

Операціоналізована психодинамічна діагностика (ОПД-2)

Маріанна Ткалич mtkalych@gmail.com

Історія OPD

- 1992 р. група психоаналітиків (з психосоматичною орієнтацією) у Німеччині створили робочу групу.
- 1996 р. Група створила діагностичний інструментарій та керівництво для досвідчених терапевтів з метою навчання та клінічного застосування.
- Багатоосьовий психодинамічний діагноз заснований на 5 осях, визначених як «досвід хвороби та передумови до лікування», «міжособистісні відносини», «конфлікт», «структура» та «психологічні та психосоматичні розлади, відповідно до частини V (F) МКХ-10» .
- Після вступного 1-2 год. інтерв'ю, клініцист (або зовнішній спостерігач) оцінює психодинамічний профіль пацієнта по цих осях і робить запис даних на бланках оцінки.

Метафора OPD

- Багатоосьовий підхід OPD схожий на індійську притчу про те, як кілька сліпих обмацували слона.
- Усі частини належать слону, всі частини пов'язані між собою, і кожен правильно описує різні частини, але не ціле.
- Осі OPD з I по IV, таким чином, не незалежні один від одного в тому, що і як вони описують. Вони, скоріш, описують із різних точок зору різні аспекти особистості чи глибинні (несвідомі) явища, які, звісно ж, пов'язані друг з одним.

Інструменти інтерв'ю в OPD-2



Суб'єктивне страждання, розповідь про скарги та проблеми

Варіанти для інтервенції Вступні питання:

- Будь ласка, опишіть свої скарги, свої проблеми та свої побоювання.
- Чому Ви пришли до мене саме зараз?

Поглиблюючі питання

- Якою мірою хвороба обмежує Ваше життя?
- Як хвороба впливає на Вас особисто? соціально? Професійно?

Джерела інформації. Твердження пацієнта

- Я не знаю, що я роблю тут. Мій лікар думає, що мій біль у спині може бути пов'язаний з моїм психічним станом.
- Мені постійно боляче, завжди на 10 балів.
- Я не можу нічого більше робити, і моя дружина також у повній знеможі.

Сценічна інформація

- Чи помітне страждання у виразі обличчя та жестах пацієнта?
- Чи відповідають вираз обличчя і жести стражданням, що описуються?
- Чи помітні обмеження під час інтерв'ю?

Контрперенос

- Чи з'являється у мене відчуття правдоподібності, можливо, почуття жалості до пацієнта, чи скоріше я маю почуття недовіри та відкидання?

Уявлення пацієнта про хворобу

Варіанти для інтервенції

- Яким є Ваше пояснення Ваших скарг (походження Ваших скарг)?
- Психосоматична медицина розглядає, крім іншого, зв'язки між, наприклад, психічними стресами та фізичними хворобами. Чи можете Ви припустити, що у Вашій хворобі могли бути такі зв'язки?

Джерела інформації. Твердження пацієнта

- Як я можу це знати. Я не лікар.
- Я думаю, що це пов'язано зі смертю мого чоловіка.
- Біль, мабуть, результат ущемленого нерва.

Сценічна інформація

- Чи представляє пацієнт спонтанно – можливо дивну – концепцію хвороби?
- Чи потребує пацієнт певної діагностики?

Контрперенос

- Чи можу я сформулювати ясну концепцію хвороби?
- Чи можна порівняти мою концепцію з концепцією пацієнта?
- Чи з'являється в мене невиразне почуття невігластва і безпорадності?

Концепція пацієнта щодо змін, Бажаний вид лікування

Варіанти для інтервенції

- Що, на Вашу думку, може допомогти Вам?
- Чи можете Ви уявити, що психотерапія могла б бути корисним для Вас лікуванням?

Диференціальний діагноз

- Термінове бажання певного типу лікування може приховувати низьку мотивацію змін, наприклад у випадках, коли вторинна вигода від хвороби висока. Тут контрперенесення може допомогти прояснити мотивацію.

Джерела інформації. Твердження пацієнта

- Я сподіваюся, що Ви дасте мені правильні розпорядження.
- Мої болі не пройдуть від розмов, але, можливо, це допоможе мені дізнатися, як інші справляються з цим.
- Якби я міг знайти роботу, я більше не був би пригнічений.

Сценічна інформація

- Чи запитує пацієнт прямо про певні форми лікування чи консультації?
- Чи цікавиться пацієнт, якщо пояснюються варіанти терапії? Чи ставить він/вона додаткові запитання?
- Чи я відчуваю, що особисті стосунки важливі для пацієнта?

Контрперенос

- Чи я відчуваю, що мене використовують?
- Чи відчуваю, що я можу допомогти пацієнтові?
- Чи відчуваю себе під великим тиском, щоб запропонувати певну діагностичну процедуру чи терапевтичну допомогу?

Джерела перешкод змінам, особисті ресурси, соціальна підтримка, вигоди від хвороби

Варіанти інтервенції

- Хто або що допомагає Вам впоратися із Вашою хворобою?
- Чи можете Ви описати докладніше, як Ваша сім'я реагує щоразу, коли біль стає дуже сильним?
- Ви сказали? Що страждали від подібних симптомів у минулому. Що ви тоді зробили, що дозволило вам відчувати себе краще?
- Чи зверталися Ви за соціальними привілеями? Що для Вас змінилося б, якби пенсія була схвалена?
- Чи Ваша страховка покриває щоденні втрати при госпіталізації
- Чи доглядає хтось за будинком, поки Ви в клініці

Джерела інформації. Твердження пацієнта

- Коли моє серце починає битися все, що я можу зробити це прилягти. Тоді мій чоловік робить всю роботу по дому.
- Я пережив більш серйозні хвороби
- Незважаючи на мої скарги, я цілком непогано справляюся зі своїм життям
- Моя дружина завжди може підбадьорити мене, коли я пригнічений

Сценічна інформація

- Чи каже пацієнт, що він/вона були направлені на інтерв'ю (лікарем загальної практики тощо)?
- Чи виявляє пацієнт опір, коли йому пропонуються варіанти терапії?
- Хто записав пацієнта на інтерв'ю?
- Чи прийшов пацієнт на інтерв'ю із супроводом?
- Чи відкрито пацієнта до інших можливостей або можливих рішень щодо його проблем?

Контрперенос

- Чи я відчуваю, що хочу допомогти пацієнтові?
- • Чи відчуваю впевненість, що здатний добре працювати із пацієнтом?
- • Чи з'являється у мене почуття, що всі мої зусилля відкидаються?

Процедура інтерв'ю OPD-2

- **Неструктурована лінія:** відкритий простір для розкриття внутрішніх переживань пацієнта (тут використовуємо стратегії інтервенції: *прояснення, конфронтацію, інтерпретацію, інтерпретацію переносу*)
- **Помірно структурована лінія:** спрямовуємо відповіді пацієнта задля з'ясування біографічних даних, епізодів стосунків, самострийняття, сприйняття інших
- **Структурована лінія:** виявлення даних щодо патопсихологічних ознак, симптомів (відповідно до МКХ-10)

Вісі OPD-2: мета та завдання діагностики

- I - суб'єктивне переживання хвороб
- II - відносини (міжособистісні стосунки)
- III - конфлікт
- IV - структурний рівень розвитку особистості
- V - психічні та психосоматичні порушення



OPD-2 Вісі. Вісь 1

- I вісь - **СУБ'ЄКТИВНЕ ПЕРЕЖИВАННЯ ХВОРОБ** пацієнтом та передумови для проведення лікування.
- Вісь I було обрано через очевидну практичну значущість залучених тут категорій, які певною мірою запозичені з когнітивної психології:
- пацієнт повинен бути «підібраний з того місця, де він знаходиться і де його очікування»,
- тобто треба виходити із симптомів, пов'язаних із його скаргою та його очікування від лікування;
- наголос робиться не так на поведінці при хворобі, ніж на на елементах досвіду, мотивації та наявних ресурсів. Ці компоненти були добре досліджені в психології і їх відносно легко операціоналізувати.

Мета та завдання вісі 1

Мета: з'ясувати суб'єктивне сприйняття хвороби, зрозуміти перспективи лікування

Основні завдання:

- наскільки важким є розлад пацієнта за об'єктивною шкалою;
- наскільки важким вважає свій психічний стан пацієнт особисто й наскільки психічний стан і його самосприйняття заважають йому виконувати повсякденні рутинні дії;
- як пояснює пацієнт свої проблеми (психічні, тілесні) і якими є пов'язані з терапією його очікування;
- які висновки можна зробити про мотивацію пацієнта щодо змін;
- якою мотивацією керується, а також якими внутрішніми та зовнішніми ресурсами для одужання володіє пацієнт;
- які внутрішні та зовнішні перешкоди заважатимуть змінам пацієнта;
- який вид психотерапії буде бажаним й ефективним щодо конкретного пацієнта.

Вісь 2

- II вісь – **ВІДНОСИН (міжособистісних стосунків)**, що включає оцінку ставлення пацієнта до психотерапевта (перенесення) та психотерапевта до пацієнта (контрперенос), оцінку актуальних відносин пацієнта за межами психотерапії (стосунки в сім'ї, з друзями, відносини на роботі), оцінку колишніх відносин пацієнта з його минулого, про які розповідає пацієнт під час психотерапевтичних сесій. Психоаналітично орієнтована психотерапія — це перш за все робота із стосунками.
- Вісь II частково вкорінена в психоаналітичній діагностиці, яка завжди була і була також діагностикою стосунків, оскільки вона надає критичного значення взаємодії перенесення та контрперенесення. На відміну від осей III і IV, ця вісь не надає прототипних конфігурацій або шаблонів, а пропонує систему категорій режимів поведінки, які близькі до спостереження і можуть вільно комбінуватися.

Мета та завдання вісі 2

Мета: оцінити всю сукупність стосунків, які вибудовує і підтримує пацієнт: актуальні стосунки в терапевтичному кабінеті - ставлення пацієнта до психотерапевта (перенесення) та психотерапевта до пацієнта (контрперенесення); актуальні стосунки пацієнта поза межами психотерапії (в родині, з друзями, на роботі); стосунки з минулого, про які пацієнт розповідає під час психотерапевтичних сесій.

Основні завдання:

- бачення пацієнтом себе в стосунках з іншими людьми (Я стосовно Іншого);
- сприйняття та переживання іншими людьми поведінки пацієнта щодо них;
- бачення та переживання іншими людьми своїх стосунків з пацієнтом (свого ставлення до нього);
- переживання іншими, в т. ч. психотерапевтом, ставлення пацієнта до них і стосунків з ними;
- додатковий аспект: стосунки пацієнта в ранньому дитинстві, які могли зумовити особливості його теперішніх стосунків.

ВІСЬ 3

- III вісь – КОНФЛІКТУ. Людина одночасно відчуває протилежні бажання. При цьому людина зі зрілою особистістю може робити вибір, знаходить золоту середину, а ось людина з інфантильною чи патологічною особистістю з цим упоратися не може. Уміння робити вибір і знаходити собі золоту середину є критерієм зрілої особистості. OPD визначає 7 основних конфліктів.
- У Осі III, конфлікти, частина класичної психоаналітичної діагностики заявлена для використання в OPD, а саме центральна роль внутрішніх конфліктів. Використовуючи цю вісь, інтерналізовані конфлікти, що визначають життя, можуть бути зіставлені з більш зовнішньо детермінованими поточними конфліктними ситуаціями. Роботу над конфліктом можна визначити як мету терапії.

Мета та завдання вісі 3

Мета: визначити несвідомі конфлікти, ранжувати їх на основні та додаткові.

Основні завдання:

- Виявити явні суперечності, внутрішні протилежні течії (думки, бажання, переконання тощо);
- несвідомі мотиви, потреби, бажання, інтенції, елементи дитячого досвіду в стосунках, які стали стереотипними (повторюваними);
- об'єкти (значущі люди в житті) прив'язаності, об'єкти ідентифікації та інтроєкти;
- суб'єктивні уявлення про значущі об'єкти та очікування у стосунках з людьми, а також суб'єктивні уявлення про себе (самопрезентації);
- додатковий аспект: на якому структурному рівні (суб'єктивного сприйняття об'єктів, сприйняття себе, психічних захистів тощо) розгортаються конфлікти.

Типи конфліктів відповідно до OPD-2

- Індивідуація - залежність
- Підпорядкування - контроль
- Потреба в турботі - самодостатність
- Конфлікт самооцінки
- Конфлікт провини
- Едипальний конфлікт
- Конфлікт ідентичності
- Виокремлюємо 2 найважливіших конфлікти: основний та додатковий
- Оцінюємо наявність конфлікту за основними життєвими сферами особистості
- Визначаємо активний або пасивний тип опрацювання конфлікту

ВІСЬ 4

- IV вісь - СТРУКТУРНОГО РІВНЯ РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ, який відображає здатність справлятися з неминучими конфліктами, враховуючи існуючі дефіцити та ресурси особистості. Чим краще людина може долати труднощі, тим вище структурний рівень розвитку особистості.
- **Структура** – це володіння психічними функціями, необхідні організації Self у відношенні з внутрішніми і зовнішніми об'єктами.
- **Структурні порушення** – це недостатнє володіння цими психічними функціями здебільшого внаслідок порушень у відносинах ранньому дитинстві. IV вісь OPD дозволяє чітко оцінити чотири структурні рівні розвитку особистості за шістьма діагностичними критеріями
- Ця вісь зображує якості та/або недоліки психічних структур:можливість та/або неможливість встановлення внутрішніх чи зовнішніх кордонів, здатність чи нездатність самосприйняття та саморегуляції.
- Субаспекти структури можуть бути категоріально визначені в поєднанні з конфліктом або без нього, як терапевтичні фокуси.

Мета та завдання вісі 4

Мета: з'ясувати структурні порушення, які спостерігаються в пацієнта та те, на якому структурному рівні він функціонує

Основні завдання:

- Дослідити саморефлексію, диференціацію (розпізнавання, відмінності) емоцій, систему ідентичності;
- відмінності між Я та об'єктом, цілісне сприйняття об'єкта, реалістичне сприйняття та переживання об'єкта.
- керованість імпульсів, здатність витримувати інтенсивні емоції, регуляцію самооцінки;
- здатність зберігати стосунки, дотримання балансу між своїми й чужими інтересами в стосунках, антиципацію;
- переживання емоцій, здатність фантазувати, тілесне Я;
- емоційний контакт, прояв емоцій, емпатію;
- інтерналізацію, використання інтроєктів;
- здатність до емоційної прив'язаності, прийняття допомоги, здатність переживати розлучення з об'єктами прив'язаності.
- загальний структурний рівень пацієнта, тобто рівень інтеграції структури особистості згідно з ОПД-2.
- специфічні стратегії подолання (копінг-стратегії), які використовує пацієнт для того, щоб компенсувати структурні порушення (структурний дефіцит — нерозвинуті або недорозвинуті субструктури).

Структура. Критерії визначення

- Саморефлексія
- Диференціація афектів
- Переживання ідентичності
- Здатність створювати цілісний образ іншого
- Здатність визначати об'єкт і суб'єкта
- Реалістичність сприйняття зовнішнього об'єкту

Таблица 1. Особенности личностной организации

Структурные критерии	Невротическая организация	Пограничная организация	Психотическая организация
	Четкая граница между Я-репрезентациями и объект-репрезентациями		
		Диффузная идентичность: противоречащие друг другу аспекты Я и других плохо интегрированы между собой и отделены друг от друга	
Интеграция идентичности	Целостная идентичность: противоречивые образы Я и других интегрированы в цельную концепцию		Я-репрезентации и объект-репрезентации нечетко разграничены, либо же существует бредовая идентичность
Механизмы защиты	Вытеснение и защитные операции высшего уровня: реактивное образование, изоляция, уничтожение, рационализация, интеллектуализация	Главным образом расщепление, а также другие защиты низшего уровня: примитивная идеализация, проективная идентификация, отрицание, всемогущество, обесценивание	
	Защиты оберегают пациента от интрапсихического конфликта. Интерпретация улучшает функционирование		Защиты оберегают пациента от дезинтеграции и от смешения Я и объекта. Интерпретация приводит к вытеснению
Тестирование реальности	Способность к тестированию реальности сохранена: способность различать Я и не-Я, отличать интрапсихическое от внешних источников восприятия и стимулов		
		Искажение реальности и чувства реальности	
	Способность оценивать себя и других реалистично и глубоко		Способность к тестированию реальности утеряна

СТРУКТУРНІ КАТЕГОРІЇ:

1. Самосприйняття та сприйняття об'єктних стосунків

- Здатність до саморефлексії
- Здатність сприймати інших реалістично та як ціле.

2. Саморегуляція та регуляція стосунків

- Здатність до регуляції власних імпульсів, афектів та самооцінки
- Здатність до регулювання відносин з іншими

3. Емоційні здатності (внутрішня комунікація, комунікація із зовнішнім світом)

- Здатність до внутрішньої комунікації завдяки афектам та фантазіям
- Здатність до комунікації з іншими

4. Здатність до прив'язаності (до внутрішніх і зовнішніх об'єктів)

- Здатність допомагати собі хорошими внутрішніми об'єктами та саморегуляція
- Здатність прив'язуватися та відокремлюватися

ВІСЬ 5

- V вісь – ПСИХІЧНИХ І ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ, що супроводжують симптом. V вісь OPD дозволяє порівняти діагностику з DSM-IV та МКХ-10.
- Вісь V включає в OPD встановлений описово-феноменологічний діагноз МКХ-10 і DSM-IV. Це підкреслює необхідність точної ідентифікації психопатологічних феноменів, які також повинні знайти місце в психодинамічному діагнозі. Крім того, група використовувала цю вісь, щоб зробити пропозиції щодо того, як покращити МКХ-10 у сфері психосоматичних захворювань

Мета та завдання вісі 5

Мета: визначення психопатологічних феноменів, які необхідно включити в психодинамічному діагнозі

Основні групи діагнозів МХБ-10:

- Група депресивних розладів
- Група невротичних стресових і соматоформних розладів (тривожні, ОКР, стресові, розлади адаптації, дисоціативні, соматоформні розлади)
- Група поведінкових розладів (напр, РХП)
- Група розладів і стійких змін особистості
- Група алкогольної та наркотичної залежності
- Група шизофренії та маячних розладів
- Група біполярних та маніакальних розладів