

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

УДК 615.851

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

ОЦЕНКА ОСЕЙ ОПЕРАЦИОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ¹ Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, ДНР;² Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, Донецк, ДНР

Предполагается, что ориентированному на психоанализ психотерапевту можно уже при первом контакте с пациентом поставить диагноз, выявить клинические причины развития заболевания. Применяемый при этом метод, первичное психоаналитическое интервью, был в общих чертах разработан ещё З. Фрейдом [1; 2, с. 177].

Для создания систематизированной, ориентированной на психоанализ диагностики, которую, нужно было отграничить от рассматриваемой симптома диагностики, опирающейся на нозологические регистры МКБ-10 и DSM-IV, в сентябре 1992 был создан межрегиональный Комитет по операционализированной психодинамической диагностике (ОПД). Для первых формулировок общей психоаналитической многоуровневой диагностики исследователи обозначили следующие 5 осевых направлений [2, с. 189-191]. После 10 лет работы с первой версией ОПД и её применения в различных условиях была представлена её вторая версия (ОПД-2). С помощью ОПД-2 могут быть определены цели терапии и выбраны соответствующие области внимания для лечения [3, с. 28].

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 при различных непсихотических психических расстройствах была представлена нами ранее [1].

Материалы и методы

С помощью рабочих материалов ОПД-2 с целью оценки её осей при 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

Таблица 1

Ось I: Базисный модуль – Опыт заболевания и предпосылки к лечению: тяжесть заболевания (проблем) в настоящее время

Показатель	Тяжесть симптомов	Общая оценка функционирования (ООФ)	Европейский опросник оценки качества жизни (EQ-5D)					
			Общий показатель	п.1	п.2	п.3	п.4	п.5
Среднее значение	2,5	59,9	7,7	1,0	1,0	1,5	1,9	2,2
Стандартное отклонение (SD)	0,7	10,1	0,9	0,2	0,2	0,5	0,4	0,4

Таблица 2

Ось I: Базисный модуль – Опыт заболевания и предпосылки к лечению: опыт и представление болезни; концепция болезни пациента; концепция пациента относительно изменений; изменение ресурсов / изменение препятствий. Психотерапевтический модуль: опыт, представление и концепция болезни пациента; изменение ресурсов / изменение препятствий

Показатель	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Показатель (достоверность отличий: $p < 0,05$ - *, $p < 0,01$ - **, $p < 0,001$ - ***)		
			Представление психических жалоб и проблем	Концепция заболевания на основе психических факторов	Желаемая форма лечения: психотерапевтическое лечение
Субъективное страдание	2,6	0,8	-	-	*
Представление физических жалоб и проблем	2,1	1,0	**	-	**
Представление психических жалоб и проблем	2,6	0,8	-	-	*
Представление социальных проблем	2,0	1,1	**	-	***
Концепция заболевания на основе соматических факторов	2,2	1,3	-	-	*
Концепция заболевания на основе психических факторов	2,8	1,1	-	-	-
Концепция заболевания на основе социальных факторов	2,3	1,3	-	*	*
Желаемая форма лечения: соматическое лечение	3,0	1,2	-	-	-
Желаемая форма лечения: психотерапевтическое лечение	3,0	1,0	-	-	-
Желаемая форма лечения: социальная среда	2,5	1,3	-	-	*
Личностные ресурсы	2,5	1,0	-	-	*
(Психо)социальная поддержка	2,7	1,1	-	-	-
Внешние препятствия для изменения	2,0	1,2	-	-	***
Внутренние препятствия для изменения	2,1	1,2	-	-	**
Ориентация на редукцию	2,6	1,3	-	-	-
Ориентация на рефлексирование- прояснение мотивов/конфликтов	2,5	1,4	-	-	*
Ориентация на эмоционально поддерживающее вмешательство	2,7	1,1	-	-	-
Ориентация на активно-директивное вмешательство	2,7	1,2	-	-	-
Открытость (психологическая расположенность)	2,7	0,9	-	-	-
Вторичная выгода от болезни/состояния, поддерживающего проблему	1,3	1,3	-	-	***

Ось III – Конфликт

Показатель	Тип конфликта						
	Индивидуация – зависимость	Подчинение – контроль	Потребность в заботе – самодостаточность	Конфликт самооценки (достоинства)	Конфликт вины	Эдипальный конфликт	Конфликт идентичности
Среднее значение	2,0	1,6	1,8	1,6	1,7	1,4	1,6
Стандартное отклонение (SD)	0,9	0,7	0,8	0,7	0,7	0,8	0,9
Достоверность отличий (p < 0,05 - *, p < 0,01 - **)							
Индивидуация – зависимость		**	-	**	*	**	*
Эдипальный конфликт	**	-	**	-	*		-

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. Другие полученные нами данные, относящиеся к оси I (Опыт заболевания и предпосылки к лечению) и оценивавшиеся, кроме Шкалы общей оценки функционирования (ООФ), а также Европейского опросника оценки качества жизни (EQ-5D), по шкале от 0

до 4 баллов (соответствуя следующей степени выраженности симптомов: «0» – «отсутствует/слабая», «2» – «средняя», «4» – «очень высокая»), представлены в таблицах 1-2.

Таким образом, обращает на себя внимание то, что наивысшими показателями Оси I у обследованных оказались «Желаемая форма лечения: психотерапевтическое лечение» и «Желаемая форма лечения: соматическое лечение». При этом, желаемость психотерапевтического лечения достоверно превышала желаемость вмешательств социального типа,

Ось IV – Структура

Показатель	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Показатель (достоверность отличий: p < 0,01 - **, p < 0,001 - ***)
			Саморегуляция
Самовосприятие	2,1	0,7	**
Восприятие объекта	2,1	0,7	**
Саморегуляция	2,7	0,6	
Регуляция отношений с объектом	2,0	0,6	***
Внутренняя коммуникация	2,0	0,8	***
Коммуникация с внешним миром	2,1	0,9	***
Способность к привязанности (к внутренним объектам)	2,0	0,7	***
Способность к привязанности (к внешним объектам)	2,0	0,9	**
Структура в целом	2,0	0,3	***

Связь структуры в целом (Ось IV ОПД-2 «Структура») с другими показателями осей ОПД-2 (коэффициент корреляции Пирсона, r)

Показатель		Коэффициент корреляции Пирсона, r
Структура в целом	П.1 EQ-5D (Гибкость/мобильность)	-0,3
	П.2 EQ-5D (Самообслуживание)	-0,3
	П.5 EQ-5D (Тревога/депрессия)	-0,3
	Личностные ресурсы	-0,3
	(Психо)социальная поддержка	-0,4
	Вторичная выгода от болезни/состояния, поддерживающего проблему	0,3
	Регуляция отношений с объектом	0,4
	Коммуникация с внешним миром	0,6
	Способность к привязанности (к внутренним объектам)	0,3
	Наличие F41.1	-0,3

а также показатели концепции заболевания на основе соматических факторов и концепции заболевания на основе социальных факторов. Следует отметить также, что показатель «Представление психических жалоб и проблем» достоверно превышал представление физических жалоб и проблем и представление социальных проблем, а показатель «Концепция заболевания на основе психических факторов» достоверно превышал концепцию заболевания на основе социальных факторов.

В данной статье мы не рассматриваем показатели Оси II (Отношения), поскольку она включает номинальные переменные, которые не могут быть использованы в статистическом анализе, требующем скалярных переменных [4].

Ось III (Конфликт) оценивается по шкале от 0 до 3 баллов, соответствуя следующей

оценке повторяющихся дисфункциональных конфликтов: «0» – «отсутствуют», «1» – «незначительны», «2» – «значительны», «3» – «очень значительны» (табл. 3).

Таким образом, наибольшую величину по Оси III имел показатель выраженности у обследованных конфликта «Индивидуация – зависимость» (привязанности и отношения распределяются между противоположными полюсами, от близких и симбиотически близких отношений (зависимость), до хорошо сформированной независимости и заметной дистанции (сильная индивидуация)), а наименьшую величину – эдипального конфликта.

Основным конфликтом в 9 (30,0%) случаях был конфликт идентичности, в 7 (23,4%) – «Индивидуация – зависимость» (наиболее выраженный у обследованных), в 4 (13,3%) – «Потребность в заботе – самодостаточность»,

Таблица 6

Связь концепции пациента относительно изменений (Ось I ОПД-2 «Опыт заболевания и предпосылки к лечению») с другими показателями осей I, III и IV ОПД-2 (коэффициент корреляции Пирсона, r)

Показатель		Коэффициент корреляции Пирсона, r
Желаемая форма лечения: соматическое лечение	Тяжесть симптомов	0,4
	ООФ	-0,4
	Субъективное страдание	0,4
	Самовосприятие	0,4
	Внутренняя коммуникация	0,3
Желаемая форма лечения: психотерапевтическое лечение	Концепция заболевания на основе соматических факторов	-0,4
	(Психо)социальная поддержка	0,3
	Редукция симптомов	-0,3
Желаемая форма лечения: социальная среда	Продолжительность заболевания	0,3
	Концепция заболевания на основе социальных факторов	0,5

**Связь концепции пациента относительно изменений
(психотерапевтический модуль Оси I ОПД-2) с другими показателями осей I, III и IV
ОПД-2 (коэффициент корреляции Пирсона, r)**

Показатель		Коэффициент корреляции Пирсона, r
	Возраст	0,4
	П.5 EQ-5D (Тревога/депрессия)	0,3
	Концепция заболевания на основе соматических факторов	0,4
	Желаемая форма лечения: психотерапевтическое лечение	-0,3
	Ориентация на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов	-0,4
Редукция симптомов	Конфликт «Потребность в заботе – самодостаточность»	-0,3
	Редукция симптомов	-0,4
	Конфликт «Индивидуация – зависимость»	0,5
Ориентация на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов	Конфликт вины	0,3
	Восприятие объекта	-0,3
	Саморегуляция	0,3
	Возраст при первых проявлениях заболевания	0,4
	EQ-5D	0,4
Эмоционально поддерживающее вмешательство	Концепция заболевания на основе соматических факторов	0,3
	Конфликт «Индивидуация – зависимость»	0,3
	Продолжительность заболевания	0,3
	EQ-5D	0,4
	П.3 EQ-5D (Обычная активность (работа, обучение, домашние обязанности, семейная активность и отдых))	0,5
	(Психо)социальная поддержка	0,3
	Внешние препятствия для изменения	-0,3
Активно-директивное вмешательство	Открытость (психологическая расположенность)	0,5
	Регуляция отношений с объектом	-0,5

в 4 (13,3%) – конфликт вины, в 3 (10,0%) – «Подчинение – контроль», в 3 (10,0%) – конфликт самооценки. Эдипальный конфликт не являлся основным ни у одного из обследованных.

Вторым по значимости конфликтом в 8 (26,7%) случаях был конфликт «Подчинение – контроль», в 6 (20,0%) – «Индивидуация – зависимость», в 5 (16,7%) – «Потребность в заботе – самодостаточность», в 4 (13,3%) – эдипальный конфликт (наименее выраженный у обследованных), в 3 (10,0%) – конфликт самооценки, в 3 (10,0%) – конфликт идентичности и в 1 (3,3%) – конфликт вины.

Способ переработки основного конфликта в 13 (43,3%) случаях был смешанным, но пассивным, в 10 (33,3%) случаях отмечен как смешанный, но активный, в 5 (16,7%) случаях – как преимущественно пассивный и в 2 (6,7%) случаях – как, в основном, активный.

Ось IV (Структура) оценивается по шкале от 1 до 4 баллов: «1» – «высоко интегрирована», «2» – «умеренно интегрирована»,

«3» – «низко интегрирована», «4» – «дизинтегрирована» (табл. 4).

Обращает на себя внимание, среди показателей структуры обследованных, наименьшая интегрированность структурного уровня саморегуляции.

Нами также был проведен корреляционный анализ связи некоторых, с нашей точки зрения, принципиально значимых для лечебных вмешательств при непсихотических психических расстройствах, показателей (структуры в целом у обследованных, желаемой формы лечения, концепции пациента относительно изменений) с другими показателями осей I, III и IV ОПД-2 (таблицы 5-7).

Таким образом, степень дезинтеграции структуры в целом положительно коррелировала со степенью дезинтеграции некоторых её компонентов (предположительно, и определяющих уровень дезинтеграции структуры в целом): коммуникации с внешним миром, регуляции отношений с объектом, способности к привязанности к внутренним объектам. Более высокая сте-

пень дезинтеграции структуры в целом коррелировала с большей вторичной выгодой от болезни, меньшими (психо)социальной поддержкой, личностными ресурсами и отсутствием диагноза генерализованного тревожного расстройства. Обращает на себя внимание обратная связь дезинтеграции структуры в целом и некоторых показателей EQ-5D («гибкость/мобильность», «самообслуживание», «тревога/депрессия»).

Желаемость соматического лечения у обследованных положительно коррелировала с тяжестью симптомов, субъективным страданием, нарушениями самовосприятия и внутренней коммуникации, а отрицательно коррелировала с величиной ООФ. Желаемость психотерапевтического лечения положительно коррелировала с (психо)социальной поддержкой, а отрицательно – с концепцией заболевания на основе соматических факторов и ориентацией на редукцию симптомов. Желаемость лечения социальной средой положительно коррелировала с концепцией заболевания на основе социальных факторов и продолжительностью заболевания.

Ориентация обследованных на редукцию симптомов положительно коррелировала с их возрастом, концепцией заболевания на основе соматических факторов, показателем «Тревога/депрессия» EQ-5D, а отрицательно коррелировала с ориентацией на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов, желаемостью психотерапевтического лечения и выраженностью конфликта «Потребность в заботе – самодостаточность». Ориентация на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов положительно коррелировала с выраженностью конфликтов «индивидуации–зависимости» и вины, нарушением саморегуляции, а отрицательно коррелировала с ориентацией на редукцию симптомов и нарушением восприятия объекта. Ориентация на эмоционально поддерживающее вмешательство положительно коррелировала с возрастом при первых проявлениях заболевания, более низким уровнем жизни (EQ-5D), концепцией заболевания на основе соматических факторов и выраженностью конфликта «Индивидуация – зависимость». Ориентация на активно-директивное вмешательство положительно коррелировала с открытостью (психологической распо-

ложенностью), нарушением «Обычной активности (работа, обучение, домашние обязанности, семейная активность и отдых)» (EQ-5D) и в целом более низким уровнем жизни (EQ-5D), уровнем (психо)социальной поддержки, продолжительностью заболевания, а отрицательно коррелировала с нарушением регуляции отношений с объектом и внешними препятствиями для изменения.

Таким образом, можно сделать следующие выводы о закономерностях, характеризующих показатели ОПД-2 при непсихотических психических расстройствах.

1. Желаемость психотерапевтического лечения, являясь (наряду с желаемостью соматического лечения) наивысшим показателем Оси I у обследованных и достоверно превышая желаемость вмешательств социального типа, показатели концепции заболевания на основе соматических факторов и концепции заболевания на основе социальных факторов, прямо связана с (психо)социальной поддержкой, отсутствием концепции заболевания на основе соматических факторов и ориентации преимущественно на редукцию симптомов. Желаемость соматического лечения у обследованных положительно коррелировала с тяжестью симптомов, субъективным страданием, нарушениями самовосприятия и внутренней коммуникации, а отрицательно коррелировала с величиной ООФ. Желаемость лечения социальной средой положительно коррелировала с концепцией заболевания на основе социальных факторов и продолжительностью заболевания.

2. Показатель «Представление психических жалоб и проблем» достоверно превышал представление физических жалоб и проблем и представление социальных проблем, а показатель «Концепция заболевания на основе психических факторов» достоверно превышал концепцию заболевания на основе социальных факторов.

3. Ориентация преимущественно на редукцию симптомов обратно зависима у обследованных с ориентацией на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов, желаемостью психотерапевтического лечения и выраженностью конфликта «Потребность в заботе – самодостаточность», положительно коррелируя с возрастом больных, их концепцией заболевания на основе соматических факторов, показателем

«Тревога/депрессия» EQ-5D. Ориентация на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов, кроме того, положительно коррелировала с выраженностью конфликтов «Индивидуации–зависимости» и вины, нарушением саморегуляции, а отрицательно – с нарушением восприятия объекта.

4. Связь интегрированности структурного уровня саморегуляции (достоверно наименьшей среди показателей структуры (Ось IV) обследованных) с ориентацией на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов, возможно, объясняет связь дезинтеграции структуры в целом и высоких показателей качества жизни (EQ-5D) («гибкости/мобильности», «самообслуживания», «тревоги/депрессии»). Степень дезинтеграции структуры в целом, кроме того, положительно коррелировала со степенью дезинтеграции некоторых её компонентов (предположительно, и определяющих уровень дезинтеграции структуры в целом): коммуникации с внешним миром, регуляции отношений с объектом, способности к привязанности к внутренним объектам. Более высокая степень дезинтеграции структуры в целом коррелировала с большей вторичной выгодой от болезни, меньшими (психо)социальной поддержкой, личностными ресурсами и отсутствием

диагноза генерализованного тревожного расстройства.

5. Конфликт «Индивидуация–зависимость», имея достоверно наибольшую выраженность по Оси III у обследованных, также прямо связан у них с эмоционально поддерживающим вмешательством.

6. Ориентация на эмоционально поддерживающее вмешательство также положительно коррелировала с возрастом при первых проявлениях заболевания, более низким уровнем жизни (EQ-5D), концепцией заболевания на основе соматических факторов.

7. Ориентация на активно-директивное вмешательство положительно коррелировала с открытостью, нарушением «обычной активности» и в целом более низким уровнем жизни (EQ-5D), уровнем (психо)социальной поддержки, продолжительностью заболевания и обнаружила отрицательную связь с нарушением регуляции отношений с объектом и внешними препятствиями для изменения.

8. Выявленные закономерности объективно доказывают полезность психодинамической операционализации для практики работы с больными, страдающими непсихотическими психическими расстройствами.

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

ОЦЕНКА ОСЕЙ ОПЕРАЦИОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, ДНР;

²Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, Донецк, ДНР

В результате создания операционализированной психодинамической диагностики (ОПД) обозначено 5 её осевых направлений. Представление её второй версии (ОПД-2) делает возможным определение целей психотерапии и выбор соответствующих областей внимания для лечения. 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 непсихотических психических расстройствах.

Материал и методы исследования. С помощью рабочих материалов ОПД-2 нами обследовано 30 находившихся на стационарном лечении больных с непсихотическими психическими расстройствами.

Результаты и их обсуждение. Желательность психотерапевтического лечения, являясь (наряду с желательностью соматического лечения) наивысшим показателем Оси I у обследованных и достоверно превышая желательность вмешательств социального типа, показатели концепции заболевания на основе соматических факторов и концепции заболевания на основе социальных факторов, прямо связана с (психо)социальной поддержкой, отсутствием концепции заболевания на основе соматических факторов и ориентации преимущественно на редукцию симптомов. Ориентация

преимущественно на редукцию симптомов обратно зависима у обследованных с ориентацией на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов. Конфликт «Индивидуация – зависимость», имея достоверно наибольшую выраженность по Оси III у обследованных, прямо связан у них с ориентацией на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов (в большей степени) и эмоционально поддерживающее вмешательство (в меньшей степени). Достоверно наименьшая среди показателей структуры (Ось IV) обследованных интегрированность структурного уровня саморегуляции оказалась связана с наличием ориентации на рефлексирование-прояснение мотивов/конфликтов. Возможно, это объясняет связь дезинтеграции структуры в целом и высоких показателей качества жизни (EQ-5D).

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

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

Titievsky S.V., Vojevodina V.S., Gostiuk I.M., Fedorovskaya I.V., Koshevaya Z.V.
THE ESTIMATION OF AXES OF OPERATIONALIZED PSYCHODYNAMIC
DIAGNOSTICS IN NON- PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

¹State Educational Organization of Higher Professional Education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR;

²Republican Clinical Psychoneurological Hospital –

Medical-Psychological Center, Donetsk, DPR

As a result of creation of the operationalized psychodynamic diagnostics (OPD) it is designated its 5 axial directions. The submission of its second version (OPD-2) makes possible definition of psychotherapeutic goals and the choice of the respective areas of attention for treatment. 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 non-psychotic mental disorders.

Materials and methods. With the help of OPD-2 working materials, we examined 30 patients with non-psychotic mental disorders who were hospitalized.

Results and discussion. Desirability of psychotherapeutic treatment, being (along with desirability of somatic treatment) the highest indicator of Axis I at studied persons and authentically exceeding desirability of interventions of social type, indicators of the concept of a disease on the basis of somatic factors and the concept of a disease on the basis of social factors, it is directly correlated with (psycho) social support, lack of the concept of disease on the basis of somatic factors and orientation mainly to a reduction of symptoms. Orientation mainly to a reduction of symptoms is back dependent in studied persons with the reflexing–motives/conflicts clearing orientation. The «Individuation – dependence» conflict, having authentically the greatest expressiveness on Axis III at studied persons, it is directly connected at them with reflexing–motives/conflicts clearing orientation (more) and emotionally supportive intervention (less). The integration of structural level of self-control, authentically the smallest among the indicators of structure (Axis IV) of studied persons, was connected with existence of the reflexing–motives/conflicts clearing orientation. Perhaps, it explains the connection of disintegration of structure in general and the quality of life (EQ-5D) high rates.

Conclusions. 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. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. СПб.: «Восточно-Европейский Институт Психоанализа», «Речь»; 1998. 784.
3. Arbeitskreis OPD (Hrsg.) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber; 2006. 493.
4. Zuccarino M. L., Zuglian P., Magni M., Rossetti A., Manna G., Gentile M. G., Nichelatti M., Fava E. D., Bondi P, Ferrario D., Greco M., Mentasti G., Monea T., Testa A., Cadeo F., Cafagna P., Piemontese V., Tettamanti M. Eating disorder subtypes in a young female sample using the operationalized psychodynamic diagnosis system: preliminary results. Adolescent Psychiatry. 2012; 2 (4): 333 - 344.

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 psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2018; 2 (42): 74 – 80 (in Russian).
2. Khaigl-Evers A., Khaigl F., Ott Yu., Ryuger U. Bazisnoe rukovodstvo po psikhoterapii [Basic psychotherapy guide]. SPb.: «Vostochno-Evropeiskii Institut Psikhoanaliza», «Rech'»; 1998. 784 (in Russian).
3. Arbeitskreis OPD (Hrsg.) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber; 2006. 493.
4. Zuccarino M. L., Zuglian P., Magni M., Rossetti A., Manna G., Gentile M. G., Nichelatti M., Fava E. D., Bondi P, Ferrario D., Greco M., Mentasti G., Monea T., Testa A., Cadeo F., Cafagna P., Piemontese V., Tettamanti M. Eating disorder subtypes in a young female sample using the operationalized psychodynamic diagnosis system: preliminary results. Adolescent Psychiatry. 2012; 2 (4): 333 - 344.

Поступила в редакцию 15.01.2019