

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

УДК 615.851

Титиевский С.В.¹, Воеводина В.С.², Бабюк И.А.¹, Гостюк И.М.², Федоровская И.В.²**ОПЫТ ОПЕРАЦИОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ
ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ
(ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)**¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького», Донецк, ДНР²Республиканская клиническая психоневрологическая больница – медико-психологический центр, Донецк, ДНР

В настоящее время предполагается, что ориентированному на психоанализ психотерапевту можно уже при первом контакте с пациентом выявить клинические причины развития заболевания [1, с. 177]. Применяемый при этом метод первичного психоаналитического интервью, в общих чертах разработанный ещё Зигмундом Фрейдом, представляет собой ориентацию в психической сфере пациента, исходя из которой осуществляется проникновение во взаимосвязанный мир его переживаний, напрямую сознанию данного индивидуума недоступный. В то же время, речь идет о попытках зафиксировать как перенос больного, так и собственный (психотерапевта) контрперенос и понять его; при этом, особенный интерес представляет та смена переноса и контрпереноса, из которой формируются являющие собой исходный патогенный опыт условия, со всем своим ходом, содержанием и ролями, которые взяли на себя участники реинсценировки [1, с. 177].

В дальнейшем немецким психоаналитиком Германом Аргеландером [3, с. 98] была разработана концептуализация первичного психоаналитического интервью, позволявшего обнаружить смысловые взаимосвязи симптомов со скрывающимися за ними конфликтами, установить, в какую структуру личности включен болезненный процесс, какими существенными для терапии способностями располагает пациент, и какие структурно-специфические особенности предположительно приведут к возникновению сопротивления во время лечения, то есть, наряду с требованием диагностического прояснения, предлагался конкретный подход к лечению, учитывающий внешнюю и внутреннюю реальности пациента, мотивацию и подготовку к лечению.

Структурированное интервью, разработанное американским психоаналитиком Отто Кернбергом [1, с. 188], представляет собой второе поколение ранних «динамических интервью», являясь попыткой связать историю заболевания пациента, его общее психическое функционирование с его взаимодействием с диагностом. Данное интервью концентрируется на симптомах, конфликтах или сложностях, которые демонстрирует пациент, и на особенных формах, в которых они проявляются в актуальном взаимодействии. При этом, влияние интервьюера приводит к конфронтации, поскольку актуализирует защитные процессы, связанные с конфликтами идентичности, проверкой реальности или искажением интернализированных объектных отношений, а также с аффективными и когнитивными конфликтами.

В результате усилий, направленных на создание систематизированной и интерсубъективно сравнимой (проверяемой), ориентированной на психоанализ диагностики, в 1992 г. был создан межрегиональный Комитет по операционализированной психодинамической диагностике (ОПД). Для первых формулировок общей психоаналитической многоуровневой диагностики исследователи обозначили следующие 5 осевых направлений [1, с. 189-191].

Направление (ось) I: Восприятие болезни и предпосылок для терапии.

Для установления показаний к терапии имеют значение вид переживания болезни и специфика возможного ее лечения. На основании диагностического интервью оцениваются следующие переменные: степень сложности соматических или психических данных, степень страдания, нанесение вреда пережива-

нию самости, мера телесных ограничений, вторичная выгода от болезни, способность к пониманию психодинамических и соматических взаимосвязей, оценка подходящих форм лечения, мотивации, проявлений симптомов, психосоциальной интеграции, а также личные ресурсы, социальная защищенность и соразмерность субъективного повреждения.

Направление (ось) II: Отношения.

На этом уровне диагностическое восприятие, прежде всего, направлено на привычное поведение пациента в отношениях, то есть, на интерперсональные установки и образцы, которые проявляются как доминирующие и в большей или меньшей степени эффективные (их можно выявить, наблюдая за демонстрируемым поведением и анализируя рассказанные пациентом эпизоды), а также на реакции диагноста (контрперенос) на предложенные пациентом отношения. При этом, как дисфункциональное привычное поведение в отношениях обозначается специфическая констелляция, формирующаяся из типичного поведения пациента и типичных реакций его социального партнера. Для оценки отношений предлагаются 30 основных категорий, относимых к перспективе А (восприятию пациентом себя и других) и перспективе Б (восприятию интервьюером пациента и себя в отношении пациента).

Направление (ось) III: Конфликт.

Конфликты, существенные для психодинамики, становятся доступными в результате клинического описания воспринимаемых способов поведения и переживаний в ходе анамнестической беседы; они проявляются как на уровне субъекта, так и на уровне объекта. На каждом уровне обнаруживается пассивный и активный (контрфобический) модус как выражение переработки конфликта. Исследователь должен выделить из следующего списка два важнейших конфликта: зависимость или автономия; контроль или подчинение; забота или автаркия (самодостаточность); ценность самости или объекта (конфликты самооценности); конфликты Суперэго и вины; эдиповы и сексуальные конфликты; конфликты идентичности.

Направление (ось) IV: Структура.

Оценка структуры, наряду с пониманием интрапсихического конфликта и основной тематики отношений пациента, представляет собой важнейшую задачу психодинамической диагностики. Под структурой подразуме-

вается «структура самости в отношении к окружающим» [1, с. 190], которая описана посредством 6 структурных категорий: самовосприятия, саморегуляции, защиты, восприятия объекта, коммуникации, привязанности.

Направление (ось) V: Диагностика согласно главе 5 (F) МКБ-10.

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 [2, с. 28].

Существуют немногочисленные публикации, связанные с применением ОПД при различных психических и поведенческих расстройствах. В частности, есть данные об использовании системы ОПД-диагноза для выделения подтипов расстройств пищевого поведения у молодых женщин [6], применении ОПД для оценки характеристик амбулаторно пролеченных с помощью психотерапии больных с непсихотическими психическими расстройствами [4], использовании ОПД для исследования психодинамического цикла аддикции [5].

Цель исследования заключалась в предварительной оценке показателей осей ОПД при различных непсихотических психических расстройствах.

Материалы и методы

На основе рабочих материалов ОПД-2 нами разработана и обсуждена на обучающих семинарах с принимающими участие в изучении данной проблемы интервьюерами (ранее знакомыми с ОПД-2) структура исследования больных с непсихотическими психическими расстройствами, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психоневрологической больнице – медико-психологическом центре (РКПБ-МПЦ) МЗ ДНР. Разработанная нами методика предварительно опробована при исследовании 6 больных, результаты которого приводятся в настоящей статье. Следует указать, что время полного обследования каждого пациента весьма значительно (от 3-4 часов, иногда несколько дней) в связи с особенностями создания переносно-контрпереносных отношений в процессе интервью ОПД, построенного на базе первичного психодинамического интервью и имеющего особую фазную структуру проведения.

На основе полученных результатов была создана база данных программы Microsoft Excel, с проведением статистической обработки при помощи t-теста Стьюдента (другие варианты анализа на данном этапе исследования не использовались в связи с незначительным размером выборки).

Результаты и обсуждение

В зависимости от диагностических категорий МКБ-10 (оси V ОПД-2) исследуемые распределились следующим образом: депрессивное расстройство органической природы (F06.32) – 1 чел., органическое расстройство личности (F07.0) – 1 чел., дистимия (F34.1) – 1 чел., тревожно-фобическое расстройство (F40.8) – 2 чел., пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) – 1 чел.

В соответствии с критерием «Продолжительность заболевания» оси I ОПД-2 выявлено следующее распределение исследуемых: 6-24 месяцев – 1 чел., 2-5 лет – 4 чел., 5-10 лет – 1 чел.

Остальные полученные нами данные, относящиеся к оси I ОПД-2 (Опыт заболевания и предпосылки к лечению) и оценивавшиеся, кроме возраста в момент обследования и при первых проявлениях заболевания, 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 таблице.

Мы приняли решение не использовать в этой первой фазе исследования Ось II ОПД-2 (Отношения) потому, что она включает номинальные переменные, которые не могут быть использованы в статистическом анализе, требующем скалярных переменных [6].

Патогенный психический конфликт в том виде, в котором он определяется в психоаналитической практике: непереносимое представление; Эго, с одной стороны, как носитель неприятного аффекта, с другой как исполнитель защиты; тягостный аффект, с одной стороны, как вина, с другой – как ущемленная гордость; защитные механизмы, состоящие из мышления, забывания, подавления, замещения; неизгладимость однажды пережитого из памяти, следы памяти и связанный с представлением аффект; патогенная диспозиция; наконец, патогенная реакция в форме исте-

рической, навязчивой симптоматики. При этом, Эго и непереносимость представления противостоят друг другу [1, с. 38].

Ось III ОПД-2 (Конфликт) оценивалась по шкале от 0 до 3 баллов, соответствуя следующей оценке повторяющихся дисфункциональных конфликтов: «0» – «отсутствуют», «1» – «незначительны», «2» – «значительны», «3» – «очень значительны» (таблица).

Следует отметить, что основным конфликтом в 2 случаях был конфликт вины, в 2 – «Потребность в заботе – самодостаточность», в 1 – «Индивидуация – зависимость» и в 1 – «Подчинение – контроль». Вторым по значимости конфликтом в 4 случаях являлся конфликт «Подчинение – контроль», в 1 – «Индивидуация – зависимость» и в 1 – конфликт идентичности. Способ переработки основного конфликта ни в одном из случаев не был преимущественно активным, в 2 случаях отмечен как смешанный, но активный, в 3 случаях – как смешанный, но пассивный, и в 1 – как, в основном, пассивный.

Структура описывает «Я» и отношения с объектами, или, если более точно, доступность психических функций для саморегуляции и отношений Я с внутренними и внешними объектами. Степень доступности, или её ограничение, описывается на основе структурной интеграции рассматриваемой функции [2, с. 255].

Две конструкции – структуры и конфликтов – описывают различные аспекты системы психики. Конфликт, как повторяющийся паттерн, описывает основанные на содержании психодинамические аспекты событий, и, таким образом, условия, которые могут вызывать симптомы. Структура отвечает за уязвимость личности, предрасположение к заболеваниям и способность обрабатывать внутренние конфликты и внешние стрессовые события [2, с. 255].

Ось IV ОПД-2 (Структура) оценивалась по шкале от 1 до 4 баллов: «1» – «высоко интегрирована», «2» – «умеренно интегрирована», «3» – «низко интегрирована», «4» – «дезинтегрирована» (таблица).

Несмотря на незначительный размер выборки, удалось, тем не менее, выявить достоверные отличия изученных показателей (не описанные в доступных нам литературных источниках).

Так, среди показателей оси I выделяется низкий уровень личностных ресурсов обсле-

Показатели обследованных (в баллах), относящиеся к осям I, III и IV ОПД-2

Ось ОПД-2	Показатель оси	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	
I (Опыт заболевания и предпосылки к лечению: базисный модуль)	Возраст (лет)	46,0	14,2	
	Возраст при первых проявлениях заболевания (лет)	42,3	15,0	
	Тяжесть симптомов	2,8	0,8	
	Шкала ООФ	55,8	5,2	
	Опросник EQ-5D	Общий показатель	8,5	0,8
		п.1	1,2	0,4
		п.2	1,0	0,0
		п.3	2,0	0,0
		п.4	2,2	0,4
	п.5	2,2	0,4	
	Субъективное страдание	3,2	1,2	
	Представление физических жалоб и проблем	3,0	0,9	
	Представление психических жалоб и проблем	3,3	0,5	
	Представление социальных проблем	2,7	1,4	
	Концепция заболевания на основе соматических факторов	2,0	1,7	
	Концепция заболевания на основе психических факторов	2,2	1,5	
	Концепция заболевания на основе социальных факторов	2,0	1,4	
	Желаемая форма лечения: соматическое лечение	3,0	1,2	
	Желаемая форма лечения: психотерапевтическое лечение	3,5	0,5	
	Желаемая форма лечения: социальная среда	2,2	1,5	
Личностные ресурсы	1,5	1,0		
(Психо)социальная поддержка	2,7	1,5		
Внешние препятствия для изменения	2,2	1,5		
Внутренние препятствия для изменения	2,7	1,5		
I (Психотерапевтический модуль)	Концепция пациента относительно изменений	Редукция симптомов	2,3	0,5
		Ориентация на рефлексирование- прояснение мотивов/конфликтов	3,0	1,3
		Эмоционально поддерживающее вмешательство	3,3	0,5
		Активно-директивное вмешательство	2,8	0,9
	Открытость (психологическая расположенность)	2,5	1,0	
	Вторичная выгода от болезни/состояния, поддерживающего проблему	2,7	0,5	
III (Конфликт)	Индивидуация – зависимость	2,2	1,0	
	Подчинение – контроль	2,0	0,6	
	Потребность в заботе – самодостаточность	1,7	1,4	
	Конфликт самооценки (достоинства)	1,5	0,8	
	Конфликт вины	1,8	1,0	
	Эдипальный конфликт	1,0	1,3	
	Конфликт идентичности	1,5	1,2	
IV (Структура)	Самовосприятие	2,2	1,2	
	Восприятие объекта	2,3	0,9	
	Саморегуляция	2,5	0,6	
	Регуляция отношений с объектом	2,2	0,7	
	Внутренняя коммуникация	2,3	1,1	
	Коммуникация с внешним миром	2,3	0,4	
	Способность к привязанности (к внутренним объектам)	1,8	0,5	
	Способность к привязанности (к внешним объектам)	2,0	0,5	
	Структура в целом	2,1	0,4	

дованных, который был достоверно ниже показателей представления психических жалоб и проблем, стремления к психотерапии как желаемой форме лечения ($p < 0,005$ во всех случаях), стремления к эмоционально поддерживающему вмешательству ($p < 0,01$), тяжести симптомов, субъективного страдания, представления физических жалоб и проблем, представления социальных проблем, построения концепции заболевания на основе социальных факторов, стремления к редукции симптомов, стремления к активно-директивному вмешательству ($p < 0,05$ во всех случаях).

В то же время, другой показатель оси I – стремление к психотерапии как желаемой форме лечения – имел наибольший уровень, достоверно превышая величины показателей стремления к редукции симптомов, личностных ресурсов ($p < 0,005$ во всех случаях), построения концепции заболевания на основе соматических факторов, построения концепции заболевания на основе социальных факторов, стремления к изменению социальной среды как желаемой форме лечения, внешних препятствий для изменения, открытости (психологической расположенности), вторичной выгоды от болезни/состояния, поддерживающего проблему ($p < 0,05$ во всех случаях).

Среди показателей оси III обращает на себя внимание низкий уровень выраженности эдипального конфликта, который достоверно отличается от более выраженных конфликтов вины, самооценки (достоинства), «Индивидуации – зависимости» и «Подчинения – контроля» ($p < 0,05$ во всех случаях).

Ось IV характеризует низкая способность обследуемых к саморегуляции, которая оказалась достоверно ниже показателей способности к привязанности (к внутренним объектам) и интегрированности структуры в целом ($p < 0,05$ во всех случаях).

Таким образом, несмотря на незначительный размер инициально исследованной нами выборки, можно сделать предварительные выводы об установлении определенных зако-

номерностей, характерных для показателей операционализированной психодинамической диагностики при непсихотических психических расстройствах.

1. Уровень личностных ресурсов обследованных низок, на фоне представленности психических жалоб и проблем и стремления к психотерапии как желаемой форме лечения, а также стремления к эмоционально поддерживающему вмешательству и, кроме того, – представленности физических и социальных жалоб и проблем, построения концепции заболевания на основе социальных факторов, тяжести симптомов, субъективного страдания, стремления к редукции симптомов и активно-директивному вмешательству.

2. Стремление к психотерапии как желаемой форме лечения – наивысший показатель оси I, достоверно превышающий величину стремления к редукции симптомов (что, вероятно, характеризует обследованных как в меньшей степени ориентированных на симптоматическую психотерапию). Данный показатель отмечен на фоне низких личностных ресурсов, а также – показателей построения концепции заболевания на основе соматических и социальных факторов, стремления к изменению социальной среды как желаемой форме лечения, внешних препятствий для изменения, открытости (психологической расположенности), вторичной выгоды от болезни/состояния, поддерживающего проблему.

3. Эдипальный конфликт в изученной выборке имел наименьшую степень выраженности по оси III, хотя наша клиническая практика показывает представленность и отчетливую выраженность данного конфликта при непсихотических психических расстройствах.

4. Структура обследованных нами по оси IV больных с непсихотическими психическими расстройствами обнаружила низкий уровень интеграции, прежде всего, как доступность психических функций для саморегуляции и, в меньшей степени, – как ограничение отношений Я с объектами.

Титиевский С.В.¹, Воеводина В.С.², Бабюк И.А.¹, Гостюк И.М.², Федоровская И.В.²

ОПЕРАЦИОНАЛИЗИРОВАННАЯ ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОСЕЙ)

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

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

В результате создания операционализированной психодинамической диагностики (ОПД) обо-

значено 5 её осевых направлений. Представление её второй версии (ОПД-2) делает возможным определение целей психотерапии и выбор соответствующих областей внимания для лечения.

Цель исследования заключалась в предварительной оценке показателей осей ОПД при различных непсихотических психических расстройствах.

Материал и методы исследования. С помощью рабочих материалов ОПД-2 нами иницииально обследовано 6 находившимися на стационарном лечении больных с непсихотическими психическими расстройствами.

Результаты и их обсуждение. Среди показателей оси I выделялся низкий уровень личностных ресурсов обследованных, который был достоверно ниже показателей представления психических жалоб и проблем, стремления к психотерапии как желаемой форме лечения ($p < 0,005$ во всех случаях), стремления к эмоционально поддерживающему вмешательству ($p < 0,01$), тяжести симптомов, субъективного страдания, представления физических жалоб и проблем, представления социальных проблем, построения концепции заболевания на основе социальных факторов, стремления к редукции симптомов, стремления к активно-директивному вмешательству ($p < 0,05$ во всех случаях). В то же время, другой показатель оси I – стремление к психотерапии как желаемой форме лечения – имел наибольший уровень, достоверно превышая величины показателей стремления к редукции симптомов, личностных ресурсов ($p < 0,005$ во всех случаях), построения концепции заболевания на основе соматических факторов, построения концепции заболевания на основе социальных факторов, стремления к изменению социальной среды как желаемой форме лечения, внешних препятствий для изменения, открытости (психологической расположенности), вторичной выгоды от болезни/состояния, поддерживающего проблему ($p < 0,05$ во всех случаях). Среди показателей оси III обращает на себя внимание низкий уровень выраженности эдипального конфликта, который достоверно отличается от более выраженных конфликтов вины, самооценки (достоинства), «Индивидуации – зависимости» и «Подчинения – контроля» ($p < 0,05$ во всех случаях). Ось IV характеризует низкая способность обследуемых к саморегуляции, которая оказалась достоверно ниже показателей способности к привязанности (к внутренним объектам) и интегрированности структуры в целом ($p < 0,05$ во всех случаях).

Выводы. Несмотря на незначительный размер иницииально исследованной нами выборки, можно установить определенные закономерности, характерные для показателей осей операционализированной психодинамической диагностики при непсихотических психических расстройствах.

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

Titievsky S.V.¹, Vojevodina V.S.², Babiuk I.A.¹, Gostiuk I.M.², Fedorovskaja I.V.²

OPERATIONALIZED PSYCHODYNAMIC DIAGNOSTICS IN NON- PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS (PRELIMINARY ESTIMATION OF AXES' INDICATORS)

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) does possible definition of psychotherapeutic goals and the choice of the respective areas of attention for treatment.

Research purpose consisted in preliminary estimation of OPD axes' indicators in various non-psychotic mental disorders.

Materials and methods. By means of the OPD-2 working materials we initially investigated 6 in-patients with non-psychotic mental disorders.

Results and discussion. Among the axe I indicators the low level of personal patients' resources was allocated – authentically below indicators of presentation of mental complaints and problems, aspiration to psychotherapy as to a desirable form of treatment ($p < 0,005$ in all cases), aspiration to emotionally supporting intervention ($p < 0,01$), severity of symptoms, subjective suffering, presentation of physical complaints and problems, presentation of social problems, creation of the concept of illness on the basis of social factors, aspiration to reduction of symptoms, aspiration to active-directive way of intervention ($p < 0,05$ in all cases). At the same time, other indicator of axis I – aspiration to

psychotherapy as to a desirable form of treatment – had the largest level, authentically exceeding sizes of indicators of aspiration to a reduction of symptoms, personal resources ($p < 0,005$ in all cases), creation of the concept of a disease on the basis of somatic factors, creation of the concept of illness on the basis of social factors, aspiration to social environment's change as to a desirable form of treatment, external impediments for change, psychological mindedness, secondary gain from illness/ conditions maintaining the problem ($p < 0,05$ in all cases). Among indicators of axis III the low level of expressiveness of the oedipal conflict, which authentically differs from more expressed conflicts of fault, of self-worth, of «Individuation versus dependency» and of «Submission versus control» ($p < 0,05$ in all cases), attracts attention. The axis IV is characterized by low ability of patients to regulating the Self which was authentically below indicators of ability to attachment (to internal objects) and of structure integration in general ($p < 0,05$ in all cases).

Conclusions. Despite the insignificant amount of initially investigated by us sample, it is possible to determine the certain consistent patterns which are characteristic of operationalized psychodynamic diagnostics' axes indicators in non-psychotic mental disorders.

Key words: operationalized psychodynamic diagnostics, non-psychotic mental disorders, rating scales.

Литература

1. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, Речь; 1998. 784.
2. Arbeitskreis OPD (Hrsg.) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber; 2006. 493.
3. Argelander H. Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1970. 112.
4. Samardzic L. Characteristics of patients treated psychotherapeutically in the outpatient clinical setting. Acta Facultatis Medicinae Naissensis. 2013; 30 (3): 151-157.
5. Schussler G. How addiction develops and what are the consequences – a psychodynamic approach. Addiction and psychodynamic aspects. Psychiatria Danubina. 2014; 26 (4): 368-371.
6. 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. Khaigl-Evers A., Khaigl F., Ott Yu., Ryuger U. Bazisnoe rukovodstvo po psikhoterapii [Basic guidance on psychotherapy]. SPb.: Vostochno-Evropeskii Institut Psikhooanaliza, Rech'; 1998. 784 (in Russian).
2. Arbeitskreis OPD (Hrsg.) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber; 2006. 493.
3. Argelander H. Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1970. 112.
4. Samardzic L. Characteristics of patients treated psychotherapeutically in the outpatient clinical setting. Acta Facultatis Medicinae Naissensis. 2013; 30 (3): 151-157.
5. Schussler G. How addiction develops and what are the consequences – a psychodynamic approach. Addiction and psychodynamic aspects. Psychiatria Danubina. 2014; 26 (4): 368-371.
6. 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 15.05.2018