

УДК 615.851

Титиевский С.В., Воеводина В.С., Гостюк И.М., Федоровская И.В., Кошева З.В.

**ОЦЕНКА ОПЕРАЦИОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР;
Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр,
Донецк, ДНР*

Отправной точкой создания рабочей группы операционализированной психодинамической диагностики (ОПД) в 1990 году в Германии стала, с одной стороны, недостаточная, по мнению психодинамических психотерапевтов, релевантность феноменологических и симптомо-ориентированных диагнозов Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ) и «Диагностического и статистического руководства» (DSM) Американской психиатрической ассоциации при поиске возможных объяснений клинических проблем и, с другой стороны, разрозненность психоаналитической теории (разные группы психоаналитиков отличаются своей терминологией и разрабатывают собственные (суб-) концепции, затрудняя общение между терапевтами). Цель создания ОПД состояла в том, чтобы расширить классификации МКБ и DSM, включив в них фундаментальные психодинамические измерения, и, в то же время, сохранить аспекты надежности и терминологической точности МКБ и DSM [3].

Система ОПД основана на четырех психодинамически релевантных диагностических осях с соответствующими категориями, дополняющими классификацию МКБ (пятая ось): ось I (опыт заболевания и предпосылки к лечению), ось II (межличностные отношения), ось III (психодинамические конфликты), ось IV (психологическая структура) и ось V (диагноз согласно МКБ-10). Для 1–2-часового обследования пациента, являющегося, по сути, открытым психодинамическим интервью, ОПД предусматривает гибкие руководства, обеспечивающие получение соответствующей информации [2].

Операционализированный подход к диагностике и лечению непсихотических психических расстройств избран в качестве основного научно-методического направления работы Республиканской клинической психоневрологической больницы – медико-психологическим центром МЗ ДНР. Предварительная оценка показателей осей ОПД-2 (современной версии ОПД) при различных непсихотических психических расстройствах осуществлена нами ранее [1].

Материалы и методы

С помощью рабочих материалов ОПД-2 с целью оценки показателей её осей при различных непсихотических психических расстройствах нами обследовано 30 больных с данной патологией, лечившихся стационарно в Республиканской клинической психоневрологической больнице – медико-психологическом центре МЗ ДНР. Полученные результаты статистически обработаны с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

Возраст обследованных находился в пределах от 22 до 70 лет (среднее значение – 45,8, стандартное отклонение – 13,5), возраст при первых проявлениях заболевания – от 8 до 62 лет (среднее значение – 38,5, стандартное отклонение – 15,4), продолжительность заболевания менее 6 мес. отмечена у 4 (13,3%) чел., 6-24 мес. – у 5 (16,7%) чел., 2-5 лет – у 12 (40,0%) чел., 5-10 лет – у 2 (6,7%) чел., более 10 лет – у 7 (23,3%) чел.

Поскольку целью данного исследования являлась оценка показателей осей ОПД-2 при различных непсихотических психических расстройствах, был проведен корреляционный

**Связь показателей осей ОПД-2 с наличием аффективных расстройств
(коэффициент корреляции Пирсона, r)**

Шифры согласно МКБ-10	Показатель	Коэффициент корреляции Пирсона, r
	П.2 EQ-5D (Самообслуживание)	0,6
	Концепция заболевания на основе соматических факторов	0,3
	Желаемая форма лечения: соматическое лечение	0,3
	Личностные ресурсы	- 0,3
	Внутренние препятствия для изменения	0,4
	Конфликт «Индивидуация – зависимость»	0,3
	Конфликт самооценки	0,4
	Конфликт идентичности	0,4
F3	Восприятие объекта	0,3
F33.1	П.2 EQ-5D (Самообслуживание)	0,7
	Возраст	0,4
	Возраст при первых проявлениях заболевания	0,5
F06.32	П.5 EQ-5D (Тревога/депрессия)	0,5
	Возраст	0,3
	Возраст при первых проявлениях заболевания	0,4
	П.2 EQ-5D (Самообслуживание)	0,4
	П.5 EQ-5D (Тревога/депрессия)	0,4
F3 + F06.32	Концепция заболевания на основе соматических факторов	0,4

анализ связи данных показателей с наличием соответствующих диагнозов либо групп диагнозов (таблицы 1-7).

Следует отметить, что при наличии аффективных расстройств (расстройств настроения) (F3) у обследованных обращает на себя внимание тенденция к нарушению самообслуживания

(Европейский опросник оценки качества жизни EQ-5D), увеличению внутренних препятствий для изменения, проявлений конфликтов самооценки и идентичности (в большей степени), «индивидуации–зависимости» (в меньшей степени), концепции заболевания на основе соматических факторов (отчетливее – в группе F3+F06.32),

Связь показателей осей ОПД-2 с наличием невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (коэффициент корреляции Пирсона, r)

Шифр согласно МКБ-10	Показатель	Коэффициент корреляции Пирсона, r
	Возраст	-0,4
	ООФ	0,5
	Концепция заболевания на основе соматических факторов	-0,5
	Желаемая форма лечения: психотерапевтическое лечение	0,3
	Внешние препятствия для изменения	-0,4
F4	Ориентация на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов	0,4
	Редукция симптомов	- 0,3
	Активно-директивное вмешательство	0,2
	Открытость (психологическая расположенность)	0,4
	Самовосприятие	-0,4
	Восприятие объекта	-0,3

**Связь показателей осей ОПД-2 с наличием расстройств адаптации
(коэффициент корреляции Пирсона, r)**

Ш и ф р ы согласно МКБ-10	Показатель	Коэффициент корреляции Пирсона, r
	Продолжительность заболевания	-0,6
	Внешние препятствия для изменения	-0,4
	Конфликт вины	0,3
	Конфликт идентичности	0,3
	Восприятие объекта	-0,5
F43.2	Способность к привязанности (к внешним объектам)	0,5
	Продолжительность заболевания	-0,6
	Концепция заболевания на основе соматических факторов	-0,4
	Концепция заболевания на основе социальных факторов	-0,4
	Желаемая форма лечения: психотерапевтическое лечение	0,3
	Вторичная выгода от болезни/состояния, поддерживающего проблему	-0,3
	Саморегуляция	0,5
	Способность к привязанности (к внутренним объектам)	0,5
F43.22	Способность к привязанности (к внешним объектам)	0,5

желаемости соматического лечения, снижению личностных ресурсов и способности к восприятию объекта. Для наличия депрессивного расстройства органической природы (F06.32) характерна тенденция к большей выраженности показателя «Тревога/депрессия» EQ-5D, большему возрасту при первых проявлениях заболевания и в момент обследования.

Для невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств в целом (F4) характерна тенденция к меньшему возрасту обследованных, их лучшему функционированию (ООФ), меньшей выраженности концепции заболевания на основе соматических факторов (в отличие от F3), большей желаемости психотерапевтического лечения, с его ориентацией на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов (средняя положительная связь), активно-директивное вмешательство (слабая положительная связь) и нежеланием ориентации на редукцию симптомов, при меньших внешних препятствиях для изменения и больших открытости, способностях к самовосприятию и восприятию объекта.

Для расстройств адаптации (F43.2), характерна тенденция к меньшей продолжительности заболевания, отсутствию концепций заболевания на основе соматических и социальных факторов (F43.22), стремлению к психотерапевтическому лечению (F43.22), меньшим внешним препятствиям для изменения и вторичной выго-

де от болезни (F43.22), большей выраженности конфликтов вины и идентичности, меньшему нарушению способности к восприятию объекта и большему нарушению способности к саморегуляции (F43.22), привязанности к внутренним объектам (F43.22), привязанности к внешним объектам.

В целом, для наличия личностных расстройств у обследованных характерна связь с большей продолжительностью заболевания, худшим функционированием (ООФ), большей выраженностью представления психических жалоб и проблем, социальных проблем. Органическое расстройство личности было связано с большей тяжестью симптомов, концепцией заболевания на основе социальных факторов (отчетливее – в группе F07.0+F6), меньшей выраженностью (психо)социальной поддержки (отчетливее – в группе F07.0+F6) и конфликта «Потребность в заботе – самодостаточность». Для расстройств зрелой личности была характерна связь с меньшим возрастом при первых проявлениях заболевания, большей желаемостью лечения социальной средой, меньшими стремлением к эмоционально поддерживающему вмешательству и проявлением конфликта «Подчинение – контроль».

Для наличия невротических тревожных расстройств в целом характерна связь с большей (психо)социальной поддержкой, лучшим функционированием (ООФ) (как и при F41). При

**Связь показателей осей ОПД-2 с наличием личностных расстройств
(коэффициент корреляции Пирсона, r)**

Шифры согласно МКБ-10	Показатель	Коэффициент корреляции Пирсона, r
F07.0	Продолжительность заболевания	0,3
	Тяжесть симптомов	0,4
	ООФ	-0,5
	Концепция заболевания на основе социальных факторов	0,5
	(Психо)социальная поддержка	-0,3
	Конфликт «Потребность в заботе – самодостаточность»	-0,4
	Продолжительность заболевания	0,4
	Возраст при первых проявлениях заболевания	-0,5
	ООФ	-0,3
	Желаемая форма лечения: социальная среда	0,3
F6	Эмоционально поддерживающее вмешательство	-0,5
	Конфликт «Подчинение – контроль»	-0,4
	Продолжительность заболевания	0,4
	Возраст при первых проявлениях заболевания	-0,4
	Тяжесть симптомов	0,4
	ООФ	-0,6
	Представление психических жалоб и проблем	0,4
	Представление социальных проблем	0,3
	Концепция заболевания на основе социальных факторов	0,6
	(Психо)социальная поддержка	-0,4
F07.0 + F6	Конфликт «Потребность в заботе – самодостаточность»	-0,3

тревожно-фобических расстройствах отмечена положительная связь со снижением качества жизни в целом, ухудшением «Гибкости/мобильности», выраженностью «Боли/дискомфорта» (EQ-5D), представлением социальных проблем, внутренними препятствиями для изменения, вторичной выгодой от болезни, и отмечена отрицательная связь с концепцией заболевания на основе психических факторов и нарушением самовосприятия. При смешанном тревожном и депрессивном расстройстве отмечена связь с большей открытостью.

Для наличия тревожных расстройств в целом характерна связь с меньшей тяжестью симптомов, лучшим функционированием (ООФ), меньшими «Тревогой/депрессией» (EQ-5D), большей (психо)социальной поддержкой. Входящее в эту группу тревожное расстройство органической природы характеризовали большие возраст при первых проявлениях заболевания, качество жизни в целом (EQ-5D), личностные ресурсы (отчетливее – в группе F40+F41+F06.4) и желаемость

эмоционально поддерживающего вмешательства; эти больные в меньшей степени ориентировались на психотерапевтическое лечение, их характеризовали меньшие субъективное страдание (отчетливее – в группе F40+F41+F06.4) и представление психических жалоб и проблем.

Для наличия органических психических расстройств в целом характерна положительная связь с возрастом при первых проявлениях заболевания и в момент обследования, концепцией заболевания на основе социальных факторов, ориентацией на редукцию симптомов и эмоционально поддерживающее вмешательство, при ненастроенности на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов и активно-директивное вмешательство, отсутствию выраженности конфликта идентичности.

Таким образом, можно сделать следующие выводы об установлении закономерностей, характеризующих связь показателей ОПД-2 с непсихотическими психическими расстройствами.

**Связь показателей осей ОПД-2 с наличием невротических тревожных расстройств
(коэффициент корреляции Пирсона, r)**

Шифры согласно МКБ-10	Показатель	Коэффициент корреляции Пирсона, r
	EQ-5D	0,4
	П.1 EQ-5D (Гибкость/мобильность)	0,7
	П.4 EQ-5D (Боль/дискомфорт)	0,4
	Представление социальных проблем	0,4
	Концепция заболевания на основе психических факторов	-0,3
	(Психо)социальная поддержка	0,3
	Внутренние препятствия для изменения	0,3
	Вторичная выгода от болезни/состояния, поддерживающего проблему	0,4
F40.8	Самовосприятие	-0,3
	ООФ	0,4
F41	(Психо)социальная поддержка	0,3
F41.2	Открытость (психологическая расположенность)	0,4
	ООФ	0,4
	П.1 EQ-5D (Гибкость/мобильность)	0,3
	П.4 EQ-5D (Боль/дискомфорт)	0,3
F40 + F41	(Психо)социальная поддержка	0,5

1. Аффективные расстройства (F3) прямо связаны с нарушением самообслуживания (EQ-5D), внутренними препятствиями для изменения, конфликтами самооценки и идентичности (в большей степени), «Индивидуации–зависимости» (в меньшей степени), концепцией заболевания на основе соматических факторов (отчетливее – в группе F3+F06.32), желаемостью

соматического лечения, снижением личностных ресурсов и способности к восприятию объекта. Для наличия депрессивного расстройства органической природы (F06.32) характерна тенденция к большей выраженности показателя «Тревога/депрессия» EQ-5D, большему возрасту при первых проявлениях заболевания и в момент обследования.

**Связь показателей осей ОПД-2 с наличием тревожных расстройств
(коэффициент корреляции Пирсона, r)**

Ш и ф р ы согласно МКБ-10	Показатель	Коэффициент корреляции Пирсона, r
	Возраст при первых проявлениях заболевания	0,4
	EQ-5D	-0,4
	Субъективное страдание	-0,3
	Представление психических жалоб и проблем	-0,4
	Желаемая форма лечения: психотерапевтическое лечение	-0,4
	Личностные ресурсы	0,3
F06.4	Эмоционально поддерживающее вмешательство	0,3
	Тяжесть симптомов	-0,4
	ООФ	0,5
	П.5 EQ-5D (Тревога/депрессия)	-0,4
	Субъективное страдание	-0,4
	Личностные ресурсы	0,4
F40 + F41 + F06.4	(Психо)социальная поддержка	0,5

**Связь показателей осей ОПД-2 с наличием органических психических расстройств
(коэффициент корреляции Пирсона, r)**

Шифр согласно МКБ-10	Показатель	Коэффициент корреляции Пирсона, r
F0	Возраст	0,4
	Возраст при первых проявлениях заболевания	0,4
	Концепция заболевания на основе социальных факторов	0,4
	Ориентация на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов	-0,3
	Редукция симптомов	0,3
	Эмоционально поддерживающее вмешательство	0,3
	Активно-директивное вмешательство	-0,3
	Конфликт идентичности	-0,3

2. Для невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств в целом (F4) характерна тенденция к меньшему возрасту обследованных, их лучшему функционированию (ООФ), меньшей выраженности концепции заболевания на основе соматических факторов (в отличие от F3), большей желаемости психотерапевтического лечения, с его ориентацией на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов, при нежелании ориентации на редукцию симптомов, меньших внешних препятствиях для изменения и больших открытости, способностях к самовосприятию и восприятию объекта.

3. Для расстройств адаптации (F43.2), характерна тенденция к меньшей продолжительности заболевания, отсутствию концепций заболевания на основе соматических и социальных факторов (F43.22), стремлению к психотерапевтическому лечению (F43.22) при меньших внешних препятствиях для изменения и вторичной выгоде от болезни (F43.22), большей выраженности конфликтов вины и идентичности, меньшем нарушении способности к восприятию объекта и большем нарушении способности к саморегуляции (F43.22), привязанности к внутренним объектам (F43.22), привязанности к внешним объектам.

4. Личностные расстройства характеризует положительная связь с продолжительностью заболевания, худшим функционированием (ООФ), выраженностью представления психических жалоб и проблем, социальных проблем. Органическое расстройство личности связано с тяжестью симптомов, концепцией заболевания на основе социальных факторов (отчетливее – в группе F07.0+F6), меньшей выраженностью (психо)социальной поддержки (отчетливее – в группе F07.0+F6) и конфликта «Потребность

в заботе – самодостаточность». Расстройства зрелой личности характеризует связь с желаемостью лечения социальной средой, меньшими возрастом при первых проявлениях заболевания, стремлением к эмоционально поддерживающему вмешательству и проявлением конфликта «Подчинение – контроль».

5. В целом, невротические тревожные расстройства связаны с большей (психо)социальной поддержкой, лучшим функционированием (ООФ) (как и при F41). Тревожно-фобические расстройства связаны со снижением качества жизни в целом, ухудшением «Гибкости/мобильности», выраженностью «Боли/дискомфорта» (EQ-5D), представлением социальных проблем, внутренними препятствиями для изменения, вторичной выгодой от болезни и отрицательно связаны с концепцией заболевания на основе психических факторов и нарушением самовосприятия. При смешанном тревожном и депрессивном расстройстве отмечена связь с большей открытостью.

6. Тревожные расстройства в целом характеризует связь с меньшей тяжестью симптомов, лучшим функционированием (ООФ), меньшими «тревогой/депрессией» (EQ-5D), большей (психо)социальной поддержкой. Тревожное расстройство органической природы положительно связано с возрастом при первых проявлениях заболевания, качеством жизни в целом (EQ-5D), личностными ресурсами (отчетливее – в группе F40+F41+F06.4) и желаемостью эмоционально поддерживающего вмешательства, а отрицательно связано с ориентацией на психотерапевтическое лечение, субъективным страданием (отчетливее – в группе F40+F41+F06.4) и представлением психических жалоб и проблем.

7. Органические психические расстройства в целом характеризует связь с возрастом в

момент обследования и при первых проявлениях заболевания, концепцией заболевания на основе социальных факторов, ориентацией на редукцию симптомов и эмоционально поддерживающее вмешательство, при ненастроенности на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов и активно-директивное вмеша-

тельство, отсутствии выраженности конфликта идентичности.

8. Выявленные закономерности объективно доказывают полезность психодинамической операционализации для лечения больных с различными непсихотическими психическими расстройствами.

Титиевский С.В., Воеводина В.С., Гостюк И.М., Федоровская И.В., Кошевая З.В.
ОЦЕНКА ОПЕРАЦИОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР;
Республиканская клиническая психоневрологическая больница –
медико-психологический центр, Донецк, ДНР

Система операционализованной психодинамической диагностики (ОПД) основана на четырех психодинамически релевантных диагностических осях с соответствующими категориями, дополняющими классификацию МКБ (пятая ось): ось I (опыт заболевания и предпосылки к лечению), ось II (межличностные отношения), ось III (психодинамические конфликты), ось IV (психологическая структура) и ось V (диагноз согласно МКБ-10). Предварительная оценка показателей осей ОПД-2 при различных непсихотических психических расстройствах проведена и опубликована нами ранее.

Цель исследования заключалась в оценке показателей осей ОПД-2 при различных непсихотических психических расстройствах. С помощью рабочих материалов ОПД-2 нами обследовано 30 находившихся на стационарном лечении больных с непсихотическими психическими расстройствами. Нами установлены следующие, особо значимые для вмешательств при непсихотических психических расстройствах, закономерности, характеризующие их связь с показателями ОПД-2. Аффективные расстройства (F3) прямо связаны с желаемостью соматического лечения и снижением личностных ресурсов. Для невротических расстройств (F4) характерна желаемость психотерапевтического лечения, с его ориентацией на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов. Органическое расстройство личности (F07) связано с концепцией заболевания на основе социальных факторов. Расстройства зрелой личности (F6) характеризует связь с желаемостью лечения социальной средой, отсутствием стремления к эмоционально поддерживающему вмешательству. Тревожное расстройство органической природы (F06.4) положительно связано с личностными ресурсами и желаемостью эмоционально поддерживающего вмешательства. Органические психические расстройства в целом (F0) характеризует связь с концепцией заболевания на основе социальных факторов, ориентацией на редукцию симптомов и эмоционально поддерживающее вмешательство, при отсутствии настроенности на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов и активно-директивное вмешательство.

Выявленные нами закономерности объективно доказывают полезность психодинамической операционализации для практики работы с больными, страдающими различными типами непсихотических психических расстройств.

Ключевые слова: операционализованная психодинамическая диагностика, непсихотические психические расстройства, оценочные шкалы

Titievsky S.V., Vojvodina V.S., Gostiuk I.M., Fedorovskaya I.V., Koshevaya Z.V.
THE ESTIMATION OF OPERATIONALIZED APPROACH TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF NON- PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR
Republican Clinical Psychoneurological Hospital –
Medical-Psychological Center, Donetsk, DPR

The system of operationalized psychodynamic diagnosis (OPD) is based on four psychodynamically relevant diagnostic axes with appropriate categories to complement ICD classification (fifth axis): axis I (experience of illness and prerequisites for treatment), axis II (interpersonal relations), axis III (psychodynamic conflicts), axis IV (psychological structure) and axis V (syndromal diagnosis according

to ICD-10). The preliminary assessment of the indicators of the axes of OPD-2 in various non-psychotic mental disorders was carried out and published by us earlier. Research purpose consisted in estimation of OPD-2 axes' indicators in various non-psychotic mental disorders. With the help of OPD-2 working materials, we examined 30 patients with non-psychotic mental disorders who were hospitalized. We have established the following, especially significant for interventions for non-psychotic mental disorders, patterns that characterize their relationship with the indicators of OPD-2. Affective disorders (F3) are directly related to the desirability of somatic treatment and to the decrease of personal resources. Neurotic disorders (F4) are characterized by the desirability of psychotherapeutic treatment, with its focus on reflexing-clarification of motives/conflicts. Organic personality disorder (F07) is associated with the concept of disease based on social factors. Disorders of adult personality (F6) is characterized by their connection with desirability of treatment by the social environment and by the lack of desire for emotionally supportive intervention. Organic anxiety disorder (F06.4) is positively associated with personal resources and the desirability of emotionally supportive intervention. Organic mental disorders in general (F0) is characterized by their connection with the concept of the disease based on social factors, focus on symptom reduction and emotionally supportive intervention, with the absence of focus on reflexing-clarification of motives/conflicts and active-directive intervention.

The patterns we discovered objectively prove the usefulness of psychodynamic operationalization for the practice of working with patients suffering from various types of non-psychotic mental disorders.

Keywords: operationalized psychodynamic diagnostics, non-psychotic mental disorders, rating scales

Литература

1. Титиевский С.В., Воеводина В.С., Бабюк И.А., Гостюк И.М., Федоровская И.В. Опыт операционализированной психодинамической диагностики при непсихотических психических расстройствах (предварительные данные). Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2018; 2 (42): 74 - 80.
2. Arbeitskreis OPD (Hrsg.) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual fur Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber; 2006. 493.
3. Kessler H., Stasch M., Cierpka M. Operationalized psychodynamic diagnosis as an instrument to transfer psychodynamic constructs into neuroscience. Front Hum Neurosci. 2013; 7: 718.

References

1. Titievskii S.V., Voevodina V.S., Babyuk I.A., Gostyuk I.M., Fedorovskaya I.V. Opyt operatsionalizirovannoi psikhodinamicheskoi diagnostiki pri nepsikhoticheskikh psikhicheskikh rasstroistvakh (predvaritel'nye dannye) [Experience operationalized psychodynamic diagnosis in non-psychotic mental disorders (preliminary data)]. Zhurnal psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2018; 2 (42): 74 – 80 (in Russian).
2. Arbeitskreis OPD (Hrsg.) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual fur Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber; 2006. 493.
3. Kessler H., Stasch M., Cierpka M. Operationalized psychodynamic diagnosis as an instrument to transfer psychodynamic constructs into neuroscience. Front Hum Neurosci. 2013; 7: 718.

Поступила в редакцию 25.01.2019