

Підходи до оцінювання структури та феноменології критичного усвідомлення у контексті непсихотичних психічних розладів

М. Ю. Кондратенко^{1, A, B, C, D, E}, А. Д. Городокін^{1, B, C, D, E}, Н. Ф. Шевченко^{2, B, F},
А. М. Столяренко^{1, B, F}, І. С. Дьома^{1, B}

¹Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна, ²Запорізький національний університет, Україна

A – концепція та дизайн дослідження; B – збір даних; C – аналіз та інтерпретація даних; D – написання статті; E – редагування статті; F – остаточне затвердження статті

Ключові слова:

анозогнозія, алекситимія, соматоформний розлад, тривожно-фобічний розлад, критичність, психодіагностичний опитувальник.

Keywords:

anosognosia, alexithymia, somatoform disorder, anxiety-phobic disorder, criticality, psychodiagnostic questionnaire.

Надійшла до редакції /
Received: 15.04.2024

Після доопрацювання /
Revised: 01.05.2024

Схвалено до друку /
Accepted: 09.05.2024

Конфлікт інтересів:

відсутній.

Conflicts of interest:

authors have no conflict of interest to declare.

*E-mail:

antongorodokin@gmail.com

Мета роботи – систематизація феноменів критичного самоусвідомлення в контексті непсихотичних психічних розладів і розроблення інструменту оцінювання профілю його порушень.

Матеріали і методи. У період 2020–2023 рр. здійснили проспективне дослідження на контингенті амбулаторних пацієнтів із діагнозами, що встановлені в умовах відділення пограничних станів КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» Запорізької обласної ради. Загалом обстежили 75 пацієнтів – 38 чоловіків і 37 жінок; середній вік – $38,9 \pm 8,6$ року.

Обстежені не мали загострень тяжких соматичних захворювань, без діагностично значущого прийому психоактивних речовин в анамнезі. Методи дослідження: клініко-анамнестичний, психодіагностичний – напівструктуроване інтерв'ю, статистичний (із використанням коефіцієнта α Кронбаха).

Результати. Визначили 27 феноменів у складі 7 окремих компонентів критичного самоусвідомлення. На основі отриманих даних сформували психодіагностичний інструмент у форматі опитувальника, де до кожного феномена сформульовано запитання з множинними варіантами відповіді, що ранжовані за п'ятибальною шкалою типу Лайкерта. Надійність опитувальника за показником внутрішньої узгодженості субшкал за коефіцієнтом α Кронбаха – від «прийнятної» (0,7072) до «хорошої» (0,8820).

Висновки. Розроблений психодіагностичний опитувальник можна використовувати під час наступних досліджень, що спрямовані на аналіз проблеми критичного самоусвідомлення в пацієнтів із непсихотичними психічними розладами.

Сучасні медичні технології. 2024. Т. 16, № 2(61). С. 105-114

Approaches to the assessment of the structure and phenomenology of critical awareness in the context of non-psychotic mental disorders

M. Yu. Kondratenko, A. D. Horodokin, N. F. Shevchenko, A. M. Stolyarenko, I. S. Doma

Aim: systematization of the phenomena of critical self-awareness in the context of non-psychotic mental disorders and development of a tool for assessing the profile of its disorders.

Materials and methods. In the period of 2020–2023, a prospective study was conducted on a contingent of outpatients with diagnoses established in the conditions of the Department of Borderline Conditions of the Municipal non-commercial enterprise “Regional Clinical Institution for the Provision of Psychiatric Care” of the Zaporizhzhia Regional Council. 75 patients: 38 men, 37 women, mean age 38.9 ± 8.6 years, without exacerbation of severe somatic diseases, without diagnostically significant psychoactive substances use history.

Methods: clinical and anamnestic, psychodiagnostic in the form of a semi-structured interview, statistical using α -Cronbach's coefficient.

Results. 27 phenomena were identified as part of 7 separate components of critical self-awareness. Based on the obtained data, a psycho-diagnostic tool was formed in the form of a questionnaire, where a multiple choice question ranked on a 5-point Likert-type scale was formulated for each phenomenon.

The reliability of the questionnaire according to the indicator of internal consistency of the subscales according to the Cronbach α coefficient is from “acceptable” 0.7072 to “good” 0.8820.

Conclusions. The developed psychodiagnostic questionnaire can be used in further studies aimed at analyzing the problem of critical self-awareness in patients with non-psychotic mental disorders.

Modern medical technology. 2024;16(2):105-114

У галузі клінічної психіатрії важливе місце посідає оцінювання неспсихотичних психічних розладів і механізмів, що лежать в основі критичного осмислення внутрішнього досвіду, асоційованого з психічним розладом [1,2]. Нині фактично немає феноменологічного підходу до дескрипції та аналізу структури «критичного самоусвідомлення» в контексті психічного розладу, хоча цей концепт має фундаментальне значення у клінічній психодіагностиці та клініко-психологічній площині розгляду проблематики у сфері неспсихотичної психопатології [3].

Серед афілійованих із «критикою» концепцій чільне місце посідають алекситимія, анозогнозія та характеристика егосинтонності / егодистонності внутрішнього досвіду. Зауважимо, що цей категоріальний апарат є дискурсивно-гетерогенним і не вичерпує явища «критичного самоусвідомлення» [4,5].

Концепція внутрішнього досвіду передбачає узгодження або неузгодження симптоматики з різними аспектами самосприйняття. Це становить особливу проблему саме в контексті неспсихотичних психічних розладів. Оцінювання внутрішнього досвіду кардинально впливає на здатність до розпізнання аномалій психічної діяльності, суб'єктивного визначення рівня їх тяжкості та, зрештою, на рішення особи щодо потреби у втручанні (у тому числі виборі психологічного або психіатричного модусу такого втручання). Дослідження ролі «критичного самоусвідомлення» є проблематизованим, але недостатньо розробленим саме в контексті неспсихотичних психічних розладів [6,7].

Отже, аналіз концепцій, які описують явище «критичного самоусвідомлення», демонструє дискурсивну гетерогенність та очевидну фрагментарність. На нашу думку, проблема аналізу «критичного самоусвідомлення» потребує системного феноменологічного опису, що передбачає систематизацію та дескрипцію її елементів, а також, з клініко-прагматичних позицій, – розробки інструментарію для індивідуального профілювання і вибору надалі конгруентної моделі психотерапевтичної корекції [2,7,8].

Мета роботи

Систематизація феноменів критичного самоусвідомлення в контексті неспсихотичних психічних розладів і розроблення інструменту оцінювання профілю його порушень.

Матеріали і методи дослідження

У період 2020–2023 рр. здійснили проспективне дослідження на контингенті амбулаторних пацієнтів із діагнозами, що встановлені в умовах відділення пограничних станів КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» Запорізької обласної ради.

Загалом обстежили 75 пацієнтів – 38 чоловіків і 37 жінок; середній вік – 38,9 ± 8,6 року. Обстежені не мали загострень тяжких соматичних захворювань, без діагностично значущого прийому психоактивних речовин в анамнезі. Структуру діагнозів у контингенті дослідження наведено в таблиці 1.

Під час дослідження використали такі методи:

- клініко-анамнестичний – у контексті аналізу медичної документації контингенту дослідження для встановлення діагностичної траєкторії та відповідності діагностичних критеріїв на час встановлення діагнозу та сучасних – за МКХ-10;
- психодіагностичний – у форматі напівструктурованого психодіагностичного інтерв'ю, у межах якого сформульовано й уточнено запитання щодо окремих кластерів феноменів, що формують «критичне самоусвідомлення»;
- статистичний – для збору даних (відповіді респондентів із використанням шкали Лайкерта [9]); надалі здійснили дисперсійний аналіз, за результатами якого розраховано коефіцієнт α Кронбаха [10] за формулою:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \times \left(\frac{s_y^2 - \sum s_i^2}{s_y^2} \right), \quad (1)$$

де k – кількість елементів; s_i^2 – сума дисперсії елемента i ; s_y^2 – дисперсія загального тестового бала.

Результати

На основні напівструктурованого психодіагностичного інтерв'ю визначено та проблематизовано 7 феноменологічних компонентів «критичного самоусвідомлення» у контексті неспсихотичних психічних розладів у клінічному контингенті. Далі наведено їхні резюмовані характеристики.

1. Когнітивний компонент передбачає здатність до усвідомлення факту наявності та сутності власних аномалій психічної діяльності в контексті психічного розладу незалежно від рівня дистресу, який є їх результатом. Збереженість когнітивного компонента є однією з умов ефективності раціональної та когнітивно-поведінкової психотерапії як методів, для котрих обов'язковою умовою ефективності є достатній когнітивний рівень.

У рамках аналізу результатів інтерв'ювання контингенту хворих розрізняли низку окремих феноменів, що становлять когнітивний компонент «критичного самоусвідомлення»; для кожного з феноменів сформульовано конгруентне запитання, оцінювання якого реалізоване за шкалою Лайкерта [9]:

1) «гіпотетичне усвідомлення» – передбачає здатність включення самого явища психічного розладу у сферу усвідомлення.

Запитання 1.1: Чи згодні Ви, що існує можливість того, що у Вас наявні або були раніше прояви якогось психічного розладу? (Варіанти відповідей: 1 – не вірю в психічні розлади; 2 – впевнений, що в мене не може бути психічного розладу; 3 – можу таке припустити, але це мало ймовірно; 4 – це можливо, але мені складно це усвідомити; 5 – це цілком можливо, мені легко в це повірити);

2) «дескриптивне усвідомлення» – можливість використання інформації, отриманої з зовнішніх джерел, у прикладенні щодо власної психіки.

Запитання 1.2: Чи погоджуєтеся Ви, що опис психічного розладу, який Вам діагностовано (або Ви передбачаєте його наявність у себе), відповідають Вашому психічному стану? (Варіанти відповідей: 1 – зовсім не згоден; 2 – схожість за

Таблиця 1. Структура діагнозів у контингенті дослідження

Діагнози у контингенті дослідження (з кодуванням за МКХ-10)	n	%
F 40.00 «Агорафобія без панічного розладу в анамнезі»	4	5,3
F 40.01 «Панічний розлад з агорафобією»	12	16,0
F 40.1 «Соціальні фобії»	5	6,7
F 40.2 «Специфічні або ізольовані фобії»	1	1,3
F 40.8 «Інші фобічні тривожні розлади»	26	34,7
F 45 «Соматизований розлад»	6	8,0
F 45.1 «Недиференційовані соматоформні розлади»	4	5,3
F 45.2 «Іпохондричні розлади»	5	6,7
F 45.3 «Соматоморфні вегетативні дисфункції»	12	16,0

Таблиця 2. Статистичний аналіз відповідей пацієнтів контингенту дослідження на запитання в рамках когнітивного компонента «критичного самоусвідомлення»

Елемент	Відповіді					Дисперсія елемента
	«1»	«2»	«3»	«4»	«5»	
Запитання 1.1	–	6 (8 %)	18 (24 %)	9 (12 %)	42 (56 %)	1,10
Запитання 1.2	3 (4 %)	18 (24 %)	21 (28 %)	18 (24 %)	15 (20 %)	1,35
Запитання 1.3	12 (16 %)	15 (20 %)	24 (32 %)	18 (24 %)	6 (8 %)	1,40
Запитання 1.4	9 (12 %)	12 (16 %)	27 (36 %)	15 (20 %)	12 (16 %)	1,48

якоюсь з ознак; 3 – декілька ознак схожі на те, що зі мною; 4 – загалом схоже на те, що зі мною; 5 – критерії повністю описують те, що зі мною);

3) «усвідомлення медикалізації стану» – здатність до розпізнавання медичного характеру аномалій власної психічної діяльності.

Запитання 1.3: Чи погоджуєтеся Ви, що труднощі, які виникають у Вашому житті, можуть бути зумовлені медичною проблемою, зокрема психічним розладом? (Варіанти відповідей: 1 – не згоден; 2 – деякі труднощі можуть бути викликані моїми особливостями; 3 – таке трапляється, але я не впевнений (-на), що це медична проблема; 4 – деякі труднощі в моєму житті є результатом медичного стану, що стосується моєї психіки; 5 – цілком згоден, в мене є очевидні труднощі через медичну проблему, що стосується моєї психіки);

4) «усвідомлення кризи адаптації» – виявлення психічної дезадаптації за допомогою аналізу стану власної психічної діяльності.

Запитання 1.4: Чи виникають у Вас труднощі у повсякденному функціонуванні або самопочутті, що не мають іншого пояснення, крім ментальних проблем? (Варіанти відповідей: 1 – ніколи; 2 – іноді, але зазвичай у зв'язку з об'єктивними обставинами; 3 – я помічав, що іноді відчуваю незрозумілий дискомфорт; 4 – в мене бувають труднощі у функціонуванні, які не пов'язані з реальними обставинами; 5 – в мене часто бувають труднощі у функціонуванні через психічні порушення).

Результати статистичного аналізу відповідей пацієнтів контингенту дослідження на запитання в рамках цього компонента наведено в таблиці 2.

Сума дисперсії елементів дорівнювала 5,35; дисперсія загального тестового бала становила 15,82. Далі розраховано значення коефіцієнта α Кронбаха за формулою:

$$\left(\frac{4}{4-1}\right) \times \left(\frac{15,82-5,35}{15,82}\right) = 0,8820. \quad (2)$$

Значення коефіцієнта α Кронбаха 0,8820 відповідає «хорошій» («good») надійності сукупності запитань у тесті.

2. Мнестичний компонент передбачає здатність до усвідомлення факту наявності та сутності власних аномалій психічної діяльності порівняно з попереднім досвідом. На відміну від когнітивного компонента, орієнтованого на аномалію / симптом, мнестичний компонент орієнтований на психіку та її зміни в динаміці, своєчасну ідентифікацію рівня адаптації як інтегративної характеристики власного стану без обробки конкретних симптомів. Збереженість цього компонента сприяє вчасному зверненню по допомогу, повному і тривалому дотриманню рекомендацій спеціаліста. Пацієнти мають психологічно зрозуміле прагнення покращити свій стан у разі усвідомлення його погіршення.

Феномени мнестичного компонента:

1) «мнестичне зіставлення» – порівняння теперішнього рівня як інтегративної характеристики функціонування психіки з рівнем функціонування в минулому.

Запитання 2.1: Чи розумієте Ви, що саме змінилось у Вашому психічному стані протягом останнього часу?

(Варіанти відповідей: 1 – впевнений, що окремі життєві чи психологічні труднощі не змінюють мене; 2 – впевнений, що мій стан та особистість не змінюються протягом тривалого часу; 3 – припускаю, що період кризи може вплинути на мій стан та особистість; 4 – мій стан або особистість змінилися в гірший бік, але я не знаю, як саме; 5 – мій стан та особистість погіршилися, і я знаю, що саме змінилося);

2) «мнестичне оцінювання динаміки» – достовірність оцінки хронологічної тривалості окремих симптомів, пов'язаних із розладом.

Запитання 2.2: Чи знаєте Ви, коли вперше зіткнулися з проявами порушень психіки? (Варіанти відповідей: 1 – вважаю, що ніколи не стикався; 2 – стикався, але не пам'ятаю, коли вперше; 3 – пам'ятаю той період свого життя, але точно сказати не можу; 4 – пам'ятаю з точністю до пори року; 5 – чітко пам'ятаю початок, якщо поміркувати, можу назвати місяць;

3) «мнестичне оцінювання вдовolenості» – здатність розпізнати й усвідомлювати зміни якості життя.

Запитання 2.3: Ви відчуваєте зниження якості життя через психічні проблеми, наприклад, труднощі з реалізацією планів, нереалізованість власного потенціалу? (Варіанти відповідей: 1 – не вірю, що психічні проблеми можуть вплинути на якість мого життя; 2 – погіршення психічного стану могли знижувати якість життя в минулому, але зараз це не впливає; 3 – можливо, є вплив на якість життя, але не можу назвати, який самий; 4 – вплив є, але не можу досконало його описати; 5 – якісь життя понизилась, і я знаю, що конкретно змінилося);

4) «мнестичне оцінювання реагування» – здатність розпізнавати й усвідомлювати зміни стереотипів психічного реагування на зовнішні стимули та інформацію.

Запитання 2.4: Чи помічаєте Ви у зв'язку з розладами психіки зміни у психологічній стійкості та здатності контролювати емоції? (Варіанти відповідей: 1 – не відчуваю нічого подібного; 2 – припускаю таку можливість, але не маю з цим особливих проблем; 3 – це можливо, іноді оточуючі кажуть мені про це; 4 – помічаю подібне, але не можу вчасно це зрозуміти; 5 – безперечно, є зміни, і я усвідомлюю, які вони);

5) «здатність запам'ятовувати рекомендації» – здатність фіксувати та відтворювати рекомендації спеціалістів щодо розладу.

Запитання 2.5: Ви здатні по пам'яті відтворити рекомендації щодо медикаментозного та психотерапевтичного лікування, які вам дав спеціаліст із психічного здоров'я? (Варіанти відповідей: 1 – взагалі не запам'ятовую; 2 – не запам'ятовую більшу частину; 3 – складні не пам'ятаю, але в загальних рисах пам'ятаю, що мені допомагає; 4 – пам'ятаю тільки назви препаратів і рекомендації щодо способу життя; 5 – пам'ятаю повністю, можу детально відтворити (наприклад, дозу препаратів або психотерапевтичні рекомендації).

Результати статистичного аналізу відповідей пацієнтів контингенту дослідження на запитання в рамках цього компонента наведені у таблиці 3.

Сума дисперсії елементів становила 8,02; дисперсія загального тестового бала дорівнювала 19,06. Далі розраховано значення коефіцієнта α Кронбаха за формулою:

$$\left(\frac{5}{5-1}\right) \times \left(\frac{19,06-8,02}{19,06}\right) = 0,7240. \quad (3)$$

Значення коефіцієнта α Кронбаха 0,7240 відповідає «прийнятній» («acceptable») надійності сукупності запитань у тесті.

3. Прогностичний компонент передбачає здатність до усвідомлення ролі аномалій психічної діяльності у плануванні сценарію майбутнього, включаючи усвідомлення динамічних характеристик психічних аномалій (епізод / ремісія, прогресування / регресування тощо). Прогностичний компонент сприяє підтриманню мотивації пацієнта продовжувати лікування після досягнення ремісії або покращення стану; дає змогу стабілізувати коливання настрою. Розуміння пацієнтом динамічного та нелінійного характеру прогресу в лікуванні сприяє послідовній комплаєнтній поведінці. Недостатність прогностичного компонента погіршує віддалені результати раціональної та когнітивно-поведінкової психотерапії.

Прогностичний компонент складається з феноменів:

1) «прогнозування дистресу» – здатність передбачати виникнення симптомів за опосередкованими ознаками.

Запитання 3.1: Ви передбачаєте погіршення Вашого стану у конкретних ситуаціях або за певних обставин ще до їх виникнення? (Варіанти відповідей: 1 – не вважаю, що це можна передбачити; 2 – це можливо, але для мене погіршення стану зазвичай неочікувані; 3 – іноді помічаю, що погіршення стану пов'язані з певними обставинами; 4 – знаю та передбачаю типові ситуації, які призводять до погіршення стану; 5 – можу передбачити більшість обставин, що погіршують мій стан);

2) «прогнозування зміни поведінки» – модифікація поведінки у відповідь на високу ймовірність виникнення симптомів, включаючи поведінку уникнення.

Запитання 3.2: Чи доводиться Вам уникати певних дій через усвідомлення того, що ці дії, ситуації або обставини пов'язані з погіршенням мого стану? (Варіанти відповідей: 1 – не звертав на це уваги; 2 – уникаю рідко, тоді, коли мені вже погано; 3 – іноді уникаю незначних справ, щоб уникнути занепокоєння; 4 – я помічав, що іноді відмовляюсь від певних дій через мій ментальний стан; 5 – уникання часто пов'язані з цією причиною);

3) «прогнозування динаміки порушення» – здатність передбачити зміни психічного стану та виникнення симптомів у проміжок часу, який перевищує дію окремого чинника та психічну реакцію на нього.

Запитання 3.3: У Вас є уявлення або думки щодо тривалих змін у Вашому психічному стані та здатності адаптуватися до труднощів? (Варіанти відповідей: 1 – ні, живу переважно теперішнім моментом; 2 – ні, але якщо будуть причини, я зверну увагу на власний психічний стан; 3 – мені здається, що мій стан у перспективі може порушити певні аспекти мого життя; 4 – я переймаюся через те, що мій стан загрожує моєму благополуччю; 5 – я постійно заклопотаний цим питанням);

4) «усвідомлення фазної структури розладу» – здатність розрізняти фази загострення та ремісії, стан компенсації та декомпенсації.

Таблиця 3. Статистичний аналіз відповідей пацієнтів контингенту дослідження на запитання в рамках мнестичного компонента «критичного самоусвідомлення»

Елемент	Відповіді					Дисперсія елемента
	«1»	«2»	«3»	«4»	«5»	
Запитання 2.1	7 (9,3 %)	13 (17,3 %)	41 (54,7 %)	2 (2,7%)	12 (16,0 %)	1,22
Запитання 2.2	10 (13,3 %)	16 (21,3 %)	20 (26,7 %)	14 (18,7 %)	15 (20,0 %)	1,74
Запитання 2.3	3 (4,0 %)	16 (21,3 %)	17 (22,7 %)	24 (32,0 %)	15 (20,0 %)	1,32
Запитання 2.4	10 (13,3 %)	20 (26,3 %)	13 (17,3 %)	14 (18,7 %)	18 (24,0 %)	1,95
Запитання 2.5	6 (8,0 %)	8 (10,3 %)	9 (12,0 %)	16 (21,3 %)	36 (48,0 %)	1,76

Таблиця 4. Статистичний аналіз відповідей пацієнтів контингенту дослідження на запитання в рамках прогностичного компонента «критичного самоусвідомлення»

Елемент	Відповіді					Дисперсія елемента
	«1»	«2»	«3»	«4»	«5»	
Запитання 3.1	12 (16 %)	6 (8 %)	21 (28 %)	15 (20 %)	21 (28 %)	1,94
Запитання 3.2	15 (20 %)	6 (8 %)	9 (12 %)	27 (36 %)	18 (24 %)	2,09
Запитання 3.3	21 (28 %)	6 (8 %)	33 (44 %)	12 (16 %)	3 (4 %)	1,37
Запитання 3.4	6 (8 %)	3 (4 %)	9 (12 %)	36 (48 %)	21 (28 %)	1,27

Запитання 3.4: Ви можете визначити періоди погіршення та покращення Вашого психічного стану та оцінити, у якому періоді Ви перебуваєте зараз? (Варіанти відповіді: 1 – ні, це мені ніколи не вдавалося; 2 – іноді помічаю за зміною «життєвого тону»; 3 – пам'ятаю найгірший і найкращий стан, але не можу сказати про теперішній; 4 – можу приблизно оцінити свій стан зараз; 5 – впевнено помічаю).

Результати статистичного аналізу відповідей пацієнтів контингенту дослідження на запитання в рамках цього компонента наведено в таблиці 4.

Сума дисперсії елементів становила 6,68, дисперсія загального тестового бала – 15,05. Далі розраховано значення коефіцієнта α Кронбаха за формулою:

$$\left(\frac{4}{4-1}\right) \times \left(\frac{15,05-6,68}{15,05}\right) = 0,7413. \quad (4)$$

Значення коефіцієнта α Кронбаха 0,7413 відповідає «прийнятній» («acceptable») надійності сукупності запитань у тесті.

4. Аутоскопичний компонент передбачає здатність до ідентифікації конкретних аномалій психічної діяльності та їх співвідношення з власною особистістю у категоріях егосинтонності / егодистонності, а також ступеня впливу на особистість, ухвалення рішень та результуючу поведінку. Егодистонність в окремих пацієнтів супроводжується приховуванням симптомів і запереченням, ускладнюється алкогілізацією або соматизацією тривоги.

Феномени:

1) «кваліфікація предикторів» – усвідомлення того, що психіка має «слабкі місця» і психічні порушення можуть

бути закономірними через властивості психіки та зовнішні обставини.

Запитання 4.1: Чи є у Вашому житті чинники, які погіршують Ваше ментальне здоров'я або прямо ведуть до розладу психіки? (Варіанти відповіді: 1 – таких факторів немає у моєму житті; 2 – це можливо, але я не знаю, які це чинники; 3 – такі чинники є, але їхній вплив я усвідомлюю лише частково; 4 – такі фактори є, та я цілком усвідомлюю їхній вплив; 5 – проблеми з моїм ментальним здоров'ям прямо пов'язані з відомими мені чинниками);

2) «кваліфікація аномалій поведінки» – усвідомлення неправильної роботи захисних психологічних механізмів, як-от витіснення, раціоналізація та заперечення.

Запитання 4.2: Чи були випадки, коли певні свої дії або конфліктні ситуації, невдачі Ви пояснювали Вашим ментальним станом? (Варіанти відповіді: 1 – ні, не доводилося; 2 – було декілька випадків, коли були об'єктивні причини; 3 – були при перенавантаженні або інших труднощах; 4 – іноді такі ситуації я пояснюю своїм станом; 5 – таке зі мною трапляється);

3) «абсолютизація елементів дистресу» – усвідомлення системності психічних розладів і відносної універсальності факторів погіршення стану та чинників, що мають терапевтичне значення.

Запитання 4.3: Чи згодні Ви з тим, що різні прояви психічного дискомфорту можуть виходити з однієї і тієї самої проблеми ментального здоров'я? (Варіанти відповіді: 1 – не згоден; 2 – можливо, але більшість моїх проблем між собою не пов'язані; 3 – можливо, якщо так кажуть спеціалісти; 4 – вважаю, що різні проблеми можуть виходити з мого розладу; 5 – усі мої проблеми є результатом мого розладу).

Результати статистичного аналізу відповідей пацієнтів контингенту дослідження на запитання в рамках цього компонента наведено в *таблиці 5*.

Сума дисперсії елементів дорівнювала 4,28; дисперсія загального тестового бала становила 8,99. Далі розраховано значення коефіцієнта α Кронбаха за формулою:

$$\left(\frac{3}{3-1}\right) \times \left(\frac{8,99-4,28}{8,99}\right) = 0,7857. \quad (5)$$

Значення коефіцієнта α Кронбаха 0,7857 відповідає «прийнятній» («acceptable») надійності сукупності запитань у тесті.

5. Інтроєктивний компонент передбачає здатність до усвідомлення експертної точки зору щодо аномалій власного психічного функціонування, враховуючи характер внутрішньої аргументації прийняття / неприйняття позиції експерта. Цей компонент сприяє готовності довіряти експертним рекомендаціям, які можуть бути контрінтуїтивними, контрінстинктивними, контррефлекторними. Це означає, що експертні рекомендації суперечать напрямку думок пацієнта та сформованим стереотипам. Випадіння інтроєктивного компонента змінює модус установки щодо лікування на модус аутокурації засобами короткочасної дії. Під час раціональної та когнітивно-поведінкової терапії дотримання рекомендацій стає непослідовним, а патологічні переконання стійкішими.

Феномени:

1) «базова довіра до спеціалізованої допомоги» – сприйняття компетентності спеціалістів і того, що саме спеціалізована допомога потрібна для покращення стану.

Запитання 5.1: Ви довіряєте спеціалістам з психічного здоров'я та сучасному підходу до лікування психічних розладів? (Варіанти відповідей: 1 – принципово ні, бо психіка не лікується спеціалістами; 2 – ні, тому що в моєму випадку спеціалісти не допоможуть; 3 – довіряю в окремих аспектах, але загалом не впевнений; 4 – довіряю, якщо запропоновані втручання швидко приносять полегшення; 5 – довіряю, навіть коли на результат потрібно очікувати довго);

2) «оцінювання суб'єктивності» – ідеї щодо усвідомлення меж суб'єктивного сприйняття.

Запитання 5.2: Чи згодні Ви, що можете помилятися щодо Вашого ментального стану? (Варіанти відповідей: 1 – ні, лише мені зрозумілий мій стан; 2 – здебільшого ні, можу помилятися в окремих аспектах; 3 – складно відповісти, мій стан мені не завжди зрозумілий; 4 – можу помилятися через брак професійних знань щодо психіки; 5 – довіряю в цьому питанні спеціалісту, а не собі);

3) «оцінювання терапевтичного досвіду» – наявність усвідомленого досвіду успішного застосування рекомендацій та успішного покращення стану.

Запитання 5.3: Чи викликає у Вас позитивні емоції зміна стану психіки, яку можна пов'язати з успіхами лікування або психокорекції? (Варіанти відповідей: 1 – вважаю, що будь-які успіхи є тимчасовими, та ставлюся до них скептично; 2 – можливо, але в мене це не було пов'язано з лікуванням; 3 – так, але, можливо, роль лікування перебільшена; 4 – так, але

радість короткочасна, вдовольнить тільки повне та швидке одужання; 5 – так, лікування може бути тривалим, тому перші результати – це також привід для радості).

Результати статистичного аналізу відповідей пацієнтів контингенту дослідження на запитання в рамках цього компонента наведено в *таблиці 6*.

Сума дисперсії елементів дорівнювала 3,86; дисперсія загального тестового бала становила 8,50. Далі розраховано значення коефіцієнта α Кронбаха за формулою:

$$\left(\frac{3}{3-1}\right) \times \left(\frac{8,50-3,86}{8,50}\right) = 0,8183. \quad (6)$$

Значення коефіцієнта α Кронбаха 0,8183 відповідає «хорошій» («good») надійності сукупності питань у тесті.

6. Емотивний компонент передбачає здатність до переживання аномалій психічної діяльності як елементів безпосереднього афективного дистресу, а також ідентифікації емоційного досвіду в контексті розладу. Це дає змогу пацієнтові своєчасно звернутись до спеціаліста, сприяє точному оцінюванню психічного стану внаслідок чіткого зіставлення емотивно-асоційованих скарг з анамнестичними вказівками на ситуації, при яких виникають відповідні симптоми. Зниження цього компонента призводить до «розмивання» клінічної картини, ускладнюючи використання когнітивно-поведінкових і раціональних технік. Істотне зниження емотивного компонента зумовлює соматизацію психопатологічних симптомів.

Феномени:

1) «емотивне диференціювання» – розрізнення окремих проявів афективності.

Запитання 6.1: Ви можете відрізнити одні емоції від інших? (Варіанти відповідей: 1 – ні, часто навіть складно сказати, який у мене настрій; 2 – розрізняю тільки позитивні та негативні емоції; 3 – іноді розрізняю, орієнтуючись на зовнішні обставини; 4 – завжди розрізняю основні види настрою (наприклад, радість, тривогу, смуток тощо); 5 – розрізняю також змішаний настрій і переходи від одних емоцій до інших);

2) «вербалізація емоцій» – здатність виразити власний емоційний стан та конкретні афективні симптоми у формі усного або письмового тексту.

Запитання 6.2: Чи можете Ви описувати за допомогою слів зміни Вашого емоційного стану? (Варіанти відповідей: 1 – ні, я і сам не розумію свій емоційний стан; 2 – я відчуваю емоції, але не можу їх описати; 3 – зазвичай можу описати лише позитивний і негативний настрій; 4 – можу назвати окремі емоції (наприклад, радість, тривогу, смуток тощо); 5 – досить детально можу пояснити, що відчуваю (настрій, поточні та минулі переживання);

3) «десоматизація тривоги» – здатність відокремлювати тривожну симптоматику від вегетативної.

Запитання 6.3: Ви здатні відрізнити напади тривоги від тілесних симптомів? (Варіанти відповідей: 1 – ніколи, одне переходить в інше; 2 – можливо, переважно при відносному спокої; 3 – складно відповісти, іноді відрізняю за обставинами; 4 – здебільшого відрізняю; 5 – так, майже завжди);

4) «десоматизація піпотимії» – здатність відрізнити депресивну симптоматику від інших симптомів.

Таблиця 5. Статистичний аналіз відповідей пацієнтів контингенту дослідження на запитання в рамках аутоскопичного компонента «критичного самоусвідомлення»

Елемент	Відповіді					Дисперсія елемента
	«1»	«2»	«3»	«4»	«5»	
Запитання 4.1	9 (12 %)	6 (8 %)	12 (16 %)	36 (48 %)	12 (16 %)	1,47
Запитання 4.2	12 (16 %)	15 (20 %)	18 (24 %)	21 (28 %)	9 (12 %)	1,62
Запитання 4.3	9 (12 %)	12 (16 %)	12 (16 %)	42 (56 %)	–	1,19

Таблиця 6. Статистичний аналіз відповідей пацієнтів контингенту дослідження на запитання в рамках інтроектного компонента «критичного самоусвідомлення»

Елемент	Відповіді					Дисперсія елемента
	«1»	«2»	«3»	«4»	«5»	
Запитання 5.1	3 (4 %)	3 (4 %)	15 (20 %)	6 (8 %)	48 (64 %)	1,32
Запитання 5.2	3 (4 %)	12 (16 %)	15 (20 %)	30 (40 %)	15 (20 %)	1,22
Запитання 5.3	–	12 (16 %)	9 (12 %)	12 (16 %)	42 (56 %)	1,32

Таблиця 7. Статистичний аналіз відповідей пацієнтів контингенту дослідження на запитання в рамках інтроектного компонента «критичного самоусвідомлення»

Елемент	Відповіді					Дисперсія елемента
	«1»	«2»	«3»	«4»	«5»	
Запитання 6.1	–	–	9 (12 %)	12 (16 %)	54 (72 %)	0,48
Запитання 6.2	–	–	6 (8 %)	18 (24 %)	51 (68 %)	0,40
Запитання 6.3	3 (4 %)	6 (8 %)	12 (16 %)	27 (36 %)	27 (36 %)	1,20
Запитання 6.4	–	12 (16 %)	21 (28 %)	18 (24 %)	24 (32 %)	1,17

Запитання 6.4: Чи здатні Ви відрізнити знижений настрій і супутній йому емоційний дискомфорт (окрім тривоги) від втоми та тілесних симптомів? (Варіанти відповідей: 1 – ніколи, одне переходить в інше; 2 – можливо, переважно при відносному спокої; 3 – складно відповісти, іноді відрізняю за обставинами; 4 – здебільшого відрізняю; 5 – так, майже завжди).

Результати статистичного аналізу відповідей пацієнтів контингенту дослідження на запитання в рамках цього компонента наведено в таблиці 7.

Сума дисперсії елементів становила 3,27, дисперсія загального тестового бала – 7,35. Далі розраховано значення коефіцієнта α Кронбаха за формулою:

$$\left(\frac{4}{4-1}\right) \times \left(\frac{7,35-3,27}{7,35}\right) = 0,7387. \quad (7)$$

Значення коефіцієнта α Кронбаха 0,7387 відповідає «прийнятній» («acceptable») надійності сукупності запитань у тесті.

7. Емпіричний компонент передбачає здатність до усвідомлення аномалій психічної діяльності через усвідомлення змін соціального функціонування, якості життя, поведінкових проявів і наслідків ухвалення рішень під впливом аномалій психічної діяльності. Це призводить до формування чітких

планів і цілей терапії. При порушенні цього компонента знижується здатність визначати проміжні цілі терапії; це, своєю чергою, призводить до невизначеності критеріїв успішного лікування. Тому збільшується тривалість терапії, знижується її ефективність. Порушення емпіричного компонента підвищує схильність до аутокурації за допомогою психоактивних речовин і до ухвалення афективно зумовлених рішень у різних ситуаціях.

Феномени:

1) «визначення стану дезадаптації» – наявність негативного варіанта емотивного компонента мотивації до лікування.

Запитання 7.1: Факт того, що внаслідок психічних проблем Ваш емоційний стан змінився, викликає у Вас занепокоєння або тривожні думки? (Варіанти відповідей: 1 – у мене немає психічних проблем, тому і зміни стану немає; 2 – іноді, але зазвичай у зв'язку з об'єктивними обставинами; 3 – відчуваю дискомфорт, якщо думаю про психічні проблеми й особливості характеру; 4 – скоріше так, тому стараюся про це не думати; 5 – здебільшого так, якщо змінився в негативний бік);

2) «визначення динаміки терапії» – усвідомлення факторів виникнення психічного розладу та неспішності лікування, коли пацієнт є суб'єктом.

Запитання 7.2: Чи існують у Вас проблеми з контролем власних емоцій? (Варіанти відповідей: 1 – ні, я завжди

Таблиця 8. Статистичний аналіз відповідей пацієнтів контингенту дослідження на запитання в рамках емпіричного компонента «критичного самоусвідомлення»

Елемент	Відповіді					Дисперсія елемента
	«1»	«2»	«3»	«4»	«5»	
Запитання 7.1	9 (12,0 %)	9 (12,0 %)	30 (40,0 %)	18 (24,0 %)	9 (12,0 %)	1,32
Запитання 7.2	6 (8,0 %)	27 (36,0 %)	15 (20,0 %)	24 (32,0 %)	3 (4,0 %)	1,16
Запитання 7.3	3 (4,0 %)	15 (20,0 %)	30 (40,0 %)	18 (24,0 %)	9 (12,0 %)	1,05
Запитання 7.4	3 (4,0 %)	10 (13,3 %)	10 (13,3 %)	41 (54,7 %)	11 (14,7 %)	1,04

контролюю свої емоції; 2 – іноді, але зазвичай у зв'язку з об'єктивними обставинами; 3 – таке виникає при перенавантаженні; 4 – іноді маю проблеми з контролем емоцій, які складно пояснити; 5 – так, не можу цілком контролювати свої емоції через психічний розлад);

3) «визначення причин дезадаптації» – усвідомлення психічного розладу як першопричини зниження якості життя.

Запитання 7.3: Ваш психічний стан впливає на Вашу працездатність та особисті відносини? (Варіанти відповідей: 1 – ні, я так не вважаю; 2 – іноді, але зазвичай у зв'язку з об'єктивними обставинами; 3 – були ситуації, які складно пояснити інакше; 4 – в мене бувають труднощі у функціонуванні, які не пов'язані з реальними обставинами; 5 – в мене часто бувають труднощі у функціонуванні через психічні порушення);

4) «визначення динаміки розладу» – здатність прогнозувати власний рівень функціонування, зіставляючи стан психіки та рівень здібностей, соціального функціонування.

Запитання 7.4: Чи уявляєте Ви, як може змінитися Ваше життя після покращення психічного стану? (Варіанти відповідей: 1 – зовсім ні; 2 – мені складно це уявити; 3 – уявляю приблизно, маю надію на покращення; 4 – усвідомлюю, що покращення психічного стану збільшить мої можливості; 5 – маю певні цілі та відносно чіткі плани займатися тим, чим не міг раніше).

Результати статистичного аналізу відповідей пацієнтів контингенту дослідження на запитання в рамках цього компонента наведено в *таблиці 8*.

Сума дисперсії елементів дорівнювала 4,58; дисперсія загального тестового бала становила 9,76. Далі розраховано значення коефіцієнта α Кронбаха за формулою:

$$\left(\frac{4}{4-1}\right) \times \left(\frac{9,76-4,58}{9,76}\right) = 0,7072. \quad (8)$$

Значення коефіцієнта α Кронбаха 0,7072 відповідає «принятній» («asserable») надійності сукупності запитань у тесті.

Обговорення

У процесі пошуку в україномовному сегменті профільного дискурсу не було знайдено зіставних методик. Найближчою за спрямуванням і залученим контингентом є адаптація «Торонтської шкали алекситимії» (TAS-20), що так само сформована з використанням п'ятибальної цифрової шкали типу Лайкерта і складається з субшкал для вимірю-

вання труднощів ідентифікації почуттів, опису почуттів та екстернальності мислення [11]. Втім ця методика вимірює суто алекситимію, за якою не доцільно оцінювати порушення критичного самоусвідомлення загалом. Концепція алекситимії характеризується порушенням здатності ідентифікувати та формулювати власні емоційні стани, що становить певну перешкоду для терапевтичного залучення та інтроспективних можливостей, необхідних для ефективного втручання в психічне здоров'я та формування критичної оцінки власного психічного / психологічного стану [12]. Поширеність алекситимії у спектрі неспсихотичних розладів дійсно є суттєвою, але нині це явище визначають здебільшого для корекції траєкторії лікування та оцінювання можливості залучення пацієнтів до психотерапевтичних модальностей, заснованих на емоційній обробці [13, 14]. З'ясування ролі алекситимії в контексті явища «критичного самоусвідомлення», хоча і є проблематизованим, залишається недостатньо розробленим [4, 14].

В англомовному сегменті профільного дискурсу є шкали критичного ставлення при хворобі Альцгеймера та суто неврологічні опитувальники анозогнозії щодо окремих симптомів [15].

Концепція анозогнозії, хоча й використовується як загальний синонім «критичного самоусвідомлення», відображає лише пряму якісну характеристику – відсутність усвідомлення власного патологічного дефіциту. Концепцію первинно використовували суто в неврологічному дискурсі [2, 15], але нині все частіше її застосовують при дескрипції психічних розладів, пропонуючи пряме й узагальнене розуміння здатності «відчувати себе хворим» [2, 16]. Анозогнозія в контексті психічних розладів у розширеному форматі опису охоплює психологічний вимір браку усвідомлення або заперечення симптомів, але залишається неструктурованим суто якісним маркером, який не дає уявлення щодо структури усвідомлення / неусвідомлення внутрішнього досвіду [14, 17].

Серед умовних недоліків психодіагностичного інструменту, який розробляли в контексті дослідження, треба враховувати відносно невеликий контингент, на якому здійснили верифікацію. Обмежену групу хворих залучили також для верифікації Торонтської шкали алекситимії TAS-20, що здійснили за участі 124 респондентів (можна зіставити з нашим контингентом) [18]. Психодіагностичний інструмент, що опрацьовано, також не валідизовано для застосування при розладах психотичного рівня, психічних розладах органічного походження та розладах, що пов'язані з залежністю

від психоактивних речовин, внаслідок істотних порушень. Це обґрунтовує доцільність нових досліджень із залученням цільових контингентів.

Враховуючи недостатню опрацьованість питання щодо критичного самоусвідомлення при непсихотичних психічних розладах в англomовному дискурсі, психодіагностичний інструмент, що вивчали, вважаємо перспективним щодо адаптації для англomовного контингенту.

Висновки

1. У результаті психодіагностичного та статистичного дослідження у феноменологічному підході систематизовано елементи критичного самоусвідомлення у пацієнтів, які мають непсихотичні психічні розлади. Визначено 27 феноменів у складі 7 окремих компонентів критичного самоусвідомлення.

2. Сформовано психодіагностичний інструмент у форматі опитувальника, де до кожного феномена сформульовано запитання з множинними варіантами відповідей, що ранжовані за п'ятибальною шкалою типу Лайкерта.

3. Статистичний аналіз внутрішньої узгодженості запитань з окремими компонентами показав: для когнітивного компонента (4 феномени) значення коефіцієнта α Кронбаха дорівнювало 0,8820, що відповідає «хорошій» («good») узгодженості; для мнестичного компонента (5 феноменів) значення коефіцієнта α Кронбаха становило 0,7240, що відповідає «прийнятній» («acceptable») узгодженості; для прогностичного компонента (4 феномени) значення коефіцієнта α Кронбаха дорівнювало 0,7413, що відповідає «прийнятній» («acceptable») узгодженості; для аутоскопичного компонента (3 феномени) значення коефіцієнта α Кронбаха становило 0,7857, що відповідає «прийнятній» («acceptable») узгодженості; для інтроектного компонента (3 феномени) значення коефіцієнта α Кронбаха дорівнювало 0,8183, що відповідає «хорошій» («good») узгодженості; для емотивного компонента (4 феномени) значення коефіцієнта α Кронбаха дорівнювало 0,7387, що відповідає «прийнятній» («acceptable») узгодженості; для емпіричного компонента (4 феномени) значення коефіцієнта α Кронбаха становило 0,7072, що відповідає «прийнятній» («acceptable») узгодженості.

4. Розроблений психодіагностичний опитувальник може бути використаний під час наступних досліджень, що спрямовані на аналіз проблеми критичного самоусвідомлення у пацієнтів із непсихотичними психічними розладами.

Перспективи подальших досліджень полягають у випробуванні методики на більшому контингенті для верифікації опитувальника; верифікації та адаптації опитувальника для застосування при розладах психотичного рівня, психічних розладах органічного походження та розладах, пов'язаних із залежністю від психоактивних речовин; створенні англomовної версії опитувальника.

Подяки

Колектив авторів дякує професору Миколі Євгеновичу Хомицькому – керівнику дисертації, частиною якої є матеріали, наведені в статті.

Відомості про авторів:

Кондратенко М. Ю., PhD-аспірант каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0001-8865-863X

Городокін А. Д., д-р філософії (PhD), асистент каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0001-7041-6683

Шевченко Н. Ф., д-р психол. наук, професор каф. психології, Запорізький національний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0002-5297-6588

Столяренко А. М., канд. мед. наук, доцент каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0002-3694-6207

Дьома І. С., канд. психол. наук, асистент каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна.

ORCID ID: 0000-0003-1230-8443

Information about the authors:

Kondratenko M. Yu., PhD-student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.

Horodokin A. D., MD, PhD, Assistant of the Department of Psychiatry,

Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.

Shevchenko N. F., PhD, DSc, Professor of the Department of Psychology, Zaporizhzhia National University, Ukraine.

Stolyarenko A. M., MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.

Doma I. S., PhD, Assistant of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Ukraine.

References

- Halaj A, Huppert JD. Insight in nonpsychotic disorders: A new model of insight and a systematic review of measures. *Aust N Z J Psychiatry*. 2022;56(1):28-38. doi: [10.1177/00048674211025722](https://doi.org/10.1177/00048674211025722)
- Konstantakopoulos G. Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon. *Psychiatriki*. 2019;30(1):13-6. doi: [10.22365/jpsych.2019.301.13](https://doi.org/10.22365/jpsych.2019.301.13)
- Chugunov VV, Khomitskiy MY. [Modern scientific views on the problem of pathoplastics of mental illnesses]. *Zaporozhye medical journal*. 2022;24(4):470-3. Ukrainian. doi: [10.14739/2310-1210.2022.4.255714](https://doi.org/10.14739/2310-1210.2022.4.255714)
- Tabachnikov SI, Bilobryvka RI, Venger OP, Rakhman LV, Rokutov SV, Tkachenko OV, et al. Features of coping strategies in the population during quarantine in conditions of epidemic danger. *Wiadomości Lekarskie*. 2022;75(1):281-8. doi: [10.36740/WLEk202201223](https://doi.org/10.36740/WLEk202201223)
- Benau EM, Wiatrowski R, Timko CA. Difficulties in Emotion Regulation, Alexithymia, and Social Phobia Are Associated With Disordered Eating in Male and Female Undergraduate Athletes. *Front Psychol*. 2020;11:1646. doi: [10.3389/fpsyg.2020.01646](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01646)
- Herdí O, Berksun OE. Insight and psychotic experiences in patients with non-psychotic depression. *Turkish J Clinical Psychiatry*. 2021;24(3):307-14. doi: [10.5505/kpd.2021.67625](https://doi.org/10.5505/kpd.2021.67625)
- Pliekhov VA. [Type-specific system of psychocorrection of affective pathology in patients with schizotypal disorder]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohi*. 2023;31(1):88-91. Ukrainian. doi: [10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-12](https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-12)
- Obeid S, Haddad C, Fares K, Malaeb D, Sacre H, Akel M, Salameh P, Hallit S. Correlates of emotional intelligence among Lebanese adults: the role of depression, anxiety, suicidal ideation, alcohol use disorder, alexithymia and work fatigue. *BMC Psychol*. 2021 Jan 28;9(1):18. doi: [10.1186/s40359-021-00525-6](https://doi.org/10.1186/s40359-021-00525-6). PMID: 33509287; PMCID: PMC7844942.
- Likert RA. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of psychology*. 1932;140(22):44-53.
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334. doi: [10.1007/BF02310555](https://doi.org/10.1007/BF02310555)

11. Salnikova A. [Aleksytmia ta ludomaniia: poserednytska rol stresu – Alexithymia and ludomania: the mediating role of stress]. *Psychosomatic medicine and general practice*. 2021;6(4):e0604316. Ukrainian. doi: [10.26766/pmgp.v6i4.316](https://doi.org/10.26766/pmgp.v6i4.316)
12. Fares K, Haddad C, Malaeb D, et al. Social Anxiety and Its Correlates Among Lebanese Adults: Role of Self-Esteem, Depression, Alcohol Use Disorder, Alexithymia, and Work Fatigue. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2022;24(1). doi: [10.4088/PCC.20m02902](https://doi.org/10.4088/PCC.20m02902)
13. Iannatone S, Miscioscia M, Raffagnato A, Gatta M. The Role of Alexithymia in Social Withdrawal during Adolescence: A Case-Control Study. *Children (Basel)*. 2021 Feb 22;8(2):165. doi: [10.3390/children8020165](https://doi.org/10.3390/children8020165). PMID: 33671559; PMCID: PMC7926933.
14. Albantakis L, Brandi ML, Zillekens IC, Henco L, Weindel L, Thaler H, et al. Alexithymic and autistic traits: Relevance for comorbid depression and social phobia in adults with and without autism spectrum disorder. *Autism*. 2020;24(8):2046-56. doi: [10.1177/1362361320936024](https://doi.org/10.1177/1362361320936024)
15. de Ruijter NS, Schoonbrood AMG, van Twillert B, Hoff EI. Anosognosia in dementia: A review of current assessment instruments. *Alzheimers Dement (Amst)*. 2020 Sep 30;12(1):e12079. doi: [10.1002/dad2.12079](https://doi.org/10.1002/dad2.12079)
16. Shevchenko NF, Doma IS, Chuhunov VV, Stoliarenko AM, Horodokin AD. [To the problem of systematization of self-identification distortion mechanisms against the background of social isolation in Ukraine]. *Journal of modern psychology*. 2023;(3):55-63. Ukrainian. doi: [10.26661/2310-4368/2023-3-7](https://doi.org/10.26661/2310-4368/2023-3-7)
17. Bastin C, Giacomelli F, Miévis F, Lemaire C, Guillaume B, Salmon E. Anosognosia in Mild Cognitive Impairment: Lack of Awareness of Memory Difficulties Characterizes Prodromal Alzheimer's Disease. *Front Psychiatry*. 2021;12:631518. doi: [10.3389/fpsy.2021.631518](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.631518)
18. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res*. 1994;38:33-40. doi: [10.1016/0022-3999\(94\)90006-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X)