: Artmed, 2002, 4a. ed.
29. Kotan V, Kotan Z, Özçürümez Bilgili G. Diagnostic Classification Systems Based on Psychoanalytical Principles. **Arch Neuropsychiatry,** 2018; 55:91–97. <https://doi.org/10.29399/npa.19505>
30. Sandler J. Research in psychoanalysis: The Hampstead Index as an instrument of psychoanalytic research. **International Journal of Psychoanalysis,** 1962, 43 (4-5), 287-91. <http://psycnet.apa.org/record/1963-08069-001>
31. Blanck G & Blanck R. **Ego psychology I. Theory and practice.** New York: Columbia University Press, 1974. 336p.
32. Blanck G & Blanck R. **Ego psychology II. Theory and practice.** New York: Columbia University Press, 1979. 322p.
33. Bellak L & Goldsmith LA. **The broad scope of ego function assessment.** New York: Wiley, 1984. 577p.

34. Bellak L & Hurvich M. Systematic study of ego functions. **Journal of Nervous and Mental Diseases**, 1969, 148 (6), 569-85. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-196906000-00001>
35. Luborsky L & Crits-Christoph P. **Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method**. New York: Basic Books, 1998. 379p.
36. Benjamin LS. Structural analysis of social behavior. **Psychological Review**, 1974, 81(5), 392-425. <http://dx.doi.org/10.1037/h0037024>
37. Clarkin JF, Caligor E, Stern B, Kernberg OF. **Structured Interview for Personality Organization (STIPO)**. Weill Medical College of Cornell University, 2004. Unpublished
38. Weinryb RM & Rössel RJ. Karolinska Psychodynamic Profile KAPP. **Acta Psychiatrica Scandinavia**, 1991, 363, 1-23. PMID: 2017919
39. PDM Task Force: Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM). Silver Spring, Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006. 600p.
40. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Ed. 4. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
41. Schauenburg H & Cierpka M. Methoden der Fremdbeurteilung interpersoneller Beziehungsmuster. **Psychotherapeut**, 1994, 39(3): 133-45.
42. Pérez C, Francisca, Alvarado P, Luis, de la Parra C, Guillermo, & Dagnino R, Paula. Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD- 2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador. **Revista chilena de neuro-psiquiatría**. 2009, 47(4), 271-278. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000400003>;
43. Cierpka M, Stasch M, & Reiner W. El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez. **Revista chilena de neuro-psiquiatría**. 2006, 44(2), 105-125. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000200004>
44. Thomasius, R., Weiler, D., Sack, P.-M., Schindler, A., Gemeinhardt, B., Schuhbert, C., & Küstner, U. Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) bei familientherapeutisch behandelten Drogenabhängigen im adoleszenten und jungen Erwachsenenalter1. [Validity of operationalized psychodynamic diagnostics]. **Psychother Psychosom Med Psychol**. 2001 Sep-Oct, 51(9-10): 365-72. doi:10.1055/s-2001-16896
45. Leising D, et al. Do Interpersonal Behavior and Emotional Experience Change in the Course of Successful Long-Term Psychoanalytic Therapies? **Psychotherapy Research**, 2003, 13(4): 461–74. doi:10.1093/ptr/kpg037
46. Spitzer C, Michels-Lucht F, Siebel U, Freyberger HJ: The relationship between OPD features of personality structure and symptom-related and interpersonal outcome of inpatient psychotherapy. **Z Psychosom Med Psychother**, 2004, 50(1): 70–85. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14747984>
47. Pieh C, Frisch M, Meyer N, Loew T, Lahmann C. Validierung der Achse III (Konflikt) der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). [Validity of the axis "conflicts" of the Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD)]. **Z Psychosom Med Psychother**. 2009, 55(3): 263-81. doi: 10.13109/zptm.2009.55.3.263
48. Benecke C, Koschier A, Peham D, Bock A, Dahlbender RW, Biebl W, Doering S. Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität der OPD-2 Strukturachse. [First results on the reliability and validity of the OPD-2 axis structure]. **Z Psychosom Med Psychother**. 2009, 55(1): 84-96. doi: 10.13109/zptm.2009.55.1.84
49. Vicente CS, Oliveira RA, Silva F, Ferrajão P, Augusto S, Oliveira S, Senra H, Oliveira R & Krieger D. Cross-cultural adaptation of the Operationalized Psychodynamic

- Diagnosis (OPD-2) in Portugal. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**. 2012, 34(3), 129-138. <https://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892012000300004>
50. Doering S, Burgmer M, Heuft G, Menke D, Bäumer B, Lübking M, Feldmann M, Schneider G. Assessment of personality functioning: validity of the operationalized psychodynamic diagnosis axis IV (structure). **Psychopathology**. 2014, 47(3):185-93. doi: 10.1159/000355062.
  51. Cierpka M, Stasch M, Grande T, Schauenburg H, de la Parra G, Rost R. La evaluación de primeras entrevistas psicoterapéuticas mediante el sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). **Clínica e Investigación Relacional: Revista electrónica de psicoterapia**. 2010, 4(1): 221-235. <http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen41Febrero2010/tarifa/648/Default.aspx> [ISSN 1988-2939]
  52. Krieger DV, Cappellari CP, Padoan CS, Pessota CM, Berger D, Gastaud MB, Pires TS, Palmieri AF, Eizirik CL. Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado-2 (*Operationalized Psychodynamic Diagnosis-2*): Estudo de validade da versão brasileira do OPD-2. In: OPD Task Force (org.) [e tradução]. **OPD-2: Diagnóstico psicodinâmico operacionalizado e plano de tratamento**. São Paulo: Hogrefe CETEPP, 2016, p. 362-383.
  53. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med** 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
  54. Müller C et al. The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. **Psychology and Psychotherapy**, 2006, 79(4):485-494. <https://doi.org/10.1348/147608305X68048>
  55. Schneider W, Klauer T, Freyberger HJ. Operationalized psychodynamic diagnosis in planning and evaluating the psychotherapeutic process. **European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience**, 2008, 258(5): 86-91. doi: 10.1007/s00406-008-5014-2
  56. Boeker H et al. Deliberate Self-Harm in Female Patients With Affective Disorders: Investigation of Personality Structure and Affect Regulation by Means of Operationalized Psychodynamic Diagnostics. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 2008, 196(10): 743-751. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181879daf
  57. Godemann F, Schuller J, Uhlemann H, Budde A, Heinz A, Ströhle A, Hauth I. Psychodynamic vulnerability factors in the development of panic disorders--a prospective trial in patients after vestibular neuritis. **Psychopathology**. 2009, 42(2):99-107. doi: 10.1159/000203342.
  58. Zimmermann J, Ehrenthal JC, Cierpka M, Schauenburg H, Doering S, Benecke C. Assessing the level of structural integration using operationalized psychodynamic diagnosis (OPD): implications for DSM-5. **Journal of personality assessment**, 2012, 94(5): 522-532. doi: 10.1080/00223891.2012.700664
  59. Kessler H, Stasch M, Cierpka M. Operationalized psychodynamic diagnosis as an instrument to transfer psychodynamic constructs into neuroscience. **Frontiers in Human Neuroscience**, 2013, 7(718). doi: 10.3389/fnhum.2013.00718
  60. Paulo AMR & Pires AP. Operacionalização psicodinâmica de diagnóstico (OPD-2) numa psicanálise. **Psicologia Clínica**, 2013, 25(1):163-178. doi: 10.1590/S0103-56652013000100011
  61. Santiago J, Nicolás P, Juan MGP, Andrés JR. La conceptualización de un caso de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) propuesta por terapeutas psicoanalíticos: análisis mediante los criterios del diagnóstico psicodinámico operacionalizado 2 (OPD-2): resultados preliminares / A generalized anxiety disorder (GAD) s case

- conceptualization proposed by psychoanalytic therapists: analysis through operationalized psychodynamic diagnostic 2 (OPD-2) s criteria: preliminary Results. **Anu. investig. - Fac. Psicol., Univ. B. Aires**, 2013 nov, 20(1):65-74. lil-719888
62. Dinger U. et al. Self-report and observer ratings of personality functioning: a study of the OPD system. **Journal of Personality Assessment**, 2014, 96(2): 220-225. doi: 10.1080/00223891.2013.828065
  63. Schneider G et al. Dimensions of the operationalized psychodynamic diagnosis system that predict long-term outcome after inpatient psychotherapy. **Psychopathology**, 2014, 48(2): 101-113. doi: 10.1159/000368311
  64. Bock A, Huber E, Benecke C. Levels of Structural Integration and Facial Expressions of Negative Emotions. **Z Psychosom Med Psychother**, 2016, 62, 224-38. doi: 10.13109/zptm.2016.62.3.224
  65. Both ML, Favaretto CT, Benetti PCS. Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) of an Adolescent in Conflict With the Law. **Psychology Research**, 2017, 7(9): 471-480. doi: 10.17265/2159-5542/2017.09.001
  66. Crempien C et al. Role of Personality Functioning in the Quality of Life of Patients with Depression. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 2017, 205(9): 705-713. doi: 10.1097/NMD.0000000000000676
  67. Schneider G, Heuft, G. Operationalized Psychodynamic Diagnosis System and Outcome of Psychodynamic Inpatient Psychotherapy in Male and Female Patients. **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, 2018, 64(3): 281-297. <https://doi.org/10.13109/zptm.2018.64.3.281>
  68. Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM. *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed; 2015. 90.
  69. Skevington SM, Sartorius N, Amir M, Sartorius N, Orley J, Kuyken W, et al. Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings - The history of the WHOQOL instruments. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**. 2004;39(1):1-8. doi: 10.1007/s00127-004-0700-5
  70. Laloni, DT. Escala de avaliação de sintomas-90-R: adaptação, precisão e validade. Campinas (SP): **Pontifícia Universidade Católica de Campinas**, 2001. Dissertação
  71. Cunha, AC. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. 171p.
  72. Pasquali L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes; 2003. 89p.
  73. Pasquali L. **Técnicas do Exame Psicológico - TEP: manual**. São Paulo: Casa do Psicólogo/ Conselho Federal de Psicologia; 2001.
  74. Urbina S. **Fundamentos da Testagem Psicológica**. Porto Alegre: Artmed; 2007.
  75. Camey S, Fachel J. Avaliação Psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: Artmed, editor. **Psicodiagnóstico V**. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 158-70.
  76. Anastasi A & Urbina S. **Testagem psicológica**. 7ª ed.. Porto Alegre: Artmed; 2000. 575p.
  77. Hallgren, K. Computing Inter-Rater Reliability for Observational Data: An Overview and Tutorial. **Tutor Quant Methods Psychol**. 2012, 8(1): 23-34. doi: 10.20982/tqmp.08.1.p023.
  78. Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., ... de Vet, H. C. W. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. **Quality of Life Research**, 2010, 19(4), 539-549. <http://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8>.

79. Iberní E, Crisafull V & De Coro A. 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**, 2007, 1, 90-101. <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/rpc/article/view/9/36>
80. Pasquali L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, 2007, 23:99-107. doi: 10.1590/S0102-37722007000400019

## 12. ANEXOS

### ANEXO 1

#### ANÁLISE DO ESTUDO: “ESTUDO DE VALIDADE E FIDEDIGNIDADE DO PROTOCOLO DE SISTEMA DIAGNÓSTICO OPERATIONALIZATION OF PSYCHODYNAMIC DIAGNOSIS 2 (OPD-2) EM PACIENTES EM PSICOTERAPIA” UTILIZANDO O COSMIN

##### Step 1. Evaluated measurement properties in the article

x	Internal consistency
x	Reliability
	Measurement error
x	Content validity
	Structural validity
x	Hypotheses testing
	Cross-cultural validity
	Criterion validity
	Responsiveness
	Interpretability

##### Step 3. Determining if a study meets the standards for good methodological quality



**Box A. Internal consistency**

	<b>yes</b>	<b>no</b>	<b>?</b>
1 Does the scale consist of effect indicators, i.e. is it based on a reflective model?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Design requirements</i>			
	<b>yes</b>	<b>no</b>	<b>?</b>
2 Was the percentage of missing items given?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Was there a description of how missing items were handled?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Was the sample size included in the internal consistency analysis adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 Was the unidimensionality of the scale checked? i.e. was factor analysis or IRT model applied?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
6 Was the sample size included in the unidimensionality analysis adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Was an internal consistency statistic calculated for each (unidimensional) (sub)scale separately?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Were there any important flaws in the design or methods of the study?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<i>Statistical methods</i>			
	<b>yes</b>	<b>no</b>	<b>NA</b>
9 for Classical Test Theory (CTT): Was Cronbach's alpha calculated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 for dichotomous scores: Was Cronbach's alpha or KR-20 calculated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11 for IRT: Was a goodness of fit statistic at a global level calculated? e.g. $\chi^2$ , reliability coefficient of estimated latent trait value (index of (subject or item) separation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



**Box B. Reliability: relative measures (including test-retest reliability, inter-rater reliability and intra-rater reliability)**

<i>Design requirements</i>		yes	no	?	
1	Was the percentage of missing items given?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	Was there a description of how missing items were handled?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	Was the sample size included in the analysis adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Were at least two measurements available?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	Were the administrations independent?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Was the time interval stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	Were patients stable in the interim period on the construct to be measured?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Was the time interval appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Were the test conditions similar for both measurements? e.g. type of administration, environment, instructions	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Were there any important flaws in the design or methods of the study?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<i>Statistical methods</i>		yes	no	NA	?
11	for continuous scores: Was an intraclass correlation coefficient (ICC) calculated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
12	for dichotomous/nominal/ordinal scores: Was kappa calculated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	for ordinal scores: Was a weighted kappa calculated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	for ordinal scores: Was the weighting scheme described? e.g. linear, quadratic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

**Box D. Content validity (including face validity)**

<i>General requirements</i>		yes	no	?
1	Was there an assessment of whether all items refer to relevant aspects of the construct to be measured?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Was there an assessment of whether all items are relevant for the study population? (e.g. age, gender, disease characteristics, country, setting)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Was there an assessment of whether all items are relevant for the purpose of the measurement instrument? (discriminative, evaluative, and/or predictive)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Was there an assessment of whether all items together comprehensively reflect the construct to be measured?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Were there any important flaws in the design or methods of the study?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

**Box F. Hypotheses testing**

<i>Design requirements</i>		yes	no	?
1	Was the percentage of missing items given?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Was there a description of how missing items were handled?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Was the sample size included in the analysis adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Were hypotheses regarding correlations or mean differences formulated a priori (i.e. before data collection)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> *
		yes	no	NA
5	Was the expected <i>direction</i> of correlations or mean differences included in the hypotheses?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Was the expected absolute or relative <i>magnitude</i> of correlations or mean differences included in the hypotheses?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	for convergent validity: Was an adequate description provided of the comparator instrument(s)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	for convergent validity: Were the measurement properties of the comparator instrument(s) adequately described?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Were there any important flaws in the design or methods of the study?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<i>Statistical methods</i>		yes	no	NA
10	Were design and statistical methods adequate for the hypotheses to be tested?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANEXO 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar de um estudo que se propõe a avaliar o efeito das psicoterapias em longo prazo. O efeito positivo das psicoterapias (de orientação analítica, interpessoal e cognitivo-comportamental) já foi determinado por inúmeros estudos internacionais e em populações brasileiras, mas seus efeitos a longo prazo ainda são pouco estudados.

Caso aceite participar, você será avaliado em 3 momentos (hoje, em 6 meses de estudo e em 1 ano de estudo). Será feita uma coleta de amostra de 10 ml de sangue (aproximadamente 1 colher de sopa), no início da terapia e em 6 meses de estudo. Estas amostras serão utilizadas para medir o BDNF, uma substância produzida pelo corpo associada ao funcionamento cerebral. O sangue coletado será armazenado para uso apenas nesta pesquisa. Os riscos envolvidos neste procedimento são os de uma coleta de sangue usual, que são mal-estar passageiro ou mancha roxa no local da coleta de sangue. Além desta coleta de sangue, você fará uma avaliação psiquiátrica e psicológica, composta por sete questionários, que serão repetidos nos próximos 2 momentos da pesquisa. Também solicitamos sua autorização para consultar alguns dados clínicos registrados no seu prontuário na instituição. O preenchimento dos questionários não envolve maiores riscos e levará em torno de 40 minutos. O preenchimento poderá ser feito por telefone, caso você não consiga vir até o Hospital. Algumas perguntas podem trazer algum desconforto e você tem a liberdade de não respondê-las.

Não se conhece benefícios diretos por fazer parte desta pesquisa, mas você estará contribuindo para melhor conhecer os efeitos a longo prazo das psicoterapias.

O nome do participante será mantido confidencial pelos pesquisadores, sendo estes dados utilizados apenas para esta pesquisa.

A participação no estudo é totalmente voluntária, a não participação ou desistência após ingressar no estudo não implicará em nenhum tipo de prejuízo para o participante.

Você não terá nenhum custo pela participação neste estudo e não receberá nenhum tipo de compensação financeira.

Em caso de dúvidas, antes e durante o curso da pesquisa, entrar em contato com Dra. Neusa Sica da Rocha, pesquisadora responsável, pelos telefones 33598294 ou 33598413. Serviço de Psiquiatria- HCPA Ramiro Barcelos, 2350- 4º andar, sala 400 N.

Caso tenha dúvidas sobre questões éticas desta pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa poderá ser contatado para esclarecimento de dúvidas, no 2º andar do HCPA, sala 2227, ou através do telefone 33597640, das 8h às 17h, de segunda à sexta.

Este documento foi elaborado em 2 vias, uma ficará com você e outra ficará arquivada com o pesquisador.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador

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

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

CAAE 43345815.0.0000.5327

## ANEXO 3

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

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

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

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

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

**Recursos e Resistências à mudança**

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

**Eixo II – Relações Interpessoais**

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

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

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

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

**EIXO III – CONFLITO**

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

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

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

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

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

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

#### **Eixo V – Transtornos mentais**

##### **Va: transtornos mentais:**

Diagnóstico principal:

**ICD 10**

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

**DSM-IV (opcional)**

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

Diagnóstico adicional 1:

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

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

Diagnóstico adicional 2:

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

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

Diagnóstico adicional 3:

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

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

##### **Vb: transtornos de personalidade:**

**ICD 10 (F60xx oder F61.x)**

**DSM-IV (optional)**

Diagnóstico principal:

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

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

Diagnóstico adicional 1:

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

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

## ANEXO 4

### E-mail de aprovação para uso pelo OPD Task Force

----- Forwarded message -----

From: Schauenburg, Henning <[Henning.Schauenburg@med.uni-heidelberg.de](mailto:Henning.Schauenburg@med.uni-heidelberg.de)>

Date: seg, 11 de jul de 2016 às 05:47

Subject: AW: Question

To: Neusa Rocha <[nrsica@gmail.com](mailto:nrsica@gmail.com)>

Dear Neusa,

thank you. As for the use of the OPD: You do not have to pay for it. What you need, however, is some kind of reliability check before using the system in a research project. This probably would require a more intensive training for least some of your colleagues. In Germany we have a reliability test with standard cases after 60 hours (three courses) of training.

We should look for solutions here.

As for BDNF, I am not an expert at all but very curious about your ideas.

Best regards

Henning



## ANEXO 5

### Tabelas de análise comparativa entre os momentos de baseline e seguimento dos pacientes da amostra

Avaliação pré-pós de pacientes em psicoterapia segundo o Eixo I do OPD-2

OPD		Avaliações (n=36)			
			<i>Baseline</i>	<i>6 meses</i>	<i>P</i>
<b>Gravidade dos sintomas</b>	Ausente/raramente presente		8,3%	19,4%	0,344
	Moderado/leve		91,7%	80,6%	
<b>Sufrimento subjetivo</b>	Ausente/raramente presente		-	5,9%	-
	Moderado/leve		100%	94,1%	
<b>Concepção da doença em somáticos baseada em fatores</b>	Ausente/raramente presente		60%	65,7%	0,727
	Moderado/leve		40%	34,3%	
<b>Concepção da doença em psicológicos baseada em fatores</b>	Ausente/raramente presente		5,7%	8,6%	1,000
	Moderado/leve		94,3%	91,4%	
<b>Tipo de tratamento desejado: físico/médico</b>	Ausente/raramente presente		34,3%	60%	0,035
	Moderado/leve		65,7%	40%	
<b>Tipo de tratamento desejado: psicoterapêutico</b>	Ausente/raramente presente		11,8%	8,8%	1,000
	Moderado/leve		88,2%	91,2%	
<b>Recursos pessoais</b>	Ausente/raramente presente		20%	8,6%	0,289
	Moderado/leve		80%	91,4%	
<b>Redução de sintomas</b>	Ausente/raramente presente		20%	34,3%	0,332
	Moderado/leve		80%	65,7%	

Teste de McNemar

Avaliação pré-pós de pacientes em psicoterapia segundo o Eixo III do OPD-2

OPD		Avaliações (n=36)			
			<i>Baseline</i>	<i>6 meses</i>	<i>P</i>
<b>Individuação versus dependência</b>	Ausente/raramente presente		42,3%	26,9%	0,344
	Moderado/leve		57,7%	73,1%	
<b>Submissão versus controle</b>	Ausente/raramente presente		42,9%	32,1%	0,549
	Moderado/leve		57,1%	67,9%	

	Moderado/leve	57,1%	67,9%	
<b>Necessidade de cuidado versus autossuficiência</b>	Ausente/raramente presente	30,8%	23,1%	0,727
	Moderado/leve	69,2%	76,9%	
<b>Conflito de autoestima</b>	Ausente/raramente presente	53,6%	42,9%	0,581
	Moderado/leve	46,4%	57,1%	
<b>Conflito de culpa</b>	Ausente/raramente presente	22,2%	40,7%	0,180
	Moderado/leve	77,8%	59,3%	
<b>Conflito edípico</b>	Ausente/raramente presente	86,7%	80%	1,000
	Moderado/leve	13,3%	20%	
<b>Conflito de identidade</b>	Ausente/raramente presente	81%	71,4%	0,625
	Moderado/leve	19%	28,6%	
<b>Redução de sintomas</b>	Ausente/raramente presente	20%	34,3%	0,332
	Moderado/leve	80%	65,7%	

Teste de McNemar

### Análise de fidedignidade interavaliadores

Análise interavaliadores para o Eixo I do OPD-2

	<b>Kappa pares aleatórios</b>	<b>Kappa psicos</b>	<b>Kappa psiqs</b>	<b>Kappa light</b>
<b>Gravidade dos sintomas</b>	0,000	0,000	0,688	0,198
<b>Sofrimento subjetivo</b>	-0,250	-0,250	0,231	0,234
<b>Presença de problemas e queixas físicas</b>	0,250	0,000	-0,087	-0,014
<b>Presença de problemas e queixas psicológicas</b>	0,545	-0,250	0,048	0,081
<b>Presença de problemas e queixas sociais</b>	0,167	0,500	0,250	0,113
<b>Concepção da doença baseada em fatores físicos</b>	0,375	0,091	0,286	-0,063
<b>Concepção da doença baseada em fatores psicológicos</b>	-0,176	-0,111	-0,190	-0,131
<b>Concepção da doença baseada em fatores sociais</b>	0,167	0,063	0,130	0,157
<b>Tipo de tratamento desejado: físico/médico</b>	0,000	0,000	0,000	0,015

<b>Tipo de tratamento desejado: psicoterapêutico</b>	-0,316	-0,111	-0,136	-0,044
<b>Tipo de tratamento desejado: apoio social</b>	0,500	0,211	0,048	0,149
<b>Recursos pessoais</b>	0,048	0,048	0,167	0,106
<b>Apoio psicossocial</b>	-0,042	0,000	-0,053	0,008
<b>Resistências externas à mudança</b>	-0,190	0,091	-0,087	0,097
<b>Resistências internas à mudança</b>	0,286	-0,429	0,000	-0,127
<b>Redução de sintomas</b>		0,167	-0,250	0,056
<b>Predisposição para clarificação</b>	-0,111	0,000	0,000	-0,034
<b>Intervenção de suporte emocional</b>	0,000	-0,071	0,333	0,030
<b>Intervenção diretiva</b>	-0,190	-0,250	0,091	-0,067
<b>Capacidade introspectiva</b>	-0,111	0,412	0,375	0,153
<b>Ganhos secundários com a doença</b>	0,091	0,063	0,000	0,048

Teste Kappa

Análise interavaliadores para o Eixo III do OPD-2

	<b>Kappa pares aleatórios</b>	<b>Kappa psicós</b>	<b>Kappa psiq</b>	<b>Kappa light</b>
<b>Individuação versus dependência</b>	0,000	-0,333	-0,176	-0,090
<b>Submissão versus controle</b>	-0,389	0,636	0,118	-0,029
<b>Necessidade de cuidado versus autossuficiência</b>	-0,471	-0,333	-0,053	-0,157
<b>Conflito de auto-estima</b>	0,000	0,143	-0,067	0,012
<b>Conflito de culpa</b>	-0,316	-0,091	0,000	-0,063
<b>Conflito edípico</b>	0,000	-0,091	0,000	-0,037
<b>Conflito de identidade</b>	-0,136	0,636	0,167	0,059

Teste kappa

Análise interavaliadores para o Eixo IV do OPD-2

	<b>Kappa pares aleatórios</b>	<b>Kappa psicós</b>	<b>Kappa psiqs</b>	<b>Kappa light</b>
<b>Auto-percepção</b>	0,000	0,231	0,000	0,192
<b>Percepção do objeto</b>	0,000	0,000	-0,364	0,053
<b>Auto-regulação</b>	0,286	0,615		
<b>Regulação da relação objetal</b>	-0,364	-0,429	0,000	-0,135
<b>Comunicação interna</b>	0,000	0,286	0,000	-0,065
<b>Capacidade de comunicação com o mundo externo</b>	-0,250	-0,154	0,000	0,001

---

<b>Capacidade de vinculação</b>	0,000	0,286	-0,364	-0,052
<b>Estrutura total</b>	0,000	0,286	-0,667	

---

Teste kappa