

ORIGINAL ARTICLE**Discussion***Guillermo de la Parra^a*^a Pontificia Universidad Católica de Chile – Santiago – CL – Orcid – 0000-0002-3498-3012

DOI 10.5935/2318-0404.20200023

Instituição: Pontificia Universidad Católica de Chile – Santiago – CL

In 1992, Sven Olaf Hoffmann, Wolfgang Schneider and Manfred Cierpka, the three psychiatrists, psychoanalysts and psychotherapists, met in a hotel bar to discuss the problem of diagnosis in psychiatry, psychoanalysis, psychosomatics and psychotherapy, thinking that “something had to be done” about it. In the heat of some wine glasses the idea of each of the axes of the OPD arose: prerequisites for treatment, relationship, conflict, structure and descriptive diagnosis. The three colleagues dedicated themselves to the task of bringing together important people from the academic and psychoanalytic scene to construct the first draft of the manual, which by 1995 was already constructed and tested. Subsequently, 120 clinicians were asked to code videotaped interviews with this draft and, after critical feedback, the OPD-1 Manual¹ emerged.

More than 25 years have passed since the meeting at the hotel bar. Much water has flowed under the bridge: collecting the experience of OPD-1, the OPD-2² appeared, of greater clinical utility, which has been translated into many languages. The manual was accompanied by scales that measure changes, such as the one used in the work of Santiago Juan and colleagues, which is presented in this special section. A self-reporting instrument for structure appeared, which is being used by the work of Paula Dagnino and others, among other developments. To these, current developments have been added, such as a conflict self-report instrument being tested in Germany, a structure-oriented OPD therapy, the dynamic operationalized OPT therapy for depression and, lately, work is being done on the future OPD-3 manual.

Of the initiators, our friend Manfred Cierpka left us in December 2017, but many have (and we have) taken up the post of OPD in places as far away as Latin America, where in the mode of culture shock, OPD has modified us in our clinical practice and research, and we have used and adapted OPD in our own way, also in its clinical use and research. In this sense, the works included in this special section are a clear example of the potential of the OPD for Latin America as a practice oriented research tool.

In this framework, the main goal of the study by Santiago Juan and team is to analyze and compare the psychodynamic profile proposed both by the therapist and by two external judges, for the same early dropout case of psychodynamic therapy. Taking into account the results presented in this work, and knowing that one can always be general after the battle, I would like to raise the hypothesis that in this case it was not an early interruption of treatment. For example, there is consensus among therapists and judges that the structural functioning of the patient is high, which can be seen in the initial diagnosis and that during the process, practically no work was done on the structure; which makes one think of a patient with resources to face the crisis after his relationship ends. The crisis is revealed through the mid to high level of subjective suffering in a patient who, along with conflict-oriented therapy, wanted to reduce his symptoms. If we take together the conflict evaluated by judges and therapist, in addition to the theme of control-submission, it seems to me that there is a rather narcissistic theme: there is a judge-therapist consensus regarding how the patient puts himself in the center of interest. In addition, there are failures in empathy (judges) and in regulating interests in their relationships (therapist), an aspect very similar to the failure in empathy, in addition to which the judges diagnose a conflict of self-esteem.

If we also take into account that after six months we have a grateful patient, who even wants to share his good experience by referring him to a friend and who was subjected to seven meetings with his therapist, we could hypothesize that we are witnessing a successful crisis intervention treatment (lasting between six to eight sessions); in a patient with a narcissistic profile, who, despite the difficulties he might have in receiving help, has a ¿first? experience of being helped; which is not minor in this type of patients. There are two concepts that could contribute to understanding this case, which I cannot develop for some time, which are the adaptive indication of Thomä and Kächele³ that is to say, focusing on the patient's needs, and the concept of "good enough improvement" of Barkham et al.⁴, which would allow us to understand that the patient would leave the therapy satisfied with its results. This hypothesis could be supported if in the future the process could also be followed with a symptom scale such as the OQ.45.2⁵ or the CORE-OM⁶.

The work of Paula Dagnino and team also corresponds to a study that puts the magnifying glass on what happens with the OPD foci during the process, not only process in general, but within the relevant episodes of change. Although the therapists and therapies in the studies are not necessarily guided by OPD, the work asks whether OPD foci can be identified and whether they are worked on "almost intuitively" during treatments, which is answered affirmatively through the results.

The author and her group use the same instruments as in the previous work to evaluate process, which allows a certain comparative approach. For example, it is interesting that in both studies more conflict is worked on than structure. In the case of the work of Juan and team (Angel's case) it is a patient of high structure. In these other cases they seem to be patients with a lower structure, since towards the end of the processes the need to work on structural foci appears (although we do not know what would have happened if Angel's therapy had been prolonged). I agree with the interpretation of the counter-intuitive results of working towards the end on the structural foci: the structure of the patients does not seem so altered as to interfere with a therapeutic process dedicated to the conflict. Furthermore, the relationship between conflict focus work and indicators of generic change is explained by the fact that the latter are hierarchical forms of insight that are expressed in moments of change. Finally, it seems to me that there is more work in the relational focus in the Argentine study. I think that in the Chilean environment there is still a way to go for therapists to focus on the relationship, as do the initiatives of the Salvador Corporation of Santiago or the Dynamic Interpersonal Therapy, a system in which Dr. Neusa Sica da Rocha is an expert.

In this sense, the work of Dr. Sica and team gives us a look at an ambitious comparative research of three types of psychotherapies where the OPD system is used to evaluate patients with severe disorders, this time in a Public Health context that includes a longitudinal follow-up. The Brazilian study uses the OPD and the respective interviews to evaluate the evolution of the patients and to carry out the measurements, besides the originality of including the axis I in the comparisons. It is noteworthy that they take the same OPD as a measure of change, and not the Heidelberg Structural Change Scale, which uses a follow-up OPD interview to evaluate the evolution in the foci, as the study from Chile does. The results are presented for 80 of the 126 cases, most of which underwent dynamic psychotherapy, although it is not clear whether the measurements are those made at the baseline level or at 6 months or an average of both. The description of the sample shows the high level of pathology: average BDI=30.26; more than 1/3 of the sample with a history of previous suicide attempts and almost a third with previous hospitalizations, 72% were using medication, where the main diagnosis was Depression. As I mentioned, I find it original to include axis I of the OPD in the analyses. Thus, the results support the validity of the instrument by indicating that better personal resources, psychosocial support and introspective capacity are associated with fewer symptoms in the BDI and SCL-90. The relationship between some conflicts and the Quality of Life (QOL) scales deserves to be looked at more closely. I suspect that identity conflict is assessed differently by Argentine and Brazilian colleagues compared to Chileans. Axis IV, structure, is very consistent with what we have been observing in the OPD-structure self-report instrument⁷: worse structural functioning predicts more symptoms and worse quality of life; in the first case with much higher correlations than in the previous ones.

Closing this special section, the work of Prof. Vanegas and his team, who, through the OPD as a psychodynamic model, have "made their way" into the Colombian psychological, psychotherapeutic, psychiatric, and mental health environment. The group displays its creativity by using Axis I of the OPD to explore both the "subjective cultural experience" and the "cultural model of the attribution of the problem", with great respect

to the cultural contributions of different ethnic groups and Latin American realities. This has led them to the application of the OPD from the formative practice in the general hospital to the study of body experience in the fitness practice. Special mention should be made of the application of Axis II ("themes and resources") to understand a population as traumatized as the women demobilized from the guerrillas, recruited against their will.

To these reports of creative applications of the OPD in our context, I would like to add the successful experience of teaching OPD's structural dimensions to psychologists who work in primary care, attending to rural and/or poor peripheral populations in the extreme south of Chile.

In summary, we see that the OPD, expanding in Latin America, suffers the phenomenon of creolization⁸ where in its encounter with our culture and our work something third, new, different is generated, our own OPD. In this sense, the flow of knowledge regarding OPD does not only follow the direction North-South, as it usually happens, but it has been flowing for a long time from South to North, where, from Latin America we have and will have much to say.

References

1. Arbeitskreis OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Berna, Suiza: Huber. (1996).
2. Grupo de Trabajo OPD. Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia. Barcelona, España: Herder. (2006/2008).
3. Thöma H, Kächele H. Teoría y práctica del psicoanálisis. Barcelona: Herder. (1985/1989).
4. Barkham M, Connell J, Stiles WB, Miles JN, Margison F, Evans C, et al. Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: the good enough level. *J Consult Clin Psychol.* 2006; 74(1): 160–167.
5. Lambert MJ, Burlingame GM, Umphress V, Hansen N, Vermeersch DA, Clouse GC et al. The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clin Psychol Psychother.* 1996; 3; 249–258.
6. Barkham M, Margison F, Leach C, Lucock M, Mellor-Clark J, Evans C., et al. Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *J Consult Clin Psychol.* 2001; 69: 184-196.
7. De la Parra G, Undurraga C, Crempien C, Valdés C, Dagnino P, Gómez-Barris E. (2018). Estructura de Personalidad en Pacientes con Depresión: adaptación de un instrumento y resultados preliminares. *Psykhe.* 2018; 27(2); 1-20.
8. Kirmayer L. Culture and psychotherapy in a creolization world. *Transcul Psychiatry.* 2006; 43(2): 163-168.

Discusión

En 1992 se reunieron Sven Olaf Hoffmann, Wolfgang Schneider y Manfred Cierpka, los tres psiquiatras, psicoanalistas y psicoterapeutas, en el bar de un hotel a conversar sobre el problema de los diagnósticos en psiquiatría, psicoanálisis, psicosomática y psicoterapia, planteándose que “algo debía hacerse” al respecto. Al calor de algunas copas de vino surgió la idea de cada uno de los ejes del OPD: prerequisitos para el tratamiento, relación, conflicto, estructura y diagnóstico descriptivo. Los tres colegas se entregaron a la tarea de convocar a personas importantes de la escena académica y psicoanalítica para construir el primer borrador de manual, que ya hacia el año 1995 estaba construido y probado. Acto seguido se solicitó a 120 clínicos que codificaran entrevistas videograbadas con este borrador y, después de su retroalimentación crítica, surgió el Manual OPD-1¹.

Han transcurrido más de 25 años desde el encuentro en el bar de ese hotel. Mucha agua ha corrido bajo el puente: recogiendo la experiencia del OPD-1, apareció el OPD-2², de mayor utilidad clínica, que se ha traducido a muchísimos idiomas. El manual se acompaña de escalas que miden cambios, como el que utiliza el trabajo de Santiago Juan y colaboradores, que se presenta en esta sección especial. Apareció un instrumento de autoreporte de estructura, que está siendo utilizado por los trabajos de Paula Dagnino y equipo, entre otros desarrollos. A éstos, se han agregado desarrollos actuales como un instrumento de autorreporte de conflicto que se está probando en Alemania, una terapia OPD orientada a la estructura, la terapia dinámica operacionalizada OPT para la depresión y, últimamente, se está trabajando en el futuro manual OPD-3.

De los iniciadores, nuestro amigo Manfred Cierpka nos dejó en diciembre de 2017, pero muchos han (y hemos) tomado la posta del OPD en lugares tan lejanos como Latinoamérica, donde al modo del choque de culturas, el OPD nos ha modificado en nuestra clínica e investigación, y nosotros hemos utilizado y adaptado el OPD a nuestro modo, también en su uso clínico e investigación. En este sentido, los trabajos incluido en la presente sección especial son un claro ejemplo de las potencialidades del OPD para Latinoamérica como herramienta de investigación orientada a la práctica clínica.

En este marco, el principal objetivo del estudio de Santiago Juan y equipo es analizar y comparar el perfil psicodinámico y la evolución de los focos terapéuticos, propuestos tanto por el terapeuta como por dos jueces externos, para el mismo caso de abandono de terapia psicodinámica. Tomando en cuenta los resultados presentados del presente trabajo, y sabiendo que siempre se puede ser general después de la batalla, quisiera plantear la hipótesis de que en este caso no se trató de una interrupción precoz del tratamiento. Por ejemplo, hay consenso entre terapeuta y jueces de que el funcionamiento estructural del paciente es alto, lo que se advierte en el diagnóstico inicial y en que durante el proceso, prácticamente no se trabajó sobre la estructura;

lo que hace pensar en un paciente con recursos para enfrentar la crisis después que termina su relación de pareja. La crisis se revela a través del nivel de sufrimiento subjetivo entre medio a alto en un paciente que, junto a una terapia orientada al conflicto, deseaba la reducción de sus síntomas. Si tomamos en conjunto la conflictiva evaluada por jueces y terapeuta, además de la temática del control-sumisión, me parece que hay una temática más bien narcisista: hay consenso jueces-terapeuta respecto de cómo el paciente se pone a sí mismo en el centro de interés. Además, hay fallas en la empatía (jueces) y en regular los intereses en sus relaciones (terapeuta), aspecto muy similar a fallar en la empatía, además que los jueces diagnostican un conflicto de autoestima.

Si tomamos en cuenta, además, que a los seis meses tenemos a un paciente agradecido, que incluso quiere compartir su buena experiencia derivando a un amigo y que fue sometido a siete encuentros con su terapeuta, podríamos plantear la hipótesis que somos testigos de una exitoso tratamiento de intervención en crisis (duran entre seis a ocho sesiones); en un paciente con un perfil narcisístico, que, a pesar de las dificultades que podría presentar de recibir ayuda, tiene una ¿primera? experiencia de ser ayudado; lo que no es menor en este tipo de pacientes. Hay dos conceptos que podrían aportar a entender este caso, que por tiempo no alcanzo a desarrollar, que son la indicación adaptativa de Thomä y Kächele³, es decir centrarse en las necesidades del paciente, y el concepto de “mejoría suficientemente buena” de Barkham y equipo⁴ que permitiría entender que el paciente dejara la terapia satisfecho con sus resultados. Esta hipótesis se podría ver apoyada si en el futuro se pudiera seguir el proceso además con una escala de síntomas como el OQ.45.2⁵ o el CORE-OM⁶.

El trabajo de Paula Dagnino y equipo también corresponde a un estudio que pone la lupa sobre qué ocurre con los focos OPD durante el proceso, no sólo proceso en general, sino que dentro de los episodios relevantes de cambio. A pesar de que los terapeutas y las terapias de los estudios no necesariamente son guidas por el OPD, el trabajo se pregunta si los focos OPD pueden ser identificados y si son trabajados, ¿“cuasi intuitivamente”? durante los tratamientos, lo que es respondido afirmativamente a través de los resultados.

La autora y su grupo utilizan los mismos instrumentos que en el trabajo anterior para evaluar proceso, lo que permite un cierto acercamiento comparativo. Por ejemplo, es interesante que en ambos trabajos se trabaje más conflicto que estructura. En el caso del trabajo de Juan y equipo (caso Ángel) se trata de un paciente de estructura alta. En estos otros casos parece tratarse de pacientes con una estructura más baja, ya que hacia el final de los procesos aparece la necesidad de trabajar focos estructurales (aunque no sabemos qué hubiera pasado de prolongarse la terapia de Ángel). Estoy de acuerdo con la interpretación de los resultados contraintuitivos de que se trabaje hacia el final los focos de estructura: la estructura de los pacientes no parece tan alterada como para que interfiera en un proceso terapéutico dedicado al conflicto. Además, la relación entre trabajo de foco conflicto e indicadores de cambio genérico se explica porque estos últimos son formas jerarquizadas de insight que se expresan en los momentos de cambio. Finalmente, me parece que hay un mayor trabajo en el foco relacional en el estudio argentino. Pienso que en el medio chileno queda un camino por recorrer para que los terapeutas focalicen en la relación, como lo hacen las iniciativas de la Corporación Salvador de Santiago o la Dynamic Interpersonal Therapy, sistema en que la Dra. Neusa Sica da Rocha es experta.

En este sentido, el trabajo de la Dra. Sica y equipo nos entrega una mirada sobre una ambiciosa investigación comparativa de tres tipos de psicoterapias donde se utiliza el sistema OPD para evaluar pacientes con alteraciones severas, esta vez en un contexto de Salud Pública que incluye un seguimiento longitudinal. El estudio de Brasil utiliza el OPD y las entrevistas respectivas para evaluar la evolución de los pacientes y realizar las mediciones, además de la originalidad de incluir el eje I en las comparaciones. Llama la atención que tomen el mismo OPD como una medida de cambio, y no la escala de cambio estructural de Heidelberg, que utiliza una entrevista OPD de seguimiento para evaluar la evolución en los focos, como lo hace el estudio chileno. Los resultados se presentan sobre 80 de los 126 casos, la mayoría sometidos a psicoterapia dinámica, aunque no queda claro si las mediciones son las realizadas a nivel basal o a los 6 meses o un promedio de ambos. La descripción de la muestra da cuenta del alto nivel de patología: promedio BDI=30.26; más de 1/3 de la muestra con antecedentes de intentos de suicidios previos y casi un tercio con hospitalizaciones previa, 72% estaba utilizando medicamentos, donde el principal diagnóstico era de Depresión. Como mencionaba, encuentro original incluir el eje I del OPD en los análisis. Así, los resultados apoyan la validez del instrumento, al indicar que mejores recursos personales, apoyo psicosocial y capacidad introspectiva, se asocian con menos síntomas en el BDI y SCL-90. La relación entre algunos conflictos y las escalas de Calidad de Vida (QOL) merece mirarse con mayor detención. Me sospecho que el conflicto de identidad es evaluado diferente por los colegas argentinos y brasileños en comparación con los chilenos. El eje IV, estructura, es muy coherente con lo que hemos venido observando en el instrumento de auto-reporte del OPD-estructura⁷: peor funcionamiento estructural predice más síntomas y peor calidad de vida; en el primer caso con correlaciones mucho más altas que en las correlaciones anteriores.

Cierra esta sección especial el trabajo del Prof. Vanegas y su equipo, quienes, mediante el OPD, como modelo psicodinámico, se “han abierto paso” en el medio psicológico, psicoterapéutico, psiquiátrico y de salud mental colombiano. El grupo despliega su creatividad al utilizar el Eje I del OPD para explorar tanto la “vivencia cultural subjetiva” como el “modelo cultural de la atribución del problema”, con gran respeto a las contribuciones culturales de diferentes etnias y realidades latinoamericanas. Esto los ha llevado a la aplicación del OPD desde la práctica formativa en el hospital general hasta el estudio de la corporalidad en la práctica *fitness*. Especial mención merece la aplicación del eje II (“temas y recursos”), para entender una población tan traumatizada como son las mujeres desmovilizadas de la guerrilla, reclutadas contra su voluntad.

A estos reportes de creativas aplicaciones del OPD en nuestro contexto quisiera sumar la exitosa experiencia de enseñar OPD, básicamente dimensiones de estructura, a psicólogos que trabajan en atención primaria atendiendo a población rural y/o de la periferia pobre en el extremo sur de Chile.

En resumen, vemos que el OPD, expandiéndose por América Latina, sufre el fenómeno de *creolización*⁸ donde en su encuentro con nuestra cultura y nuestro trabajo se genera algo tercero, nuevo, diferente, nuestro OPD criollo. Es así que el flujo de conocimiento respecto a OPD no sigue solamente la dirección Norte-Sur, como suele suceder, sino que ya hace rato está fluyendo que desde Sur a Norte, donde, desde Latinoamérica tenemos y tendremos mucho que decir.

Referencias

1. Arbeitskreis OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Berna, Suiza: Huber. (1996).
2. Grupo de Trabajo OPD. Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia. Barcelona, España: Herder. (2006/2008).
3. Thöma H, Kächele H. Teoría y práctica del psicoanálisis. Barcelona: Herder. (1985/1989).
4. Barkham M, Connell J, Stiles WB, Miles JN, Margison F, Evans C, et al. Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: the good enough level. *J Consult Clin Psychol.* 2006; 74(1): 160–167.
5. Lambert MJ, Burlingame GM, Umphress V, Hansen N, Vermeersch DA, Clouse GC et al. The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clin Psychol Psychother.* 1996; 3; 249–258.
6. Barkham M, Margison F, Leach C, Lucock M, Mellor-Clark J, Evans C., et al. Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *J Consult Clin Psychol.* 2001; 69: 184-196.
7. De la Parra G, Undurraga C, Crempien C, Valdés C, Dagnino P, Gómez-Barris E. (2018). Estructura de Personalidad en Pacientes con Depresión: adaptación de un instrumento y resultados preliminares. *Psykhe.* 2018; 27(2); 1-20.
8. Kirmayer L. Culture and psychotherapy in a creolization world. *Transcul Psychiatry.* 2006; 43(2): 163-168.

Correspondencia

Guillermo de la Parra

gdelaparra@uc.cl

Sujeto en: 25/06/2020

Aceptado en: 25/09/2020