



La evaluación de primeras entrevistas psicoterapéuticas mediante el sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2)

M. Cierpka, M. Stasch, T. Grande, H. Schauenburg, G. de la Parra, R. Rost y miembros del Grupo de Trabajo OPD¹

Se presenta un sistema multiaxial de diagnóstico psicodinámico operacionalizado (del inglés y del alemán, Operationalised Psychodynamic Diagnostics, OPD), que en los últimos 10 años se ha difundido ampliamente en los países de habla germana y luego internacionalmente. Después de la presentación de los cuatro ejes del OPD: “Experiencia de Enfermedad y Prerrequisitos para el Tratamiento”, “Relaciones Interpersonales”, “Conflictos Intrapsíquicos” y “Estructura”, se mostrarán en detalle sus posibilidades de aplicación. En especial, se ilustrará lo relativo a la formulación del foco psicodinámico del paciente tal como se realiza en contextos ambulatorios y de internación. Los estudios sobre confiabilidad muestran un nivel “bueno” en el ámbito de la investigación, así como un nivel “satisfactorio” en el ámbito de la rutina clínica. Los estudios sobre la validez de contenido, criterio y constructo de los cuatro ejes del OPD evidencian un buen nivel de validez de cada eje. Pero los numerosos estudios con el sistema, nos advierten también respecto a los cambios a realizar para mejorarlo. Esto llevó a la construcción de una segunda versión del OPD (OPD-II) lo que ha garantizado una mayor accesibilidad y aplicabilidad en el contexto clínico.

Palabras clave: Diagnóstico, Psicodinámico, Foco, Psicoterapia Psicodinámica, OPD-2

A multiaxial psychodynamic diagnostic system, (Operationalized Psychodynamic Diagnostics, OPD) is presented. This has been broadly disseminated throughout German speaking countries in the last 10 years and latterly, internationally. After the presentation of the four axes: I = experience of illness and prerequisites for treatment, II = interpersonal relationships, III = conflict, IV = structure, and V = mental and psychosomatic disorders, the different possibilities in it's applications will be shown in detail. In particular, the patient's psychodynamic focus will be illustrated, as it is formulated in the context of the inpatient and outpatient clinics. The studies show a “good” level of reliability in research and a “satisfactory” level in the clinical routine. The four axes show a “good” level of validity (content, criteria and construct) as well. However, numerous studies using the system make us aware of the need for implementing some changes to improve it. This led to the construction of the second version of OPD (OPD-2), which has permitted a higher accessibility and applicability in the clinical context.

Key Words: Diagnosis, Psychodynamic, Focus, Psychodynamic Psychotherapy, OPD-2.

English Title: The evaluation of Psychotherapeutic First Interviews using the Operationalized Psychodynamic System (OPD-2).

Cita bibliográfica / Reference citation:

Cierpka, M. et al. (2010). La evaluación primeras entrevistas psicoterapéuticas mediante el sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (1): 221-235.

[[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen41Febrero2010/tabid/648/Default.aspx>] [ISSN 1988-2939] [ISSN 1988-2939]

La operacionalización de constructos psicoanalíticos

En Alemania, en el año 1990, psicoanalistas, expertos en medicina psicosomática y psiquiatras fundaron el grupo de trabajo (“Arbeitskreis”), “Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado” (OPD). El grupo de trabajo OPD (1996) desarrolló un inventario de diagnóstico y creó un manual de entrenamiento y aplicación clínica para terapeutas con experiencia. Más adelante, se realizó la segunda versión del OPD, que ampliaba y corregía la anterior (Arbeitskreis OPD, 2006). Esta versión, OPD-II se ha traducido al inglés, español y húngaro (OPD Task-Force, 2008; OPD Grupo de Trabajo, 2008; OPD Munkaközösség, 2007). Existen centros de formación en Alemania, Austria, Suiza, Inglaterra, Chile, Hungría, Rusia y China. El sistema OPD se basa en cuatro ejes diagnósticos psicodinámicos:

Eje 1: Experiencia de Enfermedad y Prerrequisitos para el Tratamiento,

Eje 2: Relaciones Interpersonales

Eje 3: Conflicto

Eje 4: Estructura

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

Después de una primera entrevista de 1 a 2 horas, el terapeuta clínico (o un observador externo), puede estimar la dinámica psíquica del paciente, basándose en las categorías del OPD, e incluir los resultados en los formularios de evaluación. Si bien se sugiere seguir un hilo conductor, al modo de una entrevista semiestructurada, con el objeto de obtener la información necesaria, la entrevista también se puede guiar flexiblemente a una modalidad abierta, no estructurada, según el modelo de entrevista psicodinámica usual.

El grupo de trabajo ha tenido el objetivo de ampliar, a través de dimensiones psicodinámicas básicas, la clasificación descriptiva y orientada al síntoma del CIE-10.

En la psiquiatría, las clasificaciones internacionales para el diagnóstico de pacientes con trastornos mentales tienen una gran difusión, como por ejemplo el “Diagnostic and Statistic Manuals” (DSM) de la American Psychiatric Association o la Clasificación Internacional del CIE 10. Se ha facilitado la comunicación entre los profesionales en el mundo porque las concordancias y las diferencias para diagnosticar se han podido explicitar de un modo transparente. Los psicoterapeutas psicodinámicos para quienes los conflictos intrapsíquicos y los trastornos de relación del paciente aparecen como causas subyacentes a sus síntomas, lamentan la falta de relevancia que tienen para la psicoterapia, los diagnósticos fenomenológicos y centrados en el síntoma del CIE o DSM. Ellos reclaman, tal como lo hizo el grupo GAP (Group for the Advancement of Psychiatry) en su declaración en el American Journal of Psychiatry (GAP, 1989), que en una clasificación de trastornos psíquicos hay que tomar en consideración una perspectiva multidimensional de los problemas humanos.

Otro impulso para la creación del sistema OPD fueron, entre otros, las reservas y descontentos de los psicoanalistas con la diversificación de las teorías psicoanalíticas. Freud creó las bases de la clasificación psicoanalítica, cuando comenzó a entender la personalidad con la ayuda de la teoría de la pulsión y de las instancias del yo, ello, super-yo. En la conceptualización del caso clínico se realiza hasta hoy una diferenciación de la personalidad en base a la teoría de la pulsión complementado por la psicología del yo y la

teoría de las relaciones objetales. En la primera entrevista y en la anamnesis, los psicoterapeutas aplican numerosas categorías (meta)-psicológicas, para poder describir las relaciones entre los síntomas del paciente y sus trastornos cognitivo-emocionales. Sin embargo, muchas de estas teorías metapsicológicas que surgieron a lo largo del tiempo, se formularon en un nivel de abstracción tan alto, que se alejaron en mayor o menor medida de los fenómenos clínicos observables, por lo que muchas veces sólo se los podía inferir. Este desarrollo llevó al desarrollo de numerosas teorías heterogéneas con las respectivas confusiones en la comprensión del psicoanálisis. El sistema OPD debería llegar a ser un instrumento de diagnóstico cercano a la observación e incluso de las diferentes teorías, lo que favorecería la comunicación tanto dentro del psicoanálisis, como con otras disciplinas. Para ello se tuvo que llegar a acuerdos, dentro del grupo OPD, respecto al nivel de inferencia (por ejemplo, presencia de elementos inconscientes) a aplicar dentro de la evaluación clínica de los diferentes modos de conducta.

Los investigadores OPD recurrieron también a la experiencia de diversos investigadores en psicoterapia con la operacionalización de constructos psicoanalíticos relevantes. Ya Bellak y Hurvich (1969) habían emprendido un intento de operacionalizar las funciones del yo. Ellos desarrollaron escalas para evaluar las funciones del yo en entrevistas clínicas.

Una serie de instrumentos de investigación parten de la presunción que existen patrones relacionales repetitivos no solamente respecto a los otros, sino sobretodo también respecto al terapeuta, lo que permite registrar empíricamente la relación de transferencia (Gill & Hoffmann, 1982; Luborsky & Crits-Christoph, 1990; Strupp & Binder, 1993). En la investigación en psicoterapia se ha intentado además la operacionalización de formulaciones de conflictos (intrapsíquicos) (Perry, 1989; 1990) y de constructos referidos a las defensas (Perry & Cooper, 1989).

La propuesta de Weinryb y Rossel (1991) para lograr un perfil psicodinámico del paciente sobre la base de constructos psicodinámicos operacionalizados, fue más amplia. Las 18 subescalas del perfil psicodinámico de Karolinska, se formularon con la meta de resaltar, de la manera más completa posible, las funciones psíquicas del paciente y sus rasgos caracterológicos, a través de la percepción de sí mismo y de los otros. Estas diferentes subescalas están formuladas en distintos niveles de abstracción, necesarios para llegar a una apreciación adecuada del fenómeno.

Con esto se evidencia que las operacionalizaciones psicodinámicas no pueden quedarse en el nivel conductual debido a que no se pueden observar directamente los conflictos intrapsíquicos. Por lo tanto, también deben llegar a conclusiones interpretativas durante el proceso de evaluación.

Breve descripción de los ejes

Eje I: Experiencia de la enfermedad y prerequisites para el tratamiento

Para la indicación terapéutica, independientemente de si se tiene que prescribir un tratamiento de tipo somático o un tipo específico de psicoterapia, juega un importante rol la forma en la que el paciente experimenta y procesa la enfermedad. Cada método de tratamiento conlleva diferentes niveles de exigencia para el paciente respecto a su disposición y capacidad (emocional y cognitiva) para la cooperación y trabajo conjunto. Para encontrar la indicación diferencial para la psicoterapia, tiene importancia, por ejemplo, si el paciente presenta un cierto padecimiento subjetivo, si muestra una cierta capacidad de introspección de las relaciones psicodinámicas de su enfermedad (o problema), si se lo

puede motivar a una forma dada de psicoterapia y si posee o no recursos (psicológicos) personales y apoyo social.

El eje I del OPD está construido en forma modular. El *módulo base* se configura a partir de 19 ítems que evalúan: gravedad y duración del trastorno actual, la vivencia, forma de presentación, y el concepto (modelo explicativo) de enfermedad del paciente, así como recursos para el cambio y obstáculos. El *módulo de psicoterapia* representa el deseo o idea del paciente sobre el tratamiento adecuado para él, su apertura a un tratamiento psicoterapéutico, así como los beneficios secundarios de la enfermedad. Cada indicador es evaluado en una escala según diferentes niveles de presentación del fenómeno: no se presenta (0), nivel bajo (1), medio (2), alto (3) y muy alto (4). Adicionalmente hay una categoría “no evaluable” (9). Cada uno de los contenidos de las dimensiones están descritas en detalle en un glosario que contiene ejemplos para cada uno de los niveles con el fin de aumentar la confiabilidad.

Eje II: Relación

Los trastornos psíquicos son “enfermedades relacionales”, en ese sentido la conducta interpersonal permanente resulta un factor fundamental en la formación y el mantenimiento de los trastornos psíquicos. Por esta razón en los últimos años el diagnóstico de los patrones relacionales disfuncionales o desadaptativos ha estado en el centro de la investigación psicodinámica y psicoterapéutica (Benjamin, 1974; Luborsky & Crits-Christoph, 1990; Strupp & Binder, 1993). “Depósitos” permanentes (a modo de sedimentos geológicos) de experiencias relacionales en forma de esquemas cognitivo-afectivos (Horowitz, 1991; Piaget, 1978) es lo que está a la base de lo que se conceptualiza en el psicoanálisis como “fenómenos transferenciales y contratransferenciales”.

La estructura básica del eje relacional del OPD representa el modo circular, el carácter transaccional de las interacciones humanas (es decir el interjuego de la de vivencia subjetiva y respuesta del entorno). Se ha desarrollado un marco que registra, en un primer nivel, la vivencia subjetiva del paciente tanto en relación a sí mismo como a sus relaciones relevantes. En el segundo nivel es posible configurar también la percepción de los otros (persona de referencia, entrevistador): ¿cómo es percibido, supuestamente, el paciente desde la perspectiva de sus objetos o bien del terapeuta, y qué tipo de impulsos gatilla en éstos últimos?

La construcción del instrumento resulta entonces de la inclusión de las dos perspectivas siguientes:

Perspectiva A:

- 1.- ¿Cómo percibe el paciente la conducta relacional de los otros? y
- 2.- ¿Cómo se percibe el paciente a sí mismo en la relación con los otros? (reactivamente).

Perspectiva B:

- 1.- ¿Cómo percibe el terapeuta la conducta relacional del paciente hacia él? y
- 2.- ¿Cómo se percibe el terapeuta a sí mismo en relación al paciente?

El eje “Relación” del OPD contiene así los ítems para la evaluación de las vivencias relacionales en estas diferentes perspectivas. Con ayuda de éstos se puede captar de

manera bastante representativa la variedad del comportamiento humano en las relaciones.

Las categorías utilizadas para evaluar la conducta interaccional provienen de la tradición de los modelos circunflejos que representan la conducta humana a través de dos dimensiones, afiliación y dominación/control (Benjamin, 1974; Kiesler, 1983, 1996; Leary, 1957).

A través de la integración diagnóstica de las diferentes perspectivas de la vivencia interaccional (descritas más arriba), se hace posible describir las conductas relacionales disfuncionales habituales del paciente, tal como emergen en la forma de tema central o foco en las psicoterapias (Grande, 2007).

Eje III: Los Conflictos

El OPD distingue siete conflictos intrapsíquicos “determinantes para la vida”, además de las categorías referentes al rechazo defensivo de la percepción de conflictos y sentimientos y a los llamados conflictivos actuales (reactivos a sucesos).

1. **Individuación versus dependencia**
2. **Sumisión versus control**
3. **Deseo de protección y cuidado versus autarquía (autosuficiencia)**
4. **Conflicto de autovaloración**
5. **Conflicto de culpa**
6. **Conflicto sexual edípico**
7. **Conflicto de identidad**

Los siete conflictos básicos son evaluados de acuerdo a descripciones de tipos ideales, según su grado de presencia (evaluación dimensional, desde "ausente", "poco significativo" hasta "significativo" y "muy significativo"). Además, para cada paciente se escogen dos de estos patrones de conflicto como los más relevantes (evaluación categorial) para el diagnóstico en este eje. La descripción de los conflictos básicos y sus modos de procesamiento se realiza en el OPD en base a áreas fundamentales de la vida de la persona, como son: relación de pareja, familia de origen, área laboral, comportamiento referido a la propiedad, comportamiento en grupos, así como la experiencia de enfermedad. A los patrones conflictivos permanentes en el tiempo, pueden agregarse los así llamados “conflictos actuales”, producto de sobrecargas masivas de situaciones contextuales que alteran la vida de la persona. Para la evaluación de la existencia de aquellas cargas existe una categoría adicional.

Los conflictos se diagnostican a través de la descripción clínica de modos de vivenciar y de actuar del paciente durante la anamnesis, a la vez que pueden ser observables durante la entrevista (escenificación, transferencia y contratransferencia). Se pueden observar tanto a nivel del sujeto, como del objeto (intrapsíquico) y, además, en la interacción con otras personas. Los conflictos se vinculan frecuentemente con “afectos guía” (por ejemplo, rabia en la injuria narcisista).

Se dispone de una lista de chequeo (descriptores) y un glosario para el diagnóstico de los conflictos en dos manifestaciones posibles (modo pasivo o activo) en diferentes áreas de vivencia.

El tipo de definición del conflicto en el OPD se ilustrará mediante el ejemplo del conflicto

"deseo de protección y cuidado versus autarquía" (conflicto 3) en su manifestación del modo pasivo. Se habla de modo pasivo cuando el paciente está emocionalmente muy fijado a otras personas, expresa deseos de ser cuidado y de tener seguridad. Separaciones, rechazos y soledad desencadenan sentimientos depresivos y/o angustia. El paciente es muy dependiente y demandante y muestra conductas de aferramiento a otros. En la contratransferencia el terapeuta experimenta sensaciones de preocupación, aferramiento, chantaje emocional e impotencia. En la **relación de pareja** la separación parece "imposible" (p.ej. dificultades financieras), y aquella puede ser caracterizada por un apego agobiante. Se defiende de la tendencias de aferramiento en muchos casos a través de frecuentes cambios de pareja. Los marcados deseos de ser cuidado se muestran también en la **familia de origen**, en muchos casos los pacientes se quedan un largo tiempo y extremadamente leales en la casa paterna. En el **trabajo** el paciente busca aliados y apoyos; las exigencias laborales pueden ser vividas como una pérdida de apoyo y reaccionan a ellas con depresión. En el **contexto social** el paciente se orienta a las relaciones proveedoras; debido a sus necesidades y exigencias de cuidado en la comunidad, es percibido como demandante y agotador. Respecto a la **enfermedad** el paciente se aferra de un modo pasivo y expectante a su tratante. Debido a las demandas continuas de querer ser cuidado, el paciente es difícil de rehabilitar.

Eje IV: Estructura

El concepto de "Estructura" se refiere al self y sus relaciones con los objetos, mejor dicho a la disponibilidad sobre funciones psíquicas en la regulación del self y su relación con los objetos internos y externos. Se trata de lo que el sujeto "puede", es decir, de sus capacidades. El OPD distingue cuatro niveles de integración de la estructura (integración alta, mediana, baja y desintegrado). El nivel "alto de integración" significa, que un self autónomo tiene acceso a un espacio intrapsíquico, dentro del cual se pueden elaborar conflictos intrapsíquicos. En el nivel "medio de integración", la persona tiene un menor acceso a funciones reguladoras y se reconoce una diferenciación más débil de las subestructuras psíquicas. El nivel "bajo de integración" se caracteriza por un escaso desarrollo del mundo intrapsíquico y las subestructuras psíquicas, de manera que los conflictos se elaboran poco intrapsíquicamente, más bien se manifiestan en forma de conflictos interpersonales en la realidad externa. El nivel "desintegrado" se caracteriza por la fragmentación y por la restitución psicótica.

La operacionalización de la estructura se da por medio de cuatro dimensiones estructurales:

1. Percepción de sí mismo y percepción del objeto.
2. Capacidad de manejo (autorregulación y regulación de la relación con el objeto)
3. Comunicación emocional (comunicación hacía adentro y hacía los otros)
4. Vínculo (con objetos internos y objetos externos)

Por medio de las operacionalizaciones y ejemplos clínicos dados en el manual, es posible determinar para cada categoría un nivel de integración. De esta forma, se puede realizar, por un lado, un perfil estructural y, por el otro, determinar un nivel general de integración. Además, para la codificación, el manual dispone de una lista de chequeo (descriptores), para cada ítem y cada subcategoría (Gerd Rudolf, Oberbracht, & Grande, 1998).

Contemplando los ejes, se puede ver que en algunos ámbitos hay entrecruzamientos y sobreposiciones en cuanto al contenido, así como posibles interacciones. La estructura psíquica en cierto modo representa el fondo sobre el cual ocurren los conflictos (intrapíquicos), con sus patrones de solución, adaptativos o no. Como epi-fenómenos, los patrones relacionales son más observables que la estructura psíquica y los conflictos internos. Los patrones relacionales disfuncionales pueden ser entendidos como la expresión de conflictos internos, características estructurales y al mismo tiempo de su manejo.

Diagnóstico de estado o de proceso: Posibilidades de la construcción del foco

Además de ser un sistema diagnóstico y de investigación, la meta más importante del OPD es su uso en el ámbito clínico-psicoterapéutico. Los resultados del OPD entregan información al clínico que le ayudan en su proceso reflexivo respecto a la indicación y planificación de la terapia. Los resultados del eje I dan luces sobre la actitud básica del paciente respecto a una cierta forma de tratamiento. La evaluación del nivel estructural (Eje IV) también es determinante en la elección de procedimientos psicoterapéuticos, sobretodo en la disyuntiva entre procedimientos más apoyadores (orientados a la estructura) o más interpretativo-develadores (orientados al conflicto), como también, cuando corresponde, para decidir entre psicoterapia con internación o ambulatoria. Además los resultados del OPD dan orientaciones concretas respecto a los temas relacionales que deben ser trabajados en terapia (“patrones relaciones disfuncionales”, Eje II). Éstos requieren, en cuanto manifestaciones patógenas, atención terapéutica especial y, eventualmente, intervenciones específicas para evitar que la terapia fracase por complicaciones interaccionales. El abocarse a los conflictos prevaecientes (Eje III) o a la interacción entre distintos conflictos justifica también el uso de ciertos procedimientos terapéuticos específicos. El diagnóstico estructural (eje IV), que da cuenta de las vulnerabilidades y recursos del paciente, es un importante aporte cuando se incluye en las etapas iniciales de la planificación terapéutica.

Todos los ejes permiten la determinación del foco. Los focos finalmente corresponden a un perfil de los resultados de la evaluación del OPD, los cuales son, en parte, los factores que causan y perpetúan el trastorno, desempeñando un papel fundamental en la psicodinámica de la enfermedad. Asociado a ello está la presunción que se debe producir un **cambio** en estos focos para poder obtener un avance terapéutico sustancial. En la determinación del foco se debe tener en cuenta que, según el tipo de trastorno, el peso relativo de los aspectos estructurales o de conflicto es diferente y que esa relación estructura/conflicto deberá reflejarse en la elección del mismo. En casos unívocos es posible elegir solamente focos de conflicto o solamente de estructura. En la mayoría de los casos los dos aspectos son significativos. Dónde más concretamente muestra el diagnóstico OPD su aplicación para la psicoterapia, como consecuencia de la formulación del foco, es en la elección de las metas terapéuticas (Schneider, Schmitz-Moormann, Bär, Driesch, & Heuft, 2006). Este procedimiento ha sido aplicado y evaluado en proyectos de investigación clínica como, por ejemplo, el “Estudio de Terapias Analíticas Prolongadas en la Práctica Clínica” (Grande, Rudolf, & Oberbracht, 1997; Grande, Rudolf, Oberbracht, Jakobsen, & Keller, 2004; Rudolf et al., 2002; Rudolf et al., 2004). La determinación de un foco dinámico relacional de cada paciente en régimen de internación, permite mantener una actitud unitaria en el equipo respecto a éste (Stasch, 2003; Stasch, Schmal, Hillenbrand, & Cierpka, 2007).

En base al diagnóstico individual del OPD, se le puede dar nombre a los diferentes focos terapéuticos. Estudios previos (Grande, Rudolf, & Oberbracht, 1997; Grande, Rudolf, Oberbracht, Jakobsen, & Keller, 2004; Grande, Rudolf, Oberbracht, & Pauli-Magnus, 2003; Rudolf et al., 2002) han mostrado que en total cinco focos son suficientes para dar cuenta de los diferentes aspectos del trastorno y características del paciente. Se ha evidenciado como conveniente la elección de un foco relacional y como mínimo un foco de conflicto y estructura. En investigación con el uso del OPD, se ha estudiado la evolución de la psicoterapia de los pacientes, especialmente en base a la evolución de los focos elegidos, mediante entrevistas realizadas a intervalos regulares por observadores independientes. En la práctica clínica son, en cambio, los propios terapeutas quienes eligen los focos y ajustan el tratamiento. A diferencia de la descripción de casos del psicoanálisis tradicional, en que dan cuenta a posteriori de la evolución, frecuentemente inesperada, de los pacientes (ya que valoran el dejar desarrollarse estos procesos espontáneos sin dirigirlos terapéuticamente), el grupo OPD aplica una lógica que es habitual en terapias breves o focales como también en las terapia conductuales. El terapeuta determina junto con el paciente, al principio del tratamiento, los temas psicodinámicos (focos) que son importantes para el trastorno de éste y elige las intervenciones terapéuticas indicadas para llevar a una reestructuración en estos focos.

En investigación se han estudiado múltiples interrelaciones; entre otras, qué focos se eligen para determinados diagnósticos, y qué grado de cambio terapéutico se puede lograr en distintos tipos de tratamiento utilizando qué focos.

Para diferenciar los cambios terapéuticos en los resultados del OPD de una simple dicotomía, hay cambio/no hay cambio, se ha desarrollado la Escala de Cambio Estructural de Heidelberg (Rudolf, Grande, & Oberbracht, 2000). Ésta representa una forma adaptada de la “Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas” (“Assimilation of Problematic Experiences Scale” APES, Stiles et al., 1990) y permite, gracias a su gradación más fina, una cuantificación precisa del proceso terapéutico para cada uno de los focos (Grande, Rudolf, & Oberbracht, 2000; Grande, Rudolf, Oberbracht, & Jakobsen, 2001). Además se ha desarrollado una check list (descriptores) para estructura (Rudolf, Oberbracht, & Grande, 1998) y para los conflictos (Grande & Oberbracht, 2000), las que facilitan al clínico la evaluación de estas dos dimensiones. El uso de estos instrumentos permite especialmente una descripción diferenciada del proceso y los resultados terapéuticos desde una perspectiva específica del proceso psicoanalítico.

Esta lógica en la determinación del foco e indicación, se ha desarrollado especialmente en el ámbito del eje IV, estructura. La monografía de Rudolf (2004) contiene no solo una lista de posibles focos estructurales sino también recomendaciones concretas para su tratamiento terapéutico, así que se trata prácticamente de un manual de psicoterapia. Con esto el OPD-2 cumple con los requerimientos actuales de la investigación en psicoterapia, que quiere captar los efectos del cambio durante el proceso (microcambio) para identificar los mecanismos de acción de la terapia. Los conocimientos adquiridos sobre el proceso aportan a la reflexión sobre las intervenciones apropiadas en los momentos adecuados del tratamiento. Así la meta es estructurar el proceso terapéutico de un modo útil para el paciente. Con ello el OPD-2 se acerca al principio de Strupp & Schacht (1988) de mantener la congruencia “problem-treatment-outcome” (problema-tratamiento-resultado). Con esta directriz se considera que tiene que haber una similitud, una congruencia, entre la evaluación del problema clínico, la conceptualización del cambio terapéutico deseado y la descripción del éxito terapéutico. Este éxito no debería medirse con cuestionarios “objetivos” o cualquier instrumento de observación, sino con aquellas categorías y términos con los cuales ha sido formulado el problema clínico. De esta manera, el problema a tratar, el proceso de intervención y el resultado del tratamiento

se afirman sobre una base conceptual común.

Caso clínico

Una paciente de 33 años fue ingresada a un tratamiento psicossomático en régimen de internación por su bulimia nervosa, existente desde hace 12 años, que se acompañaba de un uso inmoderado de laxantes. Su terapeuta, con la que se encontraba desde hacia un año en psicoterapia psicodinámica, realizó la derivación. En la primera entrevista, la gravedad de los síntomas fueron evaluados en grado medio según los ítems del eje I del OPD. Ella mostraba alto grado de padecimiento subjetivo, según este mismo eje. Su concepto de enfermedad, es decir su modelo explicativo, era básicamente psicológico. Ella se mostraba muy motivada para realizar una psicoterapia presentando una expectativa de una terapia de apoyo emocional y reflexivo-develadora de motivaciones. El pronóstico de su terapia parecía favorable debido sus buenos recursos personales y psicosociales.

Para la formulación del patrón relacional disfuncional del eje II del OPD es importante el siguiente episodio relacional, expuesto por la paciente durante la entrevista. En la transcripción se subrayan las partes relevantes para la determinación de los ítems del eje II. Entre paréntesis se anotan los ítems y los correspondientes números, además la asignación a una de las cuatro perspectivas Self, (S) Otros (O), Transferencia (T) o Contratransferencia (CT).

P: “Siempre he intentado recibir amor y reconocimiento de mi padre. Recurriendo a todo, realmente no he dejado nada sin probar (S 7), ni siendo niña, ni adolescente. Era muy buena en el colegio, daba todo lo mismo. Me quedé repitiendo un año, también daba lo mismo. He, no sé, ganado concursos de lectura, redacción, todo siempre daba igual. He hecho todo tipo de tonterías, pero seguía dando lo mismo, no había absolutamente ninguna reacción (O 16).

C: Me podría dar un ejemplo? Un determinado episodio.

P: Bueno, lo que más me ha afectado, es algo relativamente cercano. Terminé el bachillerato técnico y fui la mejor de toda la ciudad, con un 9.7, hubo una recepción, con el alcalde, con celebración después en el ayuntamiento...y yo deseaba que mis padres fueran. Pero simplemente ellos no llegaron. (O 15). Ni siquiera avisaron que no iban (O 16). O sea, eso fue... lo que más me...

C: Los había invitado?

P: Si, por supuesto. Claro.

C: Les había señalado lo importante que era para usted? Me podría explicar un poco más en detalle cómo lo hizo?

P: Pues los llamé, les dije que iba a haber una celebración, que iba a haber una comida y que los otros alumnos galardonados irían también con sus padres, por lo que me alegraría que ellos también vinieran.

C: ¿Lo dijo cómo me lo está explicando?

P: Si, todo fue muy normal, parecían no sorprenderse.

C: ¿Y con quién habló?

P: Con mi madre. La comunicación con mi padre siempre se ha realizado a través de mi madre.

C: ¿Y la madre le dijo algo al teléfono?

P: Que pensaba que iban a ir. Esto era diez días antes, porque había que confirmar quién asistirían al acto.

C: ¿Y entonces?

P: Sencillamente no llegaron. (O 15).

C: (Después de esa primera conversación), ¿seguramente les volvió a preguntar?

P: Yo no les volví a preguntar nada más después de aquella conversación, pues pensé que estaba claro. No hubo mala intención en no haber confirmado con ellos, para mi era tan importante contar con su presencia, que pensé que para ellos también, pero parece ser que no era así, porque en el fondo lo había hecho para agradarlos a ellos (S 26). Cuando los llamé después, me dijeron que se habían olvidado completamente (paciente se da un golpe con la mano a la frente) (O 16). Eso fue algo que entonces me fue imposible de entender, e incluso ahora se me hace difícil entender cómo se puede olvidar algo así, es extraño.

C: ¿Y que sintió usted con eso?

P: Entonces tuve esa sensación, que da igual lo que hago, sencillamente nunca nada es suficiente (S 27). Simplemente no voy a recibir ese amor y reconocimiento de mi padre. No importa, incluso me podría cortar la pierna. (S 7), tampoco le interesaría (O 16).

C: Eso a usted le entristece?

P: Si.

C: Mhm.

P: Casi ya no puedo decidir si estoy triste o furiosa.

C: Son las dos cosas, usted también está furiosa.

P: Si. También un poco furiosa. Precisamente eso también es el sentimiento que identifico desde que estoy aquí. Antes solamente me sentía triste, o sencillamente confusa.

C: Parece que usted siempre ha intentado hacerlo cada vez mejor.

P: Si (S 7).

C: Todo con el objetivo de conseguir atención y cariño.

En este episodio el terapeuta experimenta a la paciente como sobreadaptada (T 26) y devaluándose a sí misma (T 27). Ella evitaba una reacción agresiva a pesar del sentimiento de decepción (T 6). En el terapeuta aparecía el sentimiento de querer consolar y apoyar a la paciente (CT 7). Pero él también sintió temor a decepcionarla y no reconocerla, de ser insuficiente para ella, por esto aparecen impulsos de quererse distanciar (CT 32) y desinterés hacia ella (CT 16).

De la formulación de la dinámica relacional, según las especificaciones del OPD, resulta el siguiente patrón relacional desadaptativo: “La paciente se preocupa mucho por los otros pero ellos una y otra vez la abandonan e ignoran. Frecuentemente ella reacciona a eso aumentando su sobreadaptación y armonizando. En la transferencia, se hace evidente el cómo se desvaloriza a sí misma, lo que causa que otras personas no la perciban. Ello produce un círculo vicioso mediante el cual de nuevo se siente abandonada”.

Ya en este pequeño trozo de entrevista se hace evidente con qué intensidad la paciente se

anula a si misma para recibir reconocimiento y cuidado.

El eje III del OPD (“Conflicto”) indicó al conflicto “deseo de ser cuidado versus autarquía” como muy significativo. Sin embargo, su reacción al comportamiento decepcionante de los padres es de autodevaluación, a la vez que sobrevalora los objetos amorosos; así, el segundo conflicto más importante en este caso es el conflicto de autovaloración, el que también se codifica como muy significativo.

En el eje IV del OPD (“Estructura”) en general se encontró un *nivel estructural* medio. La paciente daba la impresión que sus afectos la inundan rápidamente y que ella difícilmente puede mantener una distancia con dichos objetos amorosos, para regular y comprender su excitación. Las evaluaciones menos favorables se muestran en el ámbito de la autorregulación (especialmente la regulación de la autoestima) y de la tolerancia afectiva. El desprecio por su cuerpo se expresaba en un self corporal evaluado en un nivel de integración entre medio y bajo. Como aparece más arriba, para la determinación del foco de tratamiento se pueden elegir 5 focos. Para esta paciente se ha podido determinar el siguiente foco de tratamiento:

Complicaciones relacionales típicas (foco relación)

La paciente se preocupa mucho por los otros, pero una y otra vez ella se siente abandonada y desvalorizada por los otros. Ella reacciona a ello con un aumento en su sobreadaptación armonizando. En la transferencia se hace evidente su autodevaluación y tendencia a autonomía, lo que en otros puede causar que no la perciban. Esto produce un círculo vicioso en el que se siente de nuevo abandonada.

Foco del conflicto

La paciente se pone en un segundo plano, para recibir reconocimiento y cuidado (conflicto: deseo de ser cuidado versus autarquía). Encima ella se desvaloriza a si misma y sobrevalora los objetos (conflicto de autovaloración).

Foco estructural

La paciente está inundada por sus afectos; no puede distanciarse para regular y comprender su excitación (autocontrol; tolerancia a los afectos). Ella desprecia a su cuerpo (self corporal) y lo trata implacablemente.

Conclusión

Desde la publicación del manual del OPD en el año 1996, muchos psicoterapeutas lo han conocido y han podido trabajar con él. Mientras tanto existen muchas traducciones del manual. En 2003 se publicó la versión en habla alemana del OPD para psicoterapeutas de niños y adolescentes (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003). Existe también un manual de aplicación especial para el ámbito del tratamiento de padres con bebés y niños pequeños (Cierpka et al., 2007). Más de 3.500 terapeutas han sido formados en los distintos centros de entrenamiento en países de habla germana. Se le ha utilizado en diferentes clínicas psicosomáticas, de adicciones, departamentos universitarios de psicoterapia y psicosomática para el registro de los tratamientos, así como también se lo ha utilizado en la atención clínica de rutina (Heuft et al., 2005; Mendler, Schneider, & Heuft, 2005).

Una operacionalización del diagnóstico psicodinámico puede ir más allá de los límites de una clasificación psiquiátrica meramente descriptiva y aprovechar las ventajas de integrar

una descripción de constructos psicodinámicas observables y el diagnóstico fenomenológico.

El OPD puede:

1. Aportar una orientación **clínico-diagnóstica** para el uso clínico. A la vez que, sobre la base de criterios diagnósticos relativamente flexibles y abiertos (“directrices”), le permiten al usuario un cierto rango de libertad en el diagnóstico. El OPD aporta, por lo tanto, a una mayor transparencia en el sentido de asegurar la calidad.
2. ser de gran utilidad para la **formación** en psicoterapia psicodinámica. Debido a que los fenómenos psíquicos operacionalizados han sido formulados lo más cercano posible a lo observable, es posible ejercitarse en la clasificación psicodinámica y fenomenológica.
3. ser utilizado como **instrumento de investigación**. Al tener criterios diagnósticos más estrictos, permite una mayor homogenización de la muestras en los diferentes estudios
4. contribuir a una mejor **comunicación** en la comunidad científica (en el sentido amplio, otras disciplinas y orientaciones psicológicas, y restringido, dentro del psicoanálisis) de los constructos psicodinámicos. El OPD permite esta mejor comunicación de formulaciones psicodinámicas, gracias a que se ha mejorado la confiabilidad en relación a los sistemas diagnósticos anteriores.

En el presente trabajo se mostraron tanto los aportes como las limitaciones del diagnóstico OPD a través de la evaluación de un caso grabado en video y su discusión. El OPD no quiere ser más que un compendio básico de constructos psicodinámicos relevantes ordenado en cuatro ejes. El manual del OPD entrega una base para la discusión clínica, lo que es valorado por muchos clínicos. Especialmente psicoterapeutas con poca experiencia clínica reciben, mediante el estudio del manual, una base para su formación adicional posterior. Teorías psicoanalíticas más complejas y concepciones de casos psicoanalíticos detallados pueden ser establecidos aditivamente a esta base.

Las experiencias precedentes con el sistema OPD indican que los ejes construidos tienen utilidad clínica en ámbitos de tratamiento completamente diferentes, así como también son variables observables de un modo confiable en el contexto de la investigación (Cierpka et al., 2001; Cierpka, Rudolf, Grande, & Stasch, 2007; Grande, 2004; Rudolf & Grande, 1999; Stasch et al., 2004).

El grupo de trabajo OPD actual entiende la operacionalización del diagnóstico psicodinámico como un proceso que, tanto en la clínica como en la investigación, debe aportar cada vez más a la claridad y diferenciación de los constructos psicológicos subyacentes.

REFERENCIAS

- Arbeitskreis, OPD-KJ. (Ed.). (2003). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual*. Bern: Huber.
- Arbeitskreis, OPD (Ed.). (1996). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. Bern: Huber.
- Arbeitskreis, OPD (Ed.). (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual*

für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.

- Bellack, L., & Hurvich, M. (1969). Systematic study of ego functions. *Journal of Nervous and Mental Diseases*(148), 569-585.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Cierpka, M., Grande, T., Stasch, M., Oberbracht, C., Schneider, W., Schübler, G., et al. (2001). Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Psychotherapeut*, 46, 122-133.
- Cierpka, M., Hirschmüller, B., Israel, A., Jahn-Joksches, G., von Kalckreuth, B., Knott, M., et al. (2007). Manual zur psychoanalytischen Behandlung von Regulationsstörungen, psychischen und psychosomatischen Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern unter Verwendung des Fokuskonzeptes. In M. Cierpka & E. Windaus (Eds.), *Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie. Konzepte - Leitlinien - Manual* (pp. 87-214). Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.
- Cierpka, M., Rudolf, G., Grande, T., & Stasch, M. (2007). Operationalised Psychodynamic Diagnostics (OPD). Clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology*, 40, 209-220.
- Family, G. f. t. A. o. P. C. o. t. (1989). The challenge of relational diagnoses: Applying the biopsychosocial model in DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1492-1494.
- Gill, M. M., & Hoffmann, I. Z. (1982). A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience in psychoanalysis and psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 137-167.
- Grande, T. (2004). Beurteilung der Leistung einzelner Rater und Standards für die Verwendung der OPD in der empirischen Forschung. In R. W. Dahlbender, P. Buchheim & G. Schübler (Eds.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie* (pp. 245-250). Bern: Huber.
- Grande, T. (2007). Wie inszenieren sich dysfunktionale Beziehungsmuster in der Therapeut-Patient-Interaktion? *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 57(2), 61-69.
- Grande, T., & Oberbracht, C. (2000). Die Konflikt-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Konfliktdiagnostik nach OPD. In W. Schneider & H. Freyberger (Eds.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (pp. 74-102). Bern: Huber.
- Grande, T., Rudolf, G., & Oberbracht, C. (1997). Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen in Psychoanalysen. In M. Leuzinger-Bohleber & U. Stuhr (Eds.), *Psychoanalysen im Rückblick* (pp. 415-431). Frankfurt a. M.: Psychosozial-Verlag.
- Grande, T., Rudolf, G., & Oberbracht, C. (2000). Veränderungsmessung auf OPD-Basis: Schwierigkeiten und ein neues Konzept. In W. Schneider & H. Freyberger (Eds.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (pp. 148-161). Bern: Huber.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., & Jakobsen, T. (2001). Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik. Wirkungen stationärer Psychotherapie im Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47(3), 213-233.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Jakobsen, T., & Keller, W. (2004). Investigating structural change in the process and outcome of psychoanalytic treatment: The Heidelberg-Berlin Study. In P. Richardson, H. Kächele & C. Renlund (Eds.), *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults* (pp. 35-61). London: Karnac.

- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., & Pauli-Magnus, C. (2003). Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: which treatment effects support them? *Psychotherapy Research*, 13(1), 43-58.
- Heuft, G., Jakobsen, T., Kriebel, R., Schneider, W., Rudolf, G., & OPDTask-Force. (2005). Potenzial der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) für die Qualitätssicherung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51, 261-276.
- Horowitz, M. J. (1991). Person schemas. In M. J. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns* (pp. 13-32). Chicago: University Chicago Press.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research. Personality, psychopathology, and psychotherapy*. New York: Wiley.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference. The Core Conflictual Relationship Theme method*. New York: Basic Books.
- Mendler, T. M., Schneider, G., & Heuft, G. (2005). Dokumentation auf einer Station für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Lösungskonzepte für eine interdisziplinäre Herausforderung. *Psychotherapeut*, 50(2), 133-143.
- OPD Grupo de Trabajo (2008). *Diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- OPD, M. (2007). *Operacionalizált Pszichodinamikus Diagnosztika OPD-2. A diagnosztika és a terápia tervezés kézikönyve*. Budapest: Lélekben Otthon Kiadó.
- OPD Task-Force (Ed.). (2008). *Operationalized Psychodynamic Diagnostics OPD-2. Manual of Diagnostics and treatment planning*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Perry, J. C. (1989). Scientific progress in psychodynamic formulation. *Psychiatry*, 52, 245-249.
- Perry, J. C. (1990). *The psychodynamic conflict rating scales*. Cambridge, MA: The Cambridge Hospital.
- Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1989). An empirical study of defense mechanism. *Archives of General Psychiatry*, 46, 444-452.
- Piaget, J. (1978). *Die Äquilibration der kognitiven Strukturen*. Stuttgart: Klett.
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G., & Grande, T. (1999). *Vergleich und Validierung zweier Instrumente zur Einschätzung von Struktur und struktureller Veränderung. The Scales of Psychological Capacities (RS Wallerstein) und Operationalized Psychodynamic Diagnosis (Arbeitsgruppe OPD)*. Heidelberg: Psychosomatische Universitätsklinik.
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Oberbracht, C., et al. (2002). Structural changes in psychoanalytic therapies - the Heidelberg-Berlin Study on long-term psychoanalytic therapies (PAL). In M. Leuzinger-Bohleber & M. Target (Eds.), *Outcomes of psychoanalytic treatment. Perspectives for therapists and researchers* (pp. 201-222). London: Whurr Publishers.
- Rudolf, G., Grande, T., Jakobsen, T., Krawietz, B., Langer, M., & Oberbracht, C. (2004). Effektivität und Effizienz psychoanalytischer Langzeittherapie: Die Praxisstudie analytische Langzeitpsychotherapie. In A. Gerlach, A.-M. Schlösser & A. Springer (Eds.), *Psychoanalyse*

des Glaubens (pp. 515-528). Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Rudolf, G., Grande, T., & Oberbracht, C. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzska. *Psychotherapeut*, 45, 237-246.
- Rudolf, G., Oberbracht, C., & Grande, T. (1998). Die Struktur-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturdiagnostik nach OPD. In H. Schauenburg, H. Freyberger, M. Cierpka & P. Buchheim (Eds.), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (pp. 167-181). Bern: Huber.
- Schneider, G., Schmitz-Moormann, S., Bär, O., Driesch, G., & Heuft, G. (2006). Psychodynamische Therapiefoki in einer stationären multimodalen Therapie – Zusammenhänge zu den Selbstauskunftskalen und individuellen Therapiezielen. *Zeitschrift fuer Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52(3), 259-273.
- Stasch, M. (2003, 25.06.2003). *Interpersonal tuning in inpatient psychotherapy. A clinical approach based on the Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD)*. Paper presented at the 34. annual meeting of the Society for Psychotherapy Research (25.-29.06.2003), Weimar, Germany.
- Stasch, M., Cierpka, M., Dahlbender, R. W., Grande, T., Hillenbrand, E., Kraul, A., et al. (2004). OPD und Repräsentation interpersonellen Beziehungsverhaltens: ein Ansatz zur Konstruktvalidierung. In R. W. Dahlbender, P. Buchheim & G. Schübler (Eds.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie* (pp. 85-94). Bern: Huber.
- Stasch, M., Schmal, H., Hillenbrand, E., & Cierpka, M. (2007). Fokusorientierte Interventionen mit der OPD in der stationären Psychotherapie. Effekte auf Ergebnis und Verlauf der Behandlung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53(4), 309-323.
- Stiles, W. B., Elliot, R., Lewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. N., et al. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411-420.
- Strupp, H., & Schacht, T. (1988). Problem-treatment-outcome congruence: A principle whose time has come. In H. Dahl, H. Kächele & H. Thomä (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies* (pp. 1-14). Berlin Springer.
- Strupp, H. H., & Binder, J., L. (1993). *Kurzpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weinryb, R. M., & Rössel, R. J. (1991). Karolinska Psychodynamic Profile KAPP. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 1-23.

Original recibido con fecha: 20-11-2009 Revisado: 2-12-2009 Aceptado para publicación: 22-12-2009

NOTAS

¹ Consejo Coordinador OPD: Manfred Cierpka, Reiner, W. Dahlbender, Harald J. Freyberger, Tilman Grande, Gereon Heuft, Paul L. Janssen, Franz Resch, Gerd Rudolf, Henning Schauenburg, Wolfgang Herzog, Gerhard Schüssler, Michael Schulte-Markwort, Michael Stasch, Matthias von der Tann. **Dirección de contacto:** Prof. Dr. med. Manfred Cierpka - Universitätsklinikum Heidelberg - Abteilung für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie- Bergheimer Straße 54 69115 Heidelberg; Tel. 06221-564700; Fax 06221-564702 Manfred.Cierpka@med.uni-heidelberg.de