



6064616954437157

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ**  
**УНІВЕРСИТЕТ**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ**  
**УНІВЕРСИТЕТ**

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**КОНДРАТЕНКО МАКСИМ ЮРІЙОВИЧ**

УДК: 616.89-008.44:159.923.2:616.89-008.441]-07-085.851

**ДИСЕРТАЦІЯ**  
**ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЇ**  
**ЗНИЖЕННЯ КРИТИЧНОСТІ ПРИ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ ТА**  
**СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ**

222 Медицина

22 Охорона здоров'я

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ М. Ю. Кондратенко

Науковий керівник – **Хоміцький Микола Євгенович**, доктор медичних наук,  
професор

Запоріжжя – 2026



## АНОТАЦІЯ

*Кондратенко М. Ю.* Оптимізація діагностики та психокорекції зниження критичності при тривожно-фобічних та соматоформних розладах. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина» (22 Охорона здоров'я) – Запорізький державний медико-фармацевтичний університет МОЗ України, Запоріжжя, 2026.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет МОЗ України, Запоріжжя, 2026.

*Мета роботи:* Підвищення ефективності лікування та покращення якості життя осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами з явищем зниження критичності, шляхом комплексного вивчення клінічних особливостей та механізмів розвитку зниження критичності та розробки модифікованої програми психокорекції.

Дослідження проведено у проспективному дизайні, матеріал зібрано та опрацьовано у період 2019-2023 років. На базі КНП «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб» Запорізької обласної ради (м. Запоріжжя), за умови інформованої згоди, обстежено 102 особи. З них 48 осіб мали встановлені діагнози з групи тривожно-фобічних розладів та склали групу дослідження 1 (ГД1). В ГД1 жінок було 33 (68,75 %), чоловіків – 15 (31,25 %) пацієнтів. Середній вік на момент дослідження був  $38,67 \pm 8,27$  років. Середня тривалість захворювання –  $10,04 \pm 5,78$  років. Середня кількість госпіталізацій в психіатричний стаціонар –  $2,23 \pm 1,78$ . Група дослідження 2 (ГД2) складалась з 54 осіб зі встановленими діагнозами з групи соматоформних розладів. В ГД2 жінок було 31 (57,41 %), чоловіків – 23 (42,59 %) пацієнти. Середній вік –  $39,22 \pm 8,92$  років. Середня тривалість захворювання –  $8,80 \pm 6,12$  років. Середня кількість госпіталізацій  $2,91 \pm 3,44$ .



В дослідженні використано клініко-психопатологічний, психометричний та статистичний методи. Дослідження реалізоване в чотири послідовні етапи.

На першому, підготовчому етапі, сформовано дизайн дослідження, проведено вибір та обґрунтування діагностичного інструментарію, визначено критерії включення та виключення. До контингенту дослідження увійшли пацієнти віком в діапазоні 18-59 років з верифікованими діагнозами рубрик F40 (тривожно-фобічні розлади) та F45 (соматоформні розлади) за МКХ-10. Критеріями виключення були важкі соматичні захворювання в декомпенсації, залежність від психоактивних речовин, хронічна алкогольна залежність, психотична симптоматика в анамнезі або на момент обстеження.

На другому етапі проведено клініко-психопатологічне та медико-психологічне обстеження учасників. Сформовано глосарій з 50 феноменів (сенсорних, вегетативних, психопатологічних та функціональних), щодо яких оцінювався рівень зниження критичності. Застосовано батарею стандартизованих психометричних методик: Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), Торонтська шкала алекситимії (TAS-20), Опитувальник способів копіngu Лазаруса (WCQ), Опитувальник Леонгарда-Шмішека та Методика діагностики типу ставлення до хвороби. Проведено статистичну обробку даних для виявлення кореляційних зв'язків між клінічними та медико-психологічними проявами.

На третьому етапі, на основі отриманих даних, розроблено концептуальну модель критичного самоусвідомлення при тривожно-фобічних та соматоформних розладах. Створено та валідизовано новий діагностичний інструмент – «Шкала критичного самоусвідомлення», що дозволяє кількісно та якісно оцінювати структуру зниження критичності. Проведено перевірку надійності методики (розрахунок коефіцієнта  $\alpha$ -Кронбаха).

На четвертому етапі розроблено та апробовано персоніфіковану систему психокорекції, спрямовану на відновлення критичності. Сформовано групи порівняння: основні підгрупи (ГД1.1, ГД2.1) отримували модифіковану психокорекцію, контрольні підгрупи (ГД1.2, ГД2.2) – стандартну



психокорекцію. Оцінка ефективності проводилась шляхом порівняльного аналізу динаміки медико-психологічних показників тривоги та депресії, рівня алекситимії, профілю копінг-стратегій та показників критичного самоусвідомлення до та після психокорекції.

Результати дослідження засвідчили, що зниження критичності при тривожно-фобічних та соматоформних розладах є складним, гетерогенним феноменом, який має суттєві відмінності залежно від нозологічної приналежності. Встановлено, що зниження критичності при цих розладах носить вибірковий (парціальний) характер: критичність до сенсорних та вегетативних симптомів переважно збережена, тоді як до психопатологічних та функціональних проявів – суттєво знижена.

У групі тривожно-фобічних розладів (ГД1) виявлено домінування високого рівня тривоги ( $11,79 \pm 3,07$  балів за HADS-A), що статистично достовірно перевищувало показники групи соматоформних розладів (ГД2) ( $p < 0,01$ ). Феноменологічний аналіз показав, що найбільш виражене зниження критичності у ГД1 стосується феноменів, пов'язаних з унікаючою поведінкою (фобія публічних місць та натовпу) та когнітивними викривленнями (страх втрати розуму). Патопсихологічний профіль пацієнтів ГД1 характеризувався використанням копінг-стратегій «Пошук соціальної підтримки» та «Самоконтроль», рівень яких був вище, порівняно з ГД2 ( $p < 0,01$ ), а також позитивною кореляцією тривоги з екстернальним мисленням та копінг-стратегіями «Позитивна переоцінка» (0,321), «Втеча-уникнення» (0,315) та «Дистанціювання» (0,307). Це вказує на те, що особливості зниження критичності при тривожно-фобічних розладах пов'язані з механізмами психологічного захисту типу витіснення та раціоналізації, де пацієнт усвідомлює симптоматику як факт, але не визнає ірраціональність власних когнітивних переконань та поведінкових патернів, якщо вони пов'язані з психічним розладом.

У групі соматоформних розладів (ГД2) встановлено значну роль алекситимії у формуванні зниження критичності. Загальний показник



алекситимії (TAS-20) у цій групі складав  $60,69 \pm 5,20$  балів, що в 1,57 рази перевищувало ( $p < 0,01$ ) показники алекситимії в ГД1 ( $38,71 \pm 10,77$ ). Виявлено статистично значущі кореляції між загальним показником алекситимії та кожною субшкалою алекситимії ( $p < 0,05$ ), але не між субшкалами. Клінічно це може проявлятися маскованою депресією (рівень депресії за HADS-D достовірно вищий, ніж у ГД1,  $p < 0,01$ ) та іпохондричною підозрілістю ( $p < 0,05$ ). Найбільш виражене зниження критичності спостерігалось щодо феномену «іпохондрична підозрілість». Домінуючими копінг-стратегіями були «Дистанціювання» та «Позитивна переоцінка» ( $p < 0,01$  порівняно з ГД1), що в поєднанні з іпохондричним типом ставлення до хвороби (18,52 % випадків) формує резистентну до лікування систему іпохондричних переконань.

На основі отриманих даних розроблено структуру критичного самоусвідомлення, яка складається з 7 компонентів: когнітивний (усвідомлення факту розладу), мнестичний (порівняння стану в динаміці), прогностичний (передбачення погіршення), аутоскопичний (ідентифікація егодистонних аномалій), інтроєктний (довіра до експертної думки), емотивний (диференціація емоцій від соматичних відчуттів) та емпіричний (усвідомлення соціальних наслідків). Розроблений на цій основі опитувальник критичного самоусвідомлення продемонстрував достатню внутрішню узгодженість ( $\alpha$ -Кронбаха  $> 0,7$  для всіх шкал) для практичного застосування. Дослідження з використанням цього опитувальника виявило, що рівень критичності в ГД2 до психокорекції був достовірно нижчим ( $83,37 \pm 9,29$  балів), ніж в ГД1 ( $95,04 \pm 20,98$  балів;  $p < 0,05$ ).

Проведене впровадження розробленої 8-тижневої системи психокорекції, диференційованої залежно від профілю зниження критичності. У групах, де застосовувалася модифікована психокорекція (ГД1.1 та ГД2.1), виявлено статистично значуще ( $p < 0,01$ ) зниження рівнів тривоги, депресії та алекситимії, та достовірне зростання ( $p < 0,01$ ) загального показника критичного самоусвідомлення ( $116,50 \pm 5,70$  в ГД1.1 та  $110,15 \pm 4,72$  в ГД2.1).



Це вказує на значну трансформацію адаптаційних механізмів: у пацієнтів відбулася зміна дезадаптивних копінг-стратегій («Дистанціювання», «Втеча-уникнення») на конструктивні («Планування вирішення проблем», «Прийняття відповідальності»,  $p < 0,01$ ). Ключовим результатом стало достовірне ( $p < 0,05$ ) збільшення частки пацієнтів з гармонійним типом ставлення до хвороби: з 4,17 % до 37,5 % у групі тривожно-фобічних розладів та з 3,70 % до 25,9 % у групі соматоформних розладів. Натомість у контрольних групах (ГД1.2, ГД2.2), які отримували стандартну психокорекцію, подібних структурних змін у ставленні до хвороби та рівні критичності не виявлено, що підтверджує необхідність цілеспрямованої роботи з корекції зниження критичності.

**Наукова новизна роботи** полягає в тому, що вперше було визначено феноменологічну структуру зниження критичності у осіб з тривожно-фобічними та соматоформним розладами, та доведено неоднорідний характер та специфічність зниження критичності. Так у осіб з тривожно-фобічними розладами зниження критичності було асоційоване з екстернально-орієнтованим мисленням та уникаючою поведінкою. В той же час, у осіб з соматоформними розладами – з алекситимією та іпохондричною підозрілістю.

Вперше було вивчено кореляційну залежність між клініко-психопатологічними, психометричними та особистісними характеристиками асоційованими зі зниженням критичності при тривожно-фобічних та соматоформних розладах. Визначено, що високий рівень алекситимії та використання дезадаптивних копінг-стратегій («Дистанціювання», «Позитивна переоцінка» є важливими факторами, асоційованими зі зниженням критичності.

Вперше виділено та систематизовано фактори ризику розвитку зниження критичності у осіб з тривожно-фобічними та соматоформним розладами, до яких віднесено дисгармонійні типи ставлення до хвороби, зокрема, іпохондричний та анозогностичний типи, специфічні акцентуації характеру (тривожний тип акцентуації для тривожно-фобічних розладів в ГД1, демонстративний та застрягальний типи для соматоформних розладів в ГД2) та високий рівень алекситимії.



Вперше розроблено теоретичну модель критичного самоусвідомлення, за якою можлива оцінка зниження критичності при тривожно-фобічних та соматоформних розладах. Критичне самоусвідомлення за цією моделлю складається з 7 компонентів (когнітивний, мнестичний, прогностичний, аутоскопичний, інтроектний, емотивний, емпіричний). На її основі створено і апробовано нову діагностичну методику «Шкала критичного самоусвідомлення», використання якої дозволяє проводити кількісне оцінювання рівня критичності та отримувати дані про індивідуальні особливості зниження критичності.

Вперше науково обґрунтовано, розроблено та апробовано систему модифікованої психокорекції, яка базується на відновленні найбільш знижених компонентів критичного самоусвідомлення та корекції зниження критичності, що дозволило достовірно покращити стан пацієнтів, та сформувати гармонійне ставлення до хвороби та прихильність до послідовного лікування психічних розладів.

**Практична значущість одержаних результатів** полягає у тому, що сформульовано особливості та відмінності зниження критичності у осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами, що дозволяє визначити значення клініко-анамнестичних факторів для розвитку зниження критичності та вплив зниження критичності на тяжкість перебігу та ефективність лікування осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами. Визначено клініко-феноменологічну структуру зниження критичності, що дозволяє виявляти симптоми, відносно яких критичність знижена в найбільшій мірі. Розроблено діагностичний опитувальник, за допомогою якого можливе вимірювання та визначення якісних особливостей зниження критичності за 7 компонентами критичного самоусвідомлення. Розроблено 8-тижневу програму психокорекції для пацієнтів з соматоформними та тривожно-фобічними розладами зі зниженням критичності до психічного стану, яка складається з першого етапу – діагностичного, при якому визначається ступінь зниження критичності, симптоми зі зниженою та збереженою критикою, значущі психопатогенетичні



6064616954437158

особливості критичного самоусвідомлення пацієнта, другого етапу, при якому проводиться корекція знижених компонентів критичності через залучення збережених компонентів, та корекція зниження критики до окремих феноменів.

Результати наукової роботи впроваджено у клінічну практику закладів охорони здоров'я. Отримані наукові дані використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, психотерапії та медичної психології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.

**Публікації результатів дослідження.** Результати дисертаційного дослідження відображено у 11 публікаціях: 5 статей у фахових виданнях, з яких 2 статті у журналах, які входять до баз Scopus та Web of Science, та 6 тез доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій.

**Ключові слова:** *алекситимія, депресія, депресивні розлади, зниження критичності, когнітивні функції, психіатрія, психічне здоров'я, психічні розлади, тривожно-фобічні розлади, психотерапія, соматоформні розлади, страх, тривога, тривожні розлади, якість життя.*



## ANNOTATION

*Kondratenko M.Yu.* Optimization of diagnostics and psychocorrection of reduction of criticality in anxiety-phobic and somatoform disorders – Qualification scientific work submitted as a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 222 "Medicine" (22 Health Care) – Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, 2026.

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, 2026.

**Aim of the work:** To increase treatment effectiveness and improve the quality of life of outpatients with phobic anxiety and somatoform disorders presenting with the phenomenon of reduced insight, through a comprehensive study of clinical features and mechanisms underlying reduced insight, and the development of a modified psychocorrection program.

The study was conducted using a prospective design during the period 2019-2023. Based at the Municipal Non-Profit Enterprise Regional Clinical Institution of Psychoneurological Care and Socially Significant Diseases of the Zaporizhzhia Regional Council (Zaporizhzhia), and upon obtaining written informed consent, 102 outpatients were enrolled. Among them, 48 outpatients had established diagnoses from the group of phobic anxiety disorders and constituted Research Group 1 (RG1). In RG1, there were 33 (68.75%) women and 15 (31.25%) men. The mean age at the time of the study was  $38.67 \pm 8.27$  years. The mean duration of illness was  $10.04 \pm 5.78$  years. The mean number of psychiatric inpatient hospitalizations was  $2.23 \pm 1.78$ . Research Group 2 (RG2) consisted of 54 outpatients with established diagnoses from the group of somatoform disorders. In RG2, there were 31 (57.41%) women and 23 (42.59%) men. The mean age was  $39.22 \pm 8.92$  years. The mean duration of illness was  $8.80 \pm 6.12$  years. The mean number of hospitalizations was  $2.91 \pm 3.44$ .



The study employed clinical-psychopathological, psychometric, and statistical methods. The research was conducted in four sequential phases.

During the first, preparatory phase, the study design was established, the selection and justification of psychometric instruments were conducted, and inclusion and exclusion criteria were defined. The study sample comprised patients aged 18-59 years with verified diagnoses under categories F40 (anxiety-phobic disorders) and F45 (somatoform disorders) according to ICD-10. Exclusion criteria were severe somatic diseases in decompensation, substance use disorder, chronic alcohol dependence, and psychotic symptoms in the medical history or at the time of examination.

During the second phase, clinical-psychopathological and medical-psychological examinations of the participants were carried out. A glossary comprising 50 phenomena (sensory, autonomic, psychopathological, and functional) was compiled, and the level of reduced insight was assessed with respect to each phenomenon. A battery of standardized psychometric instruments was applied: the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), the Lazarus Ways of Coping Questionnaire (WCQ), the Leonhard-Schmischek Character Accentuation Questionnaire, and the Methodology for Diagnosing the Type of Attitude Toward Illness. Statistical data processing was performed to identify correlational relationships between clinical and medical-psychological variables.

During the third phase, based on the obtained data, a conceptual model of critical self-awareness in phobic anxiety and somatoform disorders was developed. A new psychometric instrument was created and validated - the Critical Self-Awareness Scale, which allows for the quantitative and qualitative evaluation of the structure of reduced insight. Reliability of the instrument was verified by calculating Cronbach's alpha coefficient.

During the fourth phase, a personalized system of psychocorrection aimed at restoring insight was developed and tested. Comparison subgroups were formed: the main subgroups (RG1.1, RG2.1) received modified psychocorrection, while the



control subgroups (RG1.2, RG2.2) received standard psychocorrection. Effectiveness was evaluated through a comparative analysis of the dynamics of medical-psychological indicators of anxiety and depression, alexithymia levels, coping strategy profiles, and critical self-awareness indicators before and after psychocorrection.

The study findings demonstrated that reduced insight in phobic anxiety and somatoform disorders is a complex, heterogeneous phenomenon with significant differences depending on nosological affiliation. It was established that reduced insight in these disorders is selective (partial) in nature: insight into sensory and autonomic symptoms is predominantly preserved, whereas insight into psychopathological and functional manifestations is significantly impaired.

In the phobic anxiety disorders group (RG1), a predominance of high anxiety levels was identified ( $11.79 \pm 3.07$  points on HADS-A), which statistically significantly exceeded the indicators in the somatoform disorders group (RG2) ( $p < 0.01$ ). Phenomenological analysis revealed that the most pronounced reduction in insight in RG1 concerned phenomena related to avoidance behavior (phobia of public places and crowds) and cognitive distortions (fear of losing one's mind). The pathopsychological profile of RG1 patients was characterized by greater reliance on the coping strategies Seeking Social Support and Self-Controlling, the levels of which were significantly higher compared to RG2 ( $p < 0.01$ ), as well as a positive correlation between anxiety and externally oriented thinking and the coping strategies Positive Reappraisal ( $r = 0.321$ ), Escape-Avoidance ( $r = 0.315$ ), and Distancing ( $r = 0.307$ ). These findings indicate that the features of reduced insight in phobic anxiety disorders are associated with psychological defense mechanisms such as repression and rationalization, whereby the patient acknowledges the symptoms as a fact but fails to recognize the irrationality of their own cognitive beliefs and behavioral patterns when these are related to a mental disorder.

In the somatoform disorders group (RG2), a significant role of alexithymia in the formation of reduced insight was established. The total alexithymia score (TAS-20) in this group was  $60.69 \pm 5.20$  points, which was 1.57 times higher than the



alexithymia indicators in RG1 ( $38.71 \pm 10.77$  points,  $p < 0.01$ ). Statistically significant correlations were found between the total alexithymia score and each alexithymia subscale ( $p < 0.05$ ), but not between the subscales themselves. Clinically, this may manifest as masked depression (the depression score on HADS-D was significantly higher than in RG1,  $p < 0.01$ ) and hypochondriacal suspiciousness ( $p < 0.05$ ). The most pronounced reduction in insight was observed with respect to the phenomenon of hypochondriacal suspiciousness. The dominant coping strategies were Distancing and Positive Reappraisal ( $p < 0.01$  compared to RG1), which, in combination with a hypochondriacal type of attitude toward illness (18.52% of cases), forms a treatment-resistant system of hypochondriacal beliefs.

Based on the obtained data, a structure of critical self-awareness was developed, consisting of 7 components: cognitive (awareness of the disorder as a fact), mnestic (comparison of the patient's condition in dynamics), prognostic (anticipation of deterioration), autoscopic (identification of ego-dystonic anomalies), introjective (trust in expert opinion), emotive (differentiation of emotions from somatic sensations), and empirical (awareness of social consequences). The critical self-awareness questionnaire developed on this basis demonstrated high reliability (Cronbach's alpha  $> 0.7$  for all scales). The study using this questionnaire revealed that the level of insight in RG2 prior to psychocorrection was significantly lower ( $83.37 \pm 9.29$  points) than in RG1 ( $95.04 \pm 20.98$  points;  $p < 0.05$ ).

The developed 8-week psychocorrection system, differentiated according to the reduced insight profile, was implemented. In the groups receiving modified psychocorrection (RG1.1 and RG2.1), a statistically significant ( $p < 0.01$ ) decrease in levels of anxiety, depression, and alexithymia was found, along with a significant increase ( $p < 0.01$ ) in the total critical self-awareness score ( $116.50 \pm 5.70$  in RG1.1 and  $110.15 \pm 4.72$  in RG2.1).

These results indicate a substantial transformation of adaptive mechanisms: patients underwent a shift from maladaptive coping strategies (Distancing, Escape-Avoidance) to constructive ones (Planful Problem-Solving, Accepting Responsibility;  $p < 0.01$ ). A key outcome was a significant ( $p < 0.05$ ) increase in the proportion of



patients with a harmonious type of attitude toward illness: from 4.17% to 37.5% in the phobic anxiety disorders group, and from 3.70% to 25.9% in the somatoform disorders group. In contrast, the control subgroups (RG1.2, RG2.2), which received standard psychocorrection, showed no such structural changes in attitude toward illness or in the level of insight, confirming the necessity of purposeful targeted intervention to correct reduced insight.

Scientific novelty of the work. This study is the first determined the phenomenological structure of reduced insight in outpatients with phobic anxiety and somatoform disorders, and demonstrated its selective and disorder-specific character: in outpatients with phobic anxiety disorders, reduced insight is associated with externally oriented thinking and avoidance behavior, whereas in outpatients with somatoform disorders it is associated with alexithymia and hypochondriacal suspiciousness.

For the first time, the correlational relationships between clinical-psychopathological, psychometric, and personality characteristics associated with reduced insight in phobic anxiety and somatoform disorders were studied. It determined that a high level of alexithymia and reliance on maladaptive coping strategies (Distancing, Positive Reappraisal) are important factors associated with reduced insight.

This work also presents the first systematic identification of risk factors for the development of reduced insight in outpatients with phobic anxiety and somatoform disorders, including disharmonious types of attitude toward illness - specifically the hypochondriacal and anosognosic types - specific character accentuations (anxious type for phobic anxiety disorders in RG1; demonstrative and stuck types for somatoform disorders in RG2), and a high level of alexithymia.

A theoretical model of critical self-awareness was developed for the first time, enabling the assessment of reduced insight in phobic anxiety and somatoform disorders. Critical self-awareness according to this model consists of 7 components (cognitive, mnestic, prognostic, autoscopic, introjective, emotive, empirical). Building on this model, a new psychometric instrument - the Critical Self-Awareness



Scale - was created and tested; its application allows for the quantitative evaluation of the insight level and yields data on the individual characteristics of reduced insight.

A system of modified psychocorrection was scientifically justified, developed, and tested for the first time; it is based on the restoration of the most impaired components of critical self-awareness and the targeted correction of reduced insight. This approach resulted in a significant improvement in patients' condition and facilitated the formation of a harmonious attitude toward illness and adherence to consistent treatment of mental disorders.

**Practical significance of the obtained results.** The study formulates the specific features and differences in reduced insight in outpatients with phobic anxiety and somatoform disorders, enabling the determination of the significance of clinical-anamnestic factors in the development of reduced insight and the impact of reduced insight on the severity of the illness course and treatment effectiveness. The clinical-phenomenological structure of reduced insight was determined, allowing for the identification of symptoms toward which insight is most markedly reduced. A psychometric questionnaire was developed that enables the measurement and qualitative characterization of reduced insight according to 7 components of critical self-awareness. An 8-week psychocorrection program was developed for patients with somatoform and phobic anxiety disorders presenting with reduced insight into their mental state; the program consists of two stages: the first (diagnostic) stage, during which the degree of reduced insight is determined along with symptoms exhibiting reduced and preserved insight and the significant psychopathological features of the patient's critical self-awareness; and the second stage, during which the correction of impaired components of critical self-awareness is carried out by engaging the preserved components, and reduced insight into individual phenomena is specifically addressed.

The results of the scientific work have been implemented into the clinical practice of healthcare institutions. The obtained scientific data are used in the educational process at the Department of Psychiatry, Psychotherapy, and Medical Psychology of Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University.



6064616954437152

**Publications of research results.** The results of the dissertation research are reflected in 11 publications: 5 articles in professional publications, including 2 articles in journals included in the Scopus and Web of Science databases, and 6 abstracts in the materials of scientific and practical conferences.

**Keywords:** *alexithymia, depression, depressive disorders, reduction of criticality, cognitive functions, psychiatry, mental health, mental disorders, anxiety-phobic disorders, psychotherapy, somatoform disorders, fear, anxiety, anxiety disorders, quality of life.*



## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ НА ТЕМУ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Хоміцький М. Є., Кондратенко М. Ю. Характеристики особистісного профілю хворих на соматоформний і тривожно-фобічний розлади з явищами зниження критичності. *Запорізький медичний журнал*. 2023. Т. 25, №3(138). С. 215-219. URL: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2023.3.265368>. (Хоміцький М.Є. – редагування та фінальне затвердження рукопису. Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)
2. Хоміцький М. Є., Кондратенко М. Ю. Відмінності в стратегіях подолання стресових ситуацій у хворих на соматоформний та тривожно-фобічний розлади з явищами зниження критичності. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2023. № 1. С. 58-69. URL: <https://doi.org/10.37321/UJMH.2023.1-07>. (Хоміцький М.Є. – редагування та фінальне затвердження рукопису. Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)
3. Хоміцький М. Є., Кондратенко М. Ю. Структурні відмінності внутрішньої картини хвороби та їх зв'язок з дискритичністю при тривожно-фобічному та соматоформному розладах. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, № 3. С. 117-123. URL: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is3-2023-20>. (Хоміцький М.Є. – редагування та фінальне затвердження рукопису. Кондратенко М.Ю. – збір матеріалу, його аналіз та статистична обробка)
4. Кондратенко М. Ю., Городокін А. Д., Шевченко Н. Ф., Столяренко А. М., Дьома І. С. Підходи до оцінювання структури та феноменології критичного усвідомлення у контексті непсихотичних психічних розладів. *Сучасні медичні технології*. 2024. Т. 16, №2 (61). С. 105-114. URL: <https://doi.org/10.14739/mmt.2024.2.301739>. (Кондратенко М.Ю. – концепція роботи, збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка, інтерпретація даних, написання рукопису. Городокін А.Д. – статистична обробка та інтерпретація даних. Шевченко Н.Ф. – редагування та фінальне



*затвердження рукопису. Столяренко А.М. – остаточне редагування та фінальне затвердження рукопису. Дьома І.С. – редагування рукопису)*

5. Кондратенко М. Ю., Хоміцький М. Є. Застосування психокорекційного втручання у пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами зі зниженням критичності. *Український вісник психоневрології*. 2025. Т. 33, вип. 4 (125). С. 82-91. URL: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is4-2025-11> (Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка. Хоміцький М.Є. – редагування та фінальне затвердження рукопису.)

6. Кондратенко М. Ю. Клініко-анамнестична характеристика пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами в залежності від наявності анозогнозії та рівня алекситимії. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації* : тези доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю молодих вчених та студентів (м. Запоріжжя, 15-16 квіт. 2021 р.). Запоріжжя, ЗДМУ, 2021. С. 56-57. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/14508> (Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка, фінальне завершення рукопису)

7. Кондратенко М. Ю. Клінічне наповнення поняття «анозогнозії» в медичній практиці мат. *XV Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю Актуальні питання клінічної медицини* : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю молодих вчених та студентів (м. Запоріжжя, 19 листопада 2021 р.). Запоріжжя, ЗМАПО, 2021. С. 116-118. URL: <https://www.researchgate.net/publication/356879531>. (Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка, фінальне завершення рукопису)

8. Кондратенко М. Ю. Психопатологічна структура алекситимії при тривожно-фобічних та соматоформних розладах. *Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки* : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених (м. Запоріжжя, 4 лют. 2022 р.). Запоріжжя, ЗДМУ, 2022. С. 13-14. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/16350> (Кондратенко М.Ю.



– збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка, фінальне завершення рукопису)

9. Хоміцький М. Є., Кондратенко М. Ю. Особистісний профіль та особливості зниження критичності у хворих на соматоформний та тривожно-фобічний розлади. *XVI Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю Актуальні питання клінічної медицини* : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конференції молодих вчених (м. Запоріжжя, 24-25 листопада 2022 р.). Запоріжжя, ЗМАПО, 2022. С. 204-205. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/18731> (Хоміцький М.Є. – редагування та фінальне затвердження рукопису. Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

10. Кондратенко М. Ю. Особливості копінг-стратегій у хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади з порушенням критики до свого стану. *Актуальні питання сучасної медицини та фармації* : тези доповідей 83 Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів з міжнар. участю (м. Запоріжжя, 25-26 травня 2023р.) Запоріжжя, ЗДМФУ, 2023. С. 14-15. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/19116/1/%d1%8114-15.pdf> (Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка, фінальне завершення рукопису)

11. Кондратенко М. Ю. Актуальність психокорекції, модифікованої з урахуванням зниження критичності у осіб з тривожно-фобічними та соматоформним розладами. *Актуальні питання сучасної медицини та фармації* : тези доповідей 85 Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів з міжнар. участю (м. Запоріжжя, 15-16 травня 2025р.). Запоріжжя, ЗДМФУ, 2025. С. 60. URL: [https://mphu.edu.ua/upload/files/250521\\_zb\\_c.pdf](https://mphu.edu.ua/upload/files/250521_zb_c.pdf) (Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка, фінальне завершення рукопису)



## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ТЕРМІНІВ І УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ .....	22
ВСТУП .....	23
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ КРИТИКИ ДО ВЛАСНОГО ПСИХІЧНОГО СТАНУ ПРИ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ ТА СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ .....	29
1.1 Формування сучасних уявлень про зниження критичності до власного психічного стану при тривожно-фобічних розладах, соматоформних розладах та в цілому при розладах, які не супроводжуються психотичною симптоматикою .....	29
1.2 Актуальність проблеми зниження критичності у осіб з тривожно-фобічними розладами .....	37
1.3 Актуальність проблеми зниження критичності при соматоформних розладах .....	43
1.5 Актуальні уявлення про лікування пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами зі зниженням критичності .....	49
1.6 Зниження критичності як актуальна практична та наукова проблема в психіатрії .....	55
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	59
2.1 Контингент дослідження .....	59
2.2 Методи дослідження .....	63
2.3 Етапи дослідження .....	72
РОЗДІЛ 3 КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ЗНИЖЕННЯ КРИТИЧНОСТІ ПРИ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ ТА СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ .....	75
3.1 Кількісне відображення клінічних характеристик зниження критичності до окремих феноменів.....	82
3.2 Відмінності рівня ЗК щодо окремих феноменів між групами тривожно-фобічних та соматоформних розладів.....	89
3.3 Аналіз особистісних акцентуацій у осіб з тривожно-фобічними та соматоформним розладами за методикою Леонгарда-Шмішека .....	91



6064616954437150

РОЗДІЛ 4 ПСИХОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ У ОСІБ З ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	96
4.1 Показники тривоги та депресії у групах дослідження за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії».....	96
4.2 Показники алекситимії у групах дослідження за методикою «Торонтська шкала алекситимії» .....	97
4.3 Дослідження копінг-поведінки у групах дослідження.....	98
4.4 Кореляції психометричних та демографічних показників у групах дослідження .....	101
4.3 Особливості типів ставлення до хвороби у осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами .....	105
РОЗДІЛ 5 ІНТЕГРОВАНА ОЦІНКА РІВНЯ КРИТИЧНОГО САМОУСВІДОМЛЕННЯ ТА ЇЇ ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗНИЖЕННЯ КРИТИЧНОСТІ У ОСІБ З ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	110
РОЗДІЛ 6 СИСТЕМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДЛЯ ОСІБ З ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ, З ВРАХУВАННЯМ ЗНИЖЕННЯ КРИТИЧНОСТІ.....	130
6.1 Загальні принципи системи психокорекції, яка розроблена з врахуванням зниження критичності до психічного стану у осіб з тривожно-фобічним та соматоформним розладами .....	130
6.2 Вектори психокорекційних заходів в програмах психокорекції для осіб з тривожно-фобічними та соматоформним розладами зі зниженням критичності .....	132
6.3 План 8-тижневої психокорекції.....	132
6.4 Порівняння ефективності стандартного психокорекційного втручання з програмою психокорекційних заходів, яка створена з урахуванням зниження критичності у осіб з тривожно-фобічним та соматоформним розладами ....	146
РОЗДІЛ 7 АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	164
ВИСНОВКИ.....	172
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	174
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ .....	176
ДОДАТОК А.....	202



6064616954437151

ДОДАТОК Б Список опублікованих автором праць за темою дисертації ...	209
ДОДАТОК В Відомості про апробацію результатів дисертації .....	212
ДОДАТОК Г Таблиці показників кореляцій досліджених параметрів у групах дослідження за критерієм спірмена.....	213



606461695443715Z

## **ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ТЕРМІНІВ І УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

ГД1 – група дослідження 1

ГД2 – група дослідження 2

ЗК – зниження критичності

МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду.

ПТ – психотерапія

ПК – психокорекція

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale / Госпітальна шкала тривоги та депресії

HADS-A – HADS-Anxiety / Субшкала тривоги

HADS-D – HADS-Depression / Субшкала депресії

TAS-20 – Toronto Alexithymia Scale-20 / Торонтська шкала алекситимії

TAS-DDF – Difficulty Describing Feelings / Важкість опису почуттів

TAS-DIF – Difficulty Identifying Feelings / Важкість ідентифікації почуттів

TAS-EOT – Externally Oriented Thinking / Екстернально-орієнтоване мислення

LCS (WCQ) – Lazarus Coping Scale (Ways of Coping Questionnaire) / Копінг-тест Лазаруса (Опитувальник «Шляхи Копінгу»)



## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Зниження критичності (ЗК) при психічних розладах є важливою медико-соціальною проблемою, яка активно вивчається. Проте більшість досліджень з цієї теми висвітлюють проблему ЗК при психотичних розладах, деменціях та адиктивній патології [66, 68, 71, 108, 133].

Проблема ЗК при тривожно-фобічних та соматоформних розладах, а також, загалом при психічних розладах невротичного рівня, залишається вивченою недостатньо. Це може бути пов'язане з тим, що невротичні розлади сприймаються дослідниками як такі, що не характеризуються деформацією сприйняття пацієнтами свого захворювання. Разом з тим, дослідження останніх років показали хибність такого сприйняття і свідчать про актуальність проблеми ЗК у осіб з невротичними розладами та його негативний вплив на перебіг та прогноз захворювання, особистість, моделі поведінки [93, 31, 42].

Значення проблеми ЗК у осіб з тривожно-фобічними та соматоформним розладами обумовлене в тому числі значною поширеністю цих розладів. Поширеність тривожно-фобічних розладів у дорослих, за даними сучасної літератури складає 7,4-19,4 % [79, 21, 33]. В більшості випадків, перші прояви тривожно-фобічної симптоматики стають помітними у дитячому віці, у перші роки навчання в школі. Більшість пацієнтів звертаються за допомогою вже в дорослому віці. Поширеність соматоформних розладів, за різними дослідженнями серед дорослого населення, складає до 19,1 % протягом 5 років [153, 185, 196, 27]. Серед людей, які звертаються до лікарів загальної практики та спостерігаються з приводу хронічних соматичних симптомів, поширеність соматоформних розладів складає до 25 % [91, 116].

ЗК як при тривожно-фобічних так і соматоформних розладах, за даними деяких авторів, має значний вплив на стан пацієнтів, але в дослідженнях на цю тему, майже не приділялася увага закономірностям ЗК у осіб з цими розладами



та вплив супутніх факторів на усвідомлення власного психічного стану [81, 84, 94, 104, 116, 134].

Аналіз концепцій, які описують проблематику ЗК, демонструє дискурсивну гетерогенність та очевидну фрагментарність. На нашу думку, проблема аналізу ЗК при вище вказаних розладах потребує системного вивчення структури, психічної феноменології та вивчення критики до окремих симптомів. Це передбачає систематизацію та дескрипцію всіх явищ, які можуть мати відношення до ЗК, а також, з клініко-прагматичних позицій, розробки інструментарію для вивчення індивідуального профілю ЗК з метою вибору конгруентної моделі ПК [108, 137, 28].

Тематика робіт, в яких підіймається тема ЗК при невротичних розладах, пов'язана з алекситимією. В сучасній літературі алекситимія вивчається в контексті її впливу на стан пацієнтів та ефективність психотерапії (ПТ) або психокорекції (ПК). Однак алекситимія, не зважаючи на наявність актуальних досліджень, недостатньо вивчена в контексті ЗК [84, 99, 103, 108, 175]. Також недостатньо вивчена проблема психодіагностики та психометрії ЗК. Серед опитувальників діагностики ЗК, випробувані методики, призначені для оцінки ЗК при хворобі Альцгеймера та опитувальники, орієнтовані на суто неврологічну симптоматику [151].

Критика до власного психічного стану важлива для ефективної ПК через те, що ефективність лікування значною мірою залежить від якості терапевтичного альянсу, передумовою якого є узгоджене розуміння цілей ПК та розуміння пацієнтом зв'язку між скаргами та психічним станом [72, 152, 6].

Таким чином, дані з літератури вказують на актуальність питання оптимізації діагностичних підходів при тривожно-фобічних та соматоформних розладах та розробки більш точних методик оцінки ЗК у осіб зі вказаними розладами. Також актуальною є адаптація схем ПК для осіб зі ЗК при тривожно-фобічних та соматоформних розладах.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота відповідає НДР кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології



Запорізького державного медико-фармацевтичного університету МОЗ України. Дослідження виконано згідно з планом НДР «Коморбідність психічної та іншої патології» (№ держреєстрації 0117U006966) та НДР «Патопластика психічних захворювань» (№ держреєстрації 0122U200819).

**Мета дослідження** – підвищення ефективності лікування та покращення якості життя осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами з явищем зниження критичності, шляхом комплексного вивчення клінічних особливостей та механізмів розвитку зниження критичності та розробки модифікованої програми психокорекції.

Для реалізації поставленої мети було сформовано наступні задачі:

- 1) Встановити клініко-анамнестичні характеристики хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади з явищами ЗК.
- 2) Провести аналіз клініко-психопатологічних та особистісних характеристик хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади з явищами ЗК.
- 3) Виявити основні фактори ризику розвитку ЗК та визначити прогностичні критерії розвитку ЗК у хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади.
- 4) Розробити та апробувати діагностичну модель виявлення ЗК та його якісних та кількісних характеристик при тривожно-фобічних та соматоформних розладах.
- 5) Розробити типоспецифічну систему ПК у хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади з явищами ЗК та провести її апробацію.

**Об'єкт дослідження** – зниження критичності до власного психічного стану у хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади.

**Предмет дослідження** – структурно-динамічні характеристики, клінічні відмінності, когнітивні особливості, можливості діагностики та психокорекції зниження критичності у осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами.



**Методи дослідження:** клініко-психопатологічний, психометричний та статистичний методи з використанням непараметричних критеріїв обробки даних із застосуванням пакету програм Statistica.

### **Наукова новизна одержаних результатів**

*Вперше* встановлено клініко-психологічні характеристики, особливості та відмінності пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами у контексті ЗК.

*Вперше* виявлено клініко-анамнестичні та патопсихологічні кореляції між тривогою, депресією, стратегіями подолання стресових ситуацій, ставлення пацієнтів до хвороби, алекситимією. Досліджено особливості та відмінності цих показників при тривожно-фобічних та соматоформних розладах.

*Вперше* визначено структуру ЗК при тривожно-фобічних та соматоформних розладах за 7 компонентами (когнітивний, мнестичний, прогностичний, аутоскопичний, інтроєктний, емотивний, емпіричний).

*Вперше* у психокорекційному ракурсі опрацьовано клініко-психофеноменологічну структуру ЗК при тривожно-фобічних та соматоформних розладах.

*Вперше* розроблено, апробовано та впроваджено в практику схему ПК, яка адаптована для пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами, у яких є ЗК щодо власного психічного стану.

### **Практична значущість одержаних результатів**

Було встановлено клінічні та патопсихологічні особливості, які асоційовані зі ЗК у осіб з тривожно-фобічними та соматоформним розладами. Виявлено спільні особливості та відмінності проявів, структури та динаміки ЗК при тривожно-фобічних та соматоформних розладах. Це дозволяє більш точно виявляти ЗК у осіб зі вказаними розладами та враховувати фактор ЗК в терапевтичних та профілактичних рекомендаціях.

Спираючись на виявлені клінічні, анамнестичні, патопсихологічні та психофеноменологічні характеристики, розроблено діагностичний опитувальник для оцінки тяжкості та якісні особливості ЗК.



Розроблено модифіковану програму ПК для осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами, в якій враховано вплив ЗК. Програма розрахована на 8 тижнів і дозволяє проведення в амбулаторних умовах. Це дозволяє підвищити ефективність ПК та якість життя пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами.

Результати наукових досліджень, викладених у дисертації впроваджені в практику КНП «Запорізький обласний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб» ЗОР, КНП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги м. Берегова» Закарпатської Обласної Ради, КНП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня» ДОР.

Результати дисертаційної роботи впроваджено у навчальний процес та наукову роботу кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології ЗДМФУ; кафедри психіатрії та військової медицини Луганського державного медичного університету; кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ПДМУ; кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ДДМУ.

**Особистий внесок здобувача.** Особисто здобувачем було проведено патентний пошук, глибина пошуку 2009-2019 р. Проведено огляд, аналіз та узагальнення спеціальної літератури, виданої з 1899 по 2025 р. Більшість вивченої літератури опублікована пізніше 2017 року. Автором самостійно обстежено осіб з контингенту дослідження, проведено усі клінічні та психометричні дослідження, зібрано первинні дані. Проведено статистичний аналіз, узагальнено результати, встановлено закономірності. Безпосередньо здобувачем написані усі розділи дисертації, сформульовано висновки та практичні пропозиції. Дисертант у своїй роботі використовував інструмент ШІ Claude Sonnet 4.5 з метою стилістичного оформлення тексту. Здобувачу належить основна роль у підготовці наукових публікацій та виступах з доповідями на конференціях.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення роботи доповідалися та обговорювалися на засіданнях кафедри психіатрії,



психотерапії та медичної психології ЗДМФУ, та науково-практичних конференціях:

Науково-практичній конференції з міжнародною участю молодих вчених та студентів «Актуальні питання сучасної медицини і фармації» (м. Запоріжжя, 15–16 квітня 2021 р.); XV Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених з міжнародною участю (м. Запоріжжя, 19 листопада 2021 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів та молодих вчених «Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки» (м. Запоріжжя, 4 лютого 2022 р.); XVI Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених «Актуальні питання клінічної медицини» (м. Запоріжжя, 24–25 листопада 2022 р.); 83-ій Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної медицини та фармації» (м. Запоріжжя, 25–26 травня 2023 р.); 85-ій Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної медицини та фармації» (м. Запоріжжя, 15–16 травня 2025 р.).

**Публікації.** Результати відображено у 11 публікаціях, із них 5 статей, серед яких 5 статей – у фахових наукових виданнях України, в тому числі 1 стаття в журналі категорії А, що індексується наукометричною базою Web of Science, 1 стаття в журналі категорії А, що індексується наукометричною базою Scopus; 6 тез доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 214 (основний зміст – 149 сторінок) сторінках друкованого тексту, складається з анотації, вступу, огляду літератури, матеріалу та методів, 4 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, що містить 197 джерел (45 кирилицею та 152 латиною) та додатків. Робота ілюстрована 26 таблицями та 9 рисунками.



## РОЗДІЛ 1

# СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ЩОДО ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ КРИТИКИ ДО ВЛАСНОГО ПСИХІЧНОГО СТАНУ ПРИ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ ТА СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ

### **1.1 Формування сучасних уявлень про зниження критичності до власного психічного стану при тривожно-фобічних розладах, соматоформних розладах та в цілому при розладах, які не супроводжуються психотичною симптоматикою**

Поняття «критичність» в психіатрії є складним теоретичним конструктом, який охоплює розуміння пацієнтом причини захворювання, усвідомлення необхідності лікування, усвідомлення наслідків погіршення психічного стану, а також емоційні та поведінкові аспекти реагування на симптоми та на зміну стану [100, 182, 195].

Весь комплекс явищ, пов'язаних зі зниженням усвідомлення свого психічного стану пацієнтами далі буде згадуватися під назвою зниження критичності (ЗК), але в літературі використовуються терміни «анозогнозія», «зниження інсайту», «недостатнє усвідомлення». На теперішній час, щодо ЗК відсутні чіткі міждисциплінарні підходи, а також не узгоджена термінологія, яку використовують для опису ЗК. Але ЗК, яке описується як феномен, що існує, але недостатньо вивчений, є актуальною проблемою в психіатрії, психотерапії та медичній психології. [54, 55, 61, 84, 147, 15].

Найбільш вивченими аспектами критичності є ті, які пов'язані зі свідомістю та самоусвідомленням. Так, ЗК в психіатрії в найбільш повній мірі вивчене при психотичних захворюваннях, розладах свідомості та деменціях. Сучасна психіатрія традиційно розглядає ЗК як наднозологічну ознаку станів психотичного рівня, на відміну від психічних розладів непсихотичного рівня [99, 192].



Одне з перших детальних досліджень ЗК було проведено неврологом Г. Антоном у 1899 році у пацієнтів, які втратили зір через патологічні процеси в корі головного мозку. Пацієнти з ЗК заперечували втрату зору, а виникнення об'єктивних труднощів у повсякденному житті пояснювали іншими причинами, наприклад, поганим освітленням, втому, тощо [50, 90, 188, 147]. У 1914 році Ж. Бабінський назвав це явище терміном «анозогнозія». В його роботах була описана відсутність критичності у осіб з лівостороннім геміпарезом, які мали ішемічні пошкодження правої тім'яної частки [52]. Анозогнозія кортикального походження наразі відома як синдром Антона-Бабінського, при цьому синдромі пацієнти, попри значне погіршення функціонування внаслідок випадіння полів зору, повної втрати зору, або геміпарезу, заперечують наявність захворювання та причинні зв'язки між симптомами. Для синдрому Антона-Бабінського характерні, також, конфабуляції, опис неіснуючих предметів при втраті зору, пояснення симптомів та погіршення навичок причинами, не пов'язаними з захворюванням. Деякі автори вважають, що анозогнозія є синдромом порушення кортикальної інтеграції сенсорної інформації, пам'яті та свідомості. Частіше за все, анозогнозія асоційована з ушкодженнями правої півкулі головного мозку [147].

Виявлено зв'язок ЗК з нейрокогнітивним дефіцитом та розладами виконавчих функцій, при шизофренії, хворобі Альцгеймера, алкогольної залежності [71, 133, 155, 165, 172, 188, 190]. ЗК у осіб з захворюваннями психотичного рівня значно корелює зі зменшенням об'єму дорсолатеральної префронтальної кори правої півкулі, але, не корелює з аналогічними змінами в лівій півкулі [60, 88]. ЗК при хворобі Альцгеймера корелює з лобною дисфункцією, швидкістю прогресування, підвищує вартість лікування та навантаження на осіб, які доглядають за хворими [62, 129, 165, 172, 177, 147].

Деякі автори вважають, що ЗК, від анозогнозії до відносно збереженого критичного самоусвідомлення при психічних розладах, мають багато спільних механізмів зі ЗК при ушкодженнях мозку [75, 84]. Так, відомо, що у осіб з алкогольною та наркотичною залежністю ЗК корелює з соматоневрологічними



наслідками вживання алкоголю або психоактивних речовин [137, 22]. Але ці результати підтверджені не всіма авторами. Наявні дослідження, в яких подібний зв'язок не зафіксований [59, 180].

P. Vannini та співавтори опублікували результати дослідження ЗК у осіб з легким когнітивним зниженнями. За допомогою позитронно-емісійної томографії, функціональної магнітної резонансної томографії та стандартизованих діагностичних опитувальників досліджено стан 31 пацієнта з когнітивним дефіцитом без інсультів в анамнезі. Виявлено, що рівень критики до стану своєї пам'яті негативно корелює з балами за MMSE. На думку авторів, існує тісний зв'язок між ступенем ЗК та когнітивним зниженням. У дослідженні також виявлено, що ЗК до розладів пам'яті пов'язане зі зниженням метаболізму глюкози, у гіпокампі, парагіпокампі та правій скроневій долі [180]. J. Theriault зі співавторами, досліджували усвідомлення власного стану та особливості метаболізму у головному мозку серед 486 пацієнтів з ознаками легкого когнітивного зниження. Вони виявили зниження поглинення фтордезоксиглюкози в задній поясній звинині, базальній частині переднього мозку зліва, медіальних скроневих частках з обох сторін та правій боковій скроневій частці. Вказані результати були асоційовані з когнітивним зниженням та ЗК. У обстежених пацієнтів, наявність ЗК виявилась самостійним фактором, асоційованим з розвитком деменції. Серед пацієнтів з клінічно значним ЗК в наступні 2 роки спостереження було виявлено в 3 рази більшу частоту розвитку деменції, порівняно з особами без значного ЗК [172].

ЗК при шизофренії є феноменом, який детермінує взаємодію пацієнта з медичним персоналом та комплаєнс при підтримуючій терапії та реабілітації [71, 133, 182]. В огляді літератури P. H. Lysaker зі співавторами підкреслюють складність проблематики ЗК у осіб з шизофренією. Розглядаючи зв'язок ЗК з поведінкою, настроєм та якістю життя пацієнтів, автори аналізують значення різноманітних факторів для розвитку ЗК. Так ступінь ЗК була прямо пов'язана з рівнем позитивної психотичної симптоматики, тривалістю періоду між початком проявів захворювання до початку лікування, зниженим об'ємом сірої



речовини у фронтальній корі, порушенням виконавчих функцій, пам'яті та уваги, а також з труднощами у розумінні намірів інших людей. Автори обговорюють існуючі підходи до корекції критичного ставлення, що відкриває перспективи для вдосконалення програм реабілітації осіб з шизофренією [123].

Роль когнітивних функцій у формуванні критичності є предметом активних досліджень, оскільки сучасна психіатрія оцінює цей аспект як важливе завдання. Метааналіз, проведений А. Naig та співавторами, підтвердив значний взаємозв'язок між когнітивними, зокрема виконавчими, функціями та різновидами критики при психотичних розладах [133]. Цей зв'язок вказує на потенційний вплив когнітивного дефіциту на самооцінку пацієнтами власного стану. Відповідно, когнітивні функції можуть бути поліпшені через терапевтичні втручання та опосередковано підвищувати рівень критики [132, 155]. Але також, за даними деяких авторів, ЗК може бути частково обумовлене психологічними захисними механізмами та преморбідними особистісними рисами [157, 178, 182].

Вираженість ЗК при депресивних розладах пов'язана з рівнем депресивної симптоматики. Дослідження Н. Не та співавторів, а також, робота Herdi O. та Berksun O. E. підтверджують цей зв'язок, підкреслюючи важливість оцінки критичності при обстеженні та лікуванні осіб з афективними розладами [96, 97, 146, 192, 26].

Незважаючи на виявлені анатомічні кореляти, повне пояснення розвитку ЗК залишається мало вивченою проблемою, оскільки, ЗК може виникати у молодому віці при невротичних розладах без органічних змін мозку. Сучасні дані також свідчать, що ЗК при непсихотичних розладах може бути не супутнім феноменом, а проявом основного захворювання, а серед факторів ризику авторами розглядаються стигматизація психічних розладів та інші соціокультурні чинники, які сприяють включенню відповідних психологічних захисних механізмів [84, 104, 113, 184, 188, 32].

У літературі немає єдиної термінології та єдності у понятійному апараті, за якими описується проблематика ЗК при психопатологічному дослідженні,



медико-психологічному консультуванні, дослідженні за допомогою психодіагностичних методик, ПК, ПТ [118, 1, 167, 197, 147, 28]. ЗК описується різними термінами, зокрема «заперечення», «відсутність усвідомлення» та «феномен відчуження хвороби». Поширений в англomовній літературі термін «ілюзія психічного здоров'я» (illusion of mental health – англ.), описаний J. Shedler у 1993 році, позначає заперечення психічних розладів попри явний дистрес та труднощі адаптації, та розглядається як прояв порушення критичного самоусвідомлення [108, 160]. Термін «інсайт» (insight – англ.), яким позначають одномоментне усвідомлення, частіше використовують у контексті психотерапії та психологічного консультування [61, 157].

ЗК у більшості джерел розглянуто, обмежуючись простою констатацією наявності або відсутності критики до свого психічного стану [147]. Поширеною в літературі є трьохкомпонентна модель критичного самоусвідомлення, в якій виділено когнітивний, емоційний, мотиваційно-поведінковий компоненти. Є інший підхід, заснований на властивостях, таких як цілісність, активність, свідомість та вибірковість [95, 3]. Автори виділяють клінічний та когнітивний «інсайт», що дозволяє розглядати щонайменше два типи критичного самоусвідомлення. Порушення клінічного «інсайту» асоціюється зі зменшенням кількості повідомлень про симптоми, вказуючи на нижчий рівень усвідомлення проблеми. Водночас, порушення клінічної інтуїції та загальне когнітивне розуміння з саморефлексією позитивно пов'язані з негативними метакогнітивними переконаннями [56, 59, 63, 69, 93].

Дискурс про небінарність рівнів збереженості психіки тісно пов'язаний з теоретичними моделями критичного самоусвідомлення. Крім невротичного та психотичного рівнів, описано також парапсихотичний – де порушення критики зумовлені розладами пам'яті та когнітивним дефіцитом [42]. У психіатрії та психотерапії, особливо при соматоформних та тривожно-фобічних розладах, центральне місце посідає алекситимія. Цей конструкт, описаний P. E. Sifneos, характеризується труднощами в ідентифікації та вербалізації емоцій, збідненням фантазії та переважанням конкретного способу мислення [161].



Найпоширенішим та найбільш випробуваним діагностичним інструментом є Торонтська шкала алекситимії (TAS-20), розроблена R. M. Bagby та співавторами [53]. Цей інструмент став еталонним, демонструючи високу конвергентну, дискримінантну та конкурентну валідність, що підтверджує його надійність у вимірюванні даного конструкту. P. Duquette наголошує на значущості алекситимії у контексті психотерапевтичної оцінки та лікування, розглядаючи її як фактор, що впливає на динаміку терапевтичного процесу [76]. С. Catrone акцентує увагу на ролі алекситимії в інтегрованому підході до лікування психосоматичних симптомів та розладів самості, що свідчить про її фундаментальне значення в психопатології [63].

Незважаючи на широке застосування психометричних шкал, таких як Торонтська шкала алекситимії (TAS-20), існують зауваження щодо їх діагностичної вичерпності. Т. Suslow та співавтори пропонують розробку об'єктивних методів оцінки алекситимії, таких як аналіз мовленнєвих патернів та перцептивних завдань [169]. Питання природи алекситимії, чи є алекситимія стабільною рисою особистості чи тимчасовим станом залишається дискусійним [30, 31]. F. Martínez-Sánchez зі співавторами дійшли висновку, що алекситимія є доволі стабільним показником, тому доречно розглядати її як індивідуальну властивість психіки [126]. E. S. Martínez-Velázquez зі співавторами досліджували реактивність вегетативної нервової системи на емоційно значущі стимули в осіб з алекситимією, виявивши змінені патерни реакцій, що вказує на нейробіологічні основи цього феномену [127]. З алекситимією корелює низька інтероцептивна чутливість, що вказує на важливість тілесної самосвідомості для емоційної регуляції [107, 122, 143].

Ще одним напрямком вивчення критичності при психічних розладах, є метакогнітивні теорії. Цими теоріями пояснюються метакогніції, тобто думки про власні думки та когнітивні процеси [54, 56, 93]. Серед метакогніцій розрізняють експліцитне та імпліцитне метакогнітивне знання (переконання та припущення з приводу свого мислення), метакогнітивні переживання (ситуаційні оцінки почуття щодо свого ментального статусу) та метакогнітивні



стратегії (реакції, які контролюють та змінюють поведінку під дією емоційних та когнітивних процесів) [108, 135, 168, 191, 82, 186]. Дисфункціональні метакогнітивні переконання є трансдіагностичним фактором, який присутній при широкому спектрі психопатологій, включаючи тривожні розлади, як зазначають Х. Sun та співавтори, ці переконання, такі як неконтрольованість або надмірне значення думок, суттєво перешкоджають адекватній оцінці пацієнтами свого стану, ускладнюючи усвідомлення проблем [168]. Робота з метакогніціями важлива для стійкої зміни дисфункціонального мислення, оскільки дозволяє пацієнтам змінити ставлення до власних думок [56].

Саморефлексія відображає здатність дистанціюватися від власних думок, об'єктивно їх аналізувати та розглядати альтернативні точки зору, що сприяє усвідомленню можливої неточності переконань. Натомість, самовпевненість показує ступінь переконаності особи в правильності своїх суджень. Цей показник корелює з низьким рівнем критики [57, 61].

Щодо теоретичного пояснення ЗК, виділяють дію психологічних захисних механізмів, таких як заперечення (відмова визнавати очевидні факти або емоції) та витіснення (активне забування травматичних або неприйнятних думок та почуттів). Ці механізми, хоча й можуть забезпечувати тимчасове полегшення, часто перешкоджають усвідомленню проблеми. Крім того, значну роль відіграють когнітивні систематичні помилки – катастрофізація, чорно-біле мислення, персоналізація та інші [27, 163]. Актуальна концепція «копінг-стратегій» – теорія вибору поведінкових стратегій для подолання стресових ситуацій. S. Folkman та R. Lazarus розробили Опитувальник способів подолання (Ways of Coping Questionnaire – англ.). Хоча цей інструмент не вимірює критику безпосередньо, він допомагає зрозуміти адаптивні та дезадаптивні копінг-стратегії, які використовують пацієнти [83, 142, 149, 170, 173].

В деяких дослідженнях виявлено, що суб'єкти, схильні до саморефлексії, схильні надавати своїй хворобі більшої, або ж навпаки, нижчої соціальної значимості, ніж люди з середньою рефлексією. Отже, саморефлексія та сформованість метакогнітивних процесів виступають медіаторами того, яким



чином люди формують уявлення про хворобу та її роль у соціальній сфері [1, 84, 24]. Робота В. О. Волошиної та Т.А. Довгалюк продемонструвала, що саморефлексія та рівень сформованості метакогнітивних процесів є значущими медіаторами у формуванні уявлень про хворобу та її роль у соціальній сфері, коли пацієнти, надають своїй хворобі або надзвичайно високу, або навпаки, занижену соціальну значущість, порівняно з особами із середнім рівнем рефлексії [3]. В. В. Огоренко та А. В. Шорніков зазначають, що розуміння психосоматичних станів вимагає врахування не лише біологічних, а й психологічних та соціальних факторів, де особистісні особливості, включно з рефлексією та метакогніціями, відіграють важливу роль [23].

При неспсихотичних розладах (депресивні розлади, обсесивно-компульсивний розлад, розлади харчової поведінки) також поширене зниження критики [72, 84, 120, 1, 157, 197]. При обсесивно-компульсивному та соціальному тривожному розладах виявлено, що пацієнти з низьким інсайтом менш депресивні, проте, менш прихильні до лікування через ЗК [155, 181]. ЗК різного ступеня, аж до повної відсутності критики, описана при депресіях (до яких було включено депресивні розлади синдромального рівня) [112, 192], соціальних фобіях [181], специфічних фобічних розладах [128, 153], розладах харчової поведінки [109, 1].



## **1.2 Актуальність проблеми зниження критичності у осіб з тривожно-фобічними розладами**

Тривожно-фобічні розлади (далі після назв розладів наводиться їх шифр за МКХ-10) розглядаються як група станів, провідним проявом яких є ірраціональний страх, який пов'язаний з конкретними зовнішніми стимулами. Агорафобія (F40.0) характеризується інтенсивним побоюванням відкритого простору, скупчення людей або місць, з яких важко швидко вийти, що змушує пацієнтів обмежувати свої пересування та уникати самостійних подорожей. Соціальні фобії (F40.1) проявляються вираженим страхом опинитися в центрі уваги або зазнати приниження внаслідок оціночних суджень оточуючих під час професійної або міжособистісної активності. Специфічні фобії (F40.2) мають найбільш ізольований характер і пов'язані з конкретними ізольованими об'єктами, такими як певні тварини, висота, гроза або медичні втручання. Незважаючи на інтелектуальне усвідомлення безпідставності страху, безпосередній контакт із тригером викликає у пацієнта афективну напругу. За даними сучасної літератури, тривожно-фобічні розлади виникають у 7,4-14 % осіб віком від 14 до 65 років [21, 33]. Виникнення тривожно-фобічного розладу можливе у дорослих пацієнтів будь-якого віку, але, за даними багатьох авторів, у більшості пацієнтів поява тривожно-фобічної симптоматики припадає на ранній шкільний вік [153, 185, 196]. Проте, деякі автори помічають значні розбіжності у епідеміологічних даних, наприклад К. Fares та співавтори вказують, що поширеність соціальної фобії в Лівані складає, за різними оцінками, 1,9-19,4 %, тобто розбіжність між різними даними більше ніж 10 разів [79]. Велика розбіжність у епідеміологічних даних пов'язана з недостатньою діагностикою та різними ступенями вивченості окремих тривожно-фобічних розладів. Специфічні фобії, на думку авторів, вивчені недостатньо [77, 87, 196, 39].



Інформація щодо поширеності та демографічних особливостей при специфічних фобічних розладах має значні розбіжності, і також, не надається у контексті та порівнянні з іншими тривожно-фобічними розладами. За літературними даними відомо, що захворюваність на специфічні фобії становить 3-15 % протягом життя, серед специфічних фобій переважають фобії, пов'язані з висотою (акрофобія) та тваринами (зоофобії) [77, 39]. Специфічні фобії можуть зберігатися тривалий час. За даними авторів, серед осіб старше 65 років поширеність специфічних фобій складає 12 %, у більшості випадків фобічна симптоматика вперше виникла у молодому та середньому віці [51].

Виникнення тривожно-фобічних розладів можливе у зрілому віці під впливом змін гормонального фону, як виявили D. Y. Lee та співавтори, досліджуючи вплив менопаузального переходу на тривогу, депресію та порушення сну [112]. Масштабні когортні дослідження довели високу коморбідність тривожно-фобічних розладів з іншими психічними розладами та підвищену смертність [145]. Аналіз даних психіатричних реєстрів відображає масштаби проблеми та підвищену схильність до розвитку тривожно-фобічних розладів після стресових подій. Також виявлено значну поширеність депресивної симптоматики при тривожно-фобічних розладах, що ускладнює діагностику та формування терапевтичних стратегій [110]. Дослідження також вивчають зв'язок тривожно-фобічних розладів зі структурною інтеграцією особистості та впливом несприятливого дитячого досвіду [136], а також з дезадаптивними патернами функціонування особистості [73]. Виявлено порушення перцептивної обробки та концептуального пізнання при тривожно-фобічних розладах [141]. A. Halaj та J. D. Huppert виявили значущий кореляційний зв'язок між тривогою та різними специфічними когнітивними та метакогнітивними факторами [94].

Хоча у частини осіб симптоми тривожно-фобічних розладів можуть зникати без спеціалізованого втручання, у 10-30 % випадків вони зберігаються роками або десятиліттями. Ця стійкість клінічних проявів призводить до погіршення соціальної та професійної адаптації, підвищеного ризику



коморбідної психопатології (передусім депресивної) та використання неефективних копінг-стратегій. Отже, клінічна практика вимагає ретельного моніторингу та розробки довгострокових стратегій лікування для пацієнтів із стійкою тривожною симптоматикою [77, 146, 174, 183, 41, 43].

Складнощі у лікуванні тривожно-фобічних розладів призводять до тривалого пошуку ефективних методів та передчасного завершення терапії. Клінічно значуще покращення спостерігається лише у 20-30 % пацієнтів після перших чотирьох візитів; відсутність такого покращення знижує комплаєнтність та сприяє достроковому припиненню лікування [185]. Прогноз при специфічних фобіях варіюється: у пацієнтів з одиничним епізодом у ранньому віці та зі стійким розладом, що починається в старшому віці, можуть спостерігатися загострення протягом усього життя, якщо не будуть розроблені адаптовані програми діагностики та корекції [51, 153].

Виявлено, що симптоматика тривожно-фобічних розладів неодмінно має в своєму складі соматовегетативний компонент. Показовим є дослідження, в якому автори виявили, що найбільш частими симптомами специфічних фобій є сухість у роті, задишка, часте серцебиття при виникенні ситуацій, які виступають тригерами фобії [51].

Проблематика розуміння свого стану при агорафобії, соціальної фобії, специфічних фобіях досліджена недостатньо, в існуючій літературі інформація щодо ЗК при тривожно-фобічних розладах вкрай обмежена [104, 111, 195]. Окремі припущення щодо ЗК при тривожно-фобічних розладах зроблені ще на початку їх вивчення. Так у 1871 році К. Вестфаль детально описав агорафобію. Тоді він зазначав, що нав'язливі страхи – фобії спливають у свідомості людини мимоволі. В основі розвитку нав'язливих страхів він припускав розлад мислення [104]. Як стверджують сучасні дослідники, посиленна установка на сприйняття загрози веде до того, що психіка реагує на деякі стимули до чіткого усвідомлення цих стимулів. Тому замість повноцінного оцінювання ситуації, задіяний механізм автоматичної переробки з провідною роллю емоційних



реакцій. Така форма реагування швидка, не потребує когнітивних зусиль, тому є еволюційно виправданою [189].

Соціальний тривожний розлад або соціальна фобія відрізняється змінами мислення та усвідомлення симптомів, які актуалізуються в момент виникнення ситуацій, пов'язаних з соціальними контактами та ситуаціями оцінювання з боку оточуючих. Поза подібними ситуаціями, пацієнти зберігають критичне ставлення та визнають ірраціональність страхів [157, 1].

Окремі дослідження на контингентах осіб з соціальним тривожним розладом проводилися, спираючись на концепцію «Теорії розуму» (Theory of Mind, ToM. – англ.). Це узагальнена концепція, в рамках якої розглядають всі сучасні моделі сприйняття психічного стану та поведінки інших людей [47, 73, 111, 162]. Наприклад, у осіб з тривожними розладами виявлено дефіцит можливостей аналізувати поведінку інших, що може ускладнювати адекватну інтерпретацію соціальних сигналів, та впливати на критичне ставлення до свого стану, оскільки пацієнти можуть невірно «зчитувати» реакції оточення та приписувати їм негативне ставлення [47]. Зв'язок між страхом негативної оцінки та тривогою соціальної взаємодії та неусвідомленими особистісними рисами також виявлено у деяких дослідженнях [124].

В роботі Н. Nordahl та співавторів підтверджено ключову роль дисфункціональних метакогнітивних переконань (наприклад, переконань щодо неконтрольованості тривожних думок, важливості моніторингу себе та інших) у підтриманні тривожної симптоматики. Це опосередковано вказує на те, як спотворені «думки про думки» можуть перешкоджати критичній оцінці свого стану пацієнтами та навколишніх обставин, в яких вони перебувають [135].

Окремо вивчається алекситимія та значення алекситимії у перебігу психічних розладів. Одним з ключових психологічних конструктів, пов'язаних з розвитком соматоформних розладів та ЗК при них, є алекситимія. Алекситимія це нездатність розпізнавати, диференціювати та вербалізувати власні емоції призводить до того, що емоційний дистрес «соматизується»,



тобто його прояви відбуваються через соматичні, або в більш широкому сенсі – «тілесні» симптоми. Введення поняття алекситимії в широке використання пов'язують з роботами Р. Sifneos, зараз вважається, що алекситимія є однією з рис особистості людини та включає в себе труднощі висловлювати власні почуття, труднощі в розрізненні між психологічними почуттями та тілесними відчуттями, зниженням символізації, фокусуванням на зовнішні події та конкретність мислення [161].

Виявлено зв'язок алекситимії з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, депресією, тривогою та стресом [138]. Зв'язок між алекситимією, проявами соціальної фобії та розладами харчової поведінки виявлено у студентів-спортсменів [58]. У популяційному дослідженні, проведенному К. Fares серед дорослого населення Лівану показали, що алекситимія, поряд з низькою самооцінкою та депресією, є значущим корелятом тяжкості проявів соціального тривожного розладу [79].

Щодо алекситимії існують нові результати, які дають уявлення про певні особливості психіки осіб з цими явищами. Так S. Obeid зі співавторами виявили, що алекситимія негативно корелює з емоційним інтелектом [137]. В роботі L. Albantakis та співавторів продемонстровано, що алекситимічні та аутистичні риси є релевантними для коморбідної депресії та соціальної фобії у дорослих як із розладом аутистичного спектра, так і без аутизму [48]. S. Iannatone та співавтори вивчали прояви алекситимії у підлітків, схильних до способу життя, який дістав назву «хікікоморі». Мова йде про довготривалу самоізоляцію від соціальних контактів поза інтернетом. Авторами виявлено зв'язок вираженості алекситимічних проявів та ступеня схильності до соціальної ізоляції [99].

R. Singh та співавтори, у дослідженні серед підлітків у Непалі виявили, що соціальна підтримка, адекватна регуляція емоцій та практики «усвідомленості» (mindfulness – англ.) пов'язані зі зниженням рівня соціальної тривоги [162].



Автори виявили, що ризиком розвитку соціальної фобії є депресія, емоційне виснаження або фізичні перенавантаження та перевтома від роботи. Не менш значним фактором ризику був факт розлучення [79, 162].

Розвитку соціальних фобій сприяють депресія, емоційне виснаження, перевтома, переживання розлучення. Не сприяють розвитку соціальних фобій – підвищена самооцінка та впевненість в тому, що людина контролює свої відносини з навколишнім світом [79].

ЗК різного ступеня, включно з повною анозогнозією у осіб з соціальним тривожним розладом, за даними авторів може спостерігатися у 29,7 % випадків [181].

Вивчення ціннісних смисложиттєвих орієнтацій показало, що у хворих на тривожно-фобічні та інші невротичні розлади, характерні незадоволеність життям в плані набутого життєвого досвіду, низьке усвідомлення життя в сьогоденні, відсутність цілей на майбутнє. Таким чином помітна недостатня спрямованість на значний проміжок часу. Отже хворі на невротичні розлади схильні сприймати життя дискретно. Також, низькі бали за субшкалами «Локус контролю – Я» та «Локус контролю життя» свідчать про фаталізм та невіру у здатність контролювати події в житті. Вираженість вказаних ознак при тривожно-фобічних розладах більша, ніж при неврастенії [19].

У контексті непсихотичних розладів А. Halaj та J. D. Huppert запропонували нову багатовимірну модель критики – «Модель клінічної критики при непсихотичних розладах» (CINM). Модель складається з трьох компонентів: усвідомлення проблеми (визнання симптомів як проблеми), атрибуцію проблеми (розуміння психологічних причин, а не лише зовнішніх чи соматичних), та усвідомлення необхідності й наслідків лікування (готовність до співпраці та розуміння переваг терапії). Ця модель пропонує диференційований підхід до оцінки ЗК, коли сприйняття реальності формально не порушено, але може бути викривлення інтерпретації симптомів [95, 195].



### **1.3 Актуальність проблеми зниження критичності при соматоформних розладах**

Загальна поширеність соматоформних розладів, за даними літератури, складає 0,1 до 0,5 %. За даними ВООЗ, 25 % людей, які спостерігаються у лікарів, мають клінічні ознаки соматоформних розладів [49, 91, 116].

Серед працездатного населення поширеність соматоформних розладів складає 19,1 % [27]. В австралійському дослідженні, в якому брали участь 10507 дорослих пацієнтів, які відвідували лікарів загальної практики, виявлені симптоми соматизації та іпохондричну симптоматику серед 18,5 % контингенту [66].

ЗК при соматоформній дисфункції серцево-судинної системи виявлена у 30 % пацієнтів, тоді як серед пацієнтів з гіпертонічною хворобою поширеність ЗК до основного захворювання складала 13,8 % [6]. ЗК може сприяти порушенню комплаєнсу та бути причиною пізньої діагностики, що особливо актуально при диференціації кардіальних симптомів від функціональних порушень [89]. Виявлені психологічні кореляти, наприклад, поєднання експлозивності та інертності, можуть бути важливими ознаками, що полегшує оцінку ЗК у осіб з такими рисами [6].

Е. Chinnemawі та співавтори порівнювали показники інвалідизації та порушень окремих функцій при соматоформних розладах та шизофренії. Рівень інвалідності та окремих порушень (міжособистісне спілкування, пересування, участь в суспільному житті) був вище при соматоформних розладах, ніж при шизофренії. Вплив супутніх захворювань був виключений, в обох групах більше 90 % пацієнтів були соматично здорові [65].

Щодо епідеміології психічних розладів, за висновками багатьох авторів, поширеність психічних розладів зростає, але це зростання майже повністю обумовлене розладами непсихотичного рівня. Відбувається зміна типової клінічної картини невротичних розладів. Чиста психопатологічна симптоматика поступається місцем соматизованим симптомам [25]. Збільшення частки



соматизованих симптомів, психовегетативної симптоматики, теж є актуальною тенденцією патоморфозу непсихотичних розладів [20]. Деякі автори звертають увагу, що клінічна картина психічних розладів непсихотичного рівня, особливо при переважанні соматизованої симптоматики все частіше доповнюється ЗК до власного психічного стану [179, 173, 2, 25].

У цьому контексті закономірним є те, що критичне ставлення пацієнта до свого захворювання змінюється в залежності від того, яка симптоматика є домінуючою та суб'єктивно найбільш неприємною для пацієнта в клінічній картині. Звідси у пацієнтів з соматизованою або вегетативною симптоматикою критичне ставлення до свого стану буде модифіковано в сторону часткової критики – соматичні симптоми захворювання будуть розцінюватися як хворобливі, тоді як психічна симптоматика буде ігноруватися, фактично, відбувається формування ЗК [8, 40]. В підсумку, психічні порушення лікарями виявляються лише після вивчення анамнезу та ретельного об'єктивного дослідження [160, 187].

При поясненні проблематики усвідомлення хвороби при соматизації англomовні автори часто посилаються на відому роботу L. J. Kirmayer та J. M. Robbins, які у 1991 році описали три форми соматизації, які зустрічаються в загальній медичній практиці: власне соматизація (множинні незрозумілі соматичні симптоми), іпохондрія (страх наявності захворювань) та психологічне представлення соматичних скарг [105, 158]. Поширеність соматичних симптомів, іпохондрії та психологічного дистресу в загальній практиці залишається досить значною [144].

Згідно з рядом досліджень, наявність іпохондричних явищ свідчить про патологічну інтерпретацію соматичних відчуттів та формування патологічної концепції захворювання, яка має більшу феноменологічну схожість з маячними ідеями, аніж з нав'язливостями. Звертаючись до лікарів, пацієнти шукають підтверджень патологічної концепції. Зазвичай, пацієнти з іпохондричним розладом негативно відносяться до припущень щодо психічної обумовленості їх стану [45].



У роботі S. Fisekovic досліджена поширеність невротичних, соматоформних та стрес-індукованих розладів у Боснії та Герцеговині. Відзначався можливий зв'язок загострення розладів із сезонними та кліматичними факторами [81]. S. Grover та співавтори порівнювали симптоматичні профілі та психологічні кореляти різних видів соматоформних розладів, виявивши як схожість, так і відмінності. Незалежно від виду соматоформних розладів, пацієнти не мали значущих відмінностей у рівнях тривоги, депресії та алекситимії. Всі вони мали схильність до іпохондричної фіксації та сомато-сенсорної ампліфікації, що відображалось на тенденції до соматизованої інтерпретації власного психічного стану [91]. В роботі R. Leutgeb показано, що пацієнти з соматоформним розладами значно частіше звертаються за невідкладною медичною допомогою в неробочий час та мають вищий рівень використання медичних послуг [116]. L. V. Petersen зі співавторами провели аналіз звернень за медичною допомогою в Німеччині, вивчивши історії звернень більше ніж 3,8 мільйонів пацієнтів за 4 роки. Автори виявили, що пацієнти з соматоформним розладами, яких було 9,2 %, частіше зверталися за невідкладною допомогою та зверталися до медичних працівників в неробочий час [158]. E. Chinneimawi та соавтори виявили значний «тягар» (caregiver burden – англ.) та зниження працездатності, пов'язані з соматоформним розладами, у осіб, які доглядають за хворими [65]. A. Sowińska та S. Czachowski при проведенні глибинного психологічного інтерв'ю з пацієнтами, вивчили їх досвід життя з медично незрозумілими симптомами, виявивши роль фрустрації та пошук пацієнтами розуміння серед оточуючих [166].

S. Son та співавтори, у своїй роботі порівнювали стан пацієнтів із депресивними, соматоформними, тривожними та психотичними розладами виявили високі рівні алекситимії у всіх групах, але особливо виражена алекситимія була при соматоформних розладах [165]. T. Tomioka з соавторами дослідили зв'язок між алекситимією та копінг-стратегіями у пацієнтів із соматоформним розладами, показавши, що алекситимія асоційована з використанням копінг-стратегій уникнення, фокусування на



соматичних відчуттях, та в цілому пов'язана з більшою задіяністю неадаптивних копінг-стратегій [165].

При вивченні розпізнавання емоцій за виразом обличчя, рівня тривоги та депресії у осіб з соматизованими симптомами А. Öztürk з соавторами виявили також високі показники алекситимії [140].

В оглядових роботах, наприклад, в роботі D. Freiherr виявлено високу поширеність алекситимії у пацієнтів із соматизаційними труднощами та шумом у вухах, підкреслюючи значення алекситимії у пов'язаному з цим дистресі. Також J. A. Koelen зі співавторами виявили зв'язок між небезпечними стилями прив'язаності (insecure attachment – англ.) та когнітивним компонентом алекситимії у осіб зі значно вираженими соматоформними розладами. Близько 25-27 % пацієнтів, які отримують психотерапевтичну допомогу проявляють ознаки алекситимії [84, 90].

Алекситимія зустрічається і при інших станах, часто коморбідних із соматоформними розладами, або таких, що мають психосоматичний компонент, наприклад, при первинних головних болях у дітей та підлітків, як продемонстровано у дослідженні за участю пацієнтів з мігренню та головним болем напруги [1, 85, 86, 103]. Також, X. Guo та співавтори досліджували характеристики кишкового мікробіому у пацієнтів із коморбідним генералізованим тривожним розладом та функціональними гастроінтестинальними розладами, виявивши кореляцію симптомів з алекситимією та особистісними рисами. Так збільшення відносної чисельності бактерій родів *Fusobacterium* та *Megamonas* корелювало з високим рівнем нейротизму, негативним сприйняттям хвороби, труднощами в ідентифікації та описі почуттів. Збільшена частка *Neomphilus* корелювала з генералізацією тривоги [92].

В роботі E. A. Ogłodek автор виявив підвищений рівень алекситимії у пацієнтів з тривожними розладами, коморбідними з рецидивуючою кропив'янкою [139]. F. C. Celikel та O. Saatcioglu виявили високі показники алекситимії та тривоги у жінок із хронічними больовими синдромами [64].



R. Bailey та A. Wells виявили, що метакогнітивні переконання (наприклад, «мої думки про хворобу можуть матеріалізуватися», «я повинен постійно сканувати своє тіло на ознаки хвороби») модерують взаємозв'язок між катастрофічною місінтерпретацією тілесних відчуттів та тривогою про здоров'я, посилюючи останню та заважаючи критичній оцінці [54].

Соматоформні розлади часто призводять до значного зниження працездатності та зниження якості життя. T. E. Dornier та співавтори, проводячи масштабне дослідження в усіх регіонах Швеції, виявили синергетичний ефект між болем у спині та поширеними психічними розладами, включно з соматоформними розладами. Наявність будь-яких психічних розладів у осіб з болем у спині асоційована з пришвидшенням втрати працездатності, більш високими показниками інвалідизації [75]. Ці результати співзвучні з більш раннім дослідженням G. Leeuw, в якому було підтверджено зв'язок між соматизовану психопатологічною симптоматикою та інвалідизацією у пацієнтів на первинному рівні медичної допомоги [114].

Значущість психологічних компонентів при психогенному свербезі продемонстрована в роботі G. Schneider [156].

Серед робіт, в яких досліджені індивідуальні патерни подолання стресу, є дослідження, в яких виявлено, що хворі на соматоформні розлади схильні до використання копінг-стратегії заперечення рідше, ніж психічно здорові люди, та паралельно з цим, частіше за інших використовують копінг-стратегію реактивних утворень [18]. Вище викладені особливості пацієнтів з соматоформними розладами можна розглядати як один з варіантів ЗК, який притаманний саме цій категорії пацієнтів [149].

У осіб з соматоформною вегетативною дисфункцією, за опитувальником ММРІ виявлені пікові підвищення значень другої (шкала «тривожність/депресивність») та сьомої («психастенія») шкал, одночасно зі зниженням по дев'ятій шкалі («гіпоманія») [29].



#### **1.4 Проблема виявлення та оцінки зниження критичності при тривожно-фобічних та соматоформних розладах**

Як при соматоформних, так і при тривожно-фобічних розладах, має місце виражена психовегетативна симптоматика та тенденція до соматизації тривоги. Деякими дослідниками такий варіант розглядається як ознаки резистентності тривожно-фобічного розладу. В своїй роботі І. О. Явдак робить висновок, що пацієнти з резистентними тривожно-фобічними розладами відрізнялись з поміж інших рядом ознак. Серед яких - соматична обтяженість, затяжний початок захворювання, негативне ставлення до лікування у психіатра, сформовані тривожно-фобічно-депресивно-іпохондричні симптомокомплекси, наявність соматичних проблем, схильність до унікаючої поведінки [44].

Іпохондричний синдром, за окремими даними, у більшості випадків поєднується з клінічно значущою тривогою, перевищуючи частку коморбідності тривоги та депресії [6]. Так у підлітків з тривожно-фобічним розладом окрім суто тривожних симптомів спостерігалися кардіальні пароксизми, диспное, кардіосенестопатії. В анамнезі відмічені вегетативно-вісцеральні явища разом з тривожністю, що відображається у скаргах у вигляді занепокоєності власним соматичним станом [115].

Оцінка ЗК при розладах невротичного рівня є складною методологічною задачею через відсутність специфічних, загальноприйнятих, валідованих, специфічних діагностичних інструментів для комплексної оцінки ЗК. В літературних джерелах оглядового характеру підкреслюється різноманіття діагностичних підходів та необхідність їх стандартизації, але виявлення ЗК в більшій мірі розглянуто на неврологічних пацієнтах [68, 151]. Бесіда з пацієнтами та клінічне інтерв'ю залишаються основними методами, який дозволяє оцінити розуміння пацієнтом власного психічного стану, відношення до симптомів, визнання психопатологічного походження розладів. Але ефективність діагностики в повній мірі залежить від досвіду клініциста [7].



За даними окремих авторів, вік та стать не чинять значний вплив на психометричні показники депресії, тривоги та інших психопатологічних феноменів, досліджених при соматоформних розладах [66, 113, 5, 34]. Пацієнти з низькою критикою до соціального тривожного розладу частіше були одружені, менш пригнічені та демонстрували статистичну тенденцію до вищого рівня передчасного припинення ПТ когнітивно-поведінкового напрямку. Їх рівень критики не був пов'язаний із статтю, віком, зайнятістю, віком початку захворювання, тривалістю захворювання, супутніми психічними розладами, показниками «інвентаризації соціальної фобії» та «шкали інвалідності Шихана» [181].

Пацієнти з низькою критикою до соціального тривожного розладу можуть сприймати свої симптоми як менш значні, та через це, повідомляти про меншу кількість депресивних симптомів, ті ж пацієнти в меншій мірі схильні дотримуватися режиму лікування [80, 157, 181].

### **1.5 Актуальні уявлення про лікування пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами зі зниженням критичності**

Вплив зниження критичності на терапію тривожно-фобічних та соматоформних розладів згадується в літературі здебільшого в контексті впливу алекситимії та когнітивних викривлень на комплаєнс та передчасне припинення лікування [17].

Є роботи, в яких розкривається проблема зниження критичності при інших непсихотичних розладах. Так, J. Levallius, C. Collin та A. Birgegård, виявили ознаки ЗК у 25% обстежених підлітків з порушеннями харчової поведінки. Проявами ЗК були стійкі заперечення симптомів та невідповідність психометричних показників клінічному стану пацієнтів. При ЗК показники психометричних шкал були занижені. Ефективність лікування залежала від корекції поведінкових проявів розладів харчової поведінки. Проте автори вказують на проблеми в оцінюванні стану пацієнтів, обумовлені ЗК. Також в



цій роботі не досліджений вплив ЗК на поведінкові прояви. Тому проблема ЗК потребує подальшого вивчення [117].

Результати низки досліджень за участі пацієнтів з тривожними, депресивними, соматоформним розладами, розладами адаптації, розладами особистості в умовах стаціонарного лікування, вказують на вплив алекситимії. Когнітивно-поведінкова, групова та психодинамічна терапія були ефективними, але пацієнти з алекситимією мали більш виражені розлади на момент виписки. Крім того, алекситимія знижує ефективність короткострокової психотерапії. Тому наявність алекситимії важливо враховувати при лікуванні [90, 175].

При лікуванні соматоформних, соматизованих та іпохондричних розладів треба враховувати негативно-опозиційне ставлення пацієнтів до припущень про психологічну природу їх симптомів. Зважаючи на це, основним методом лікування є ПТ [102, 20].

Для кращої ефективності лікування соматоформних розладів необхідно дотримання системності, етапності та раннього виявлення [40].

Неодмінною складовою ПТ визнано роз'яснення механізмів розвитку симптомів, які формують клініку соматоформного розладу, зважаючи на індивідуальні особливості. Для цієї задачі застосовують техніки когнітивно-поведінкової та раціональної ПТ [130, 18].

Деякі автори звертають увагу на інші аспекти, такі як корекція психосенсорних розладів, патологічних відчуттів, для чого можливе застосування гіпносуггестивної терапії. Важливою технікою самоконтролю є концентрація на емоційно-нейтральних образах, уявне малювання будь-яких нейтральних малюнків. Для корекції тривожних, тривожно-депресивних, тривожно-фобічних симптомів застосовується когнітивно-поведінкова терапія [78, 18].

Є дані літератури про значний вплив на зниження тривожності внаслідок навчання людей аутогенному тренуванню та комплексу оздоровчих вправ бадуацзінь [193].



Експозиційна терапія полягає у поступовому та контрольованому контакті зі стимулами, які є тригерними для симптомів, що призводить до зниження страху та зміни асоційованих з ним переконань. Для лікування фобій експозиційна терапія є методом вибору, хоча цей підхід може бути менш ефективним у довгостроковій перспективі, ніж вважалося раніше [106]. К. S. Sauer зі співавторами застосували експозиційну терапію на основі інгібіторного навчання при патологічній тривозі іпохондричного та нозофобічного змісту. Як результат, було досягнуто значне зниження патологічної тривожності, поведінкових проявів, та значне підвищення толерантності до стресу [154].

Терапія із застосуванням віртуальної та доповненої реальності розширює можливості експозиційної терапії. Ці технології дозволяють створювати безпечне та контрольоване середовище для опрацювання страхів. J. L. Maples-Keller та співавтори дослідили застосування віртуальної реальності при тривожно-фобічних розладах та посттравматичному стресовому розладі [125]. T. Donker та співавтори представили протокол рандомізованого клінічного дослідження з VR-терапії акрофобії [74]. Jablonská та співавтори надали опис клінічних випадків застосування VR-експозиції для осіб з агорафобією [101]. У систематичному огляді H. Safa та співавторів є дані щодо значної ефективності застосування технологій доповненої реальності при ПТ тривожно-фобічних розладів. За ефективністю, цей варіант ПТ не поступався звичайним експозиційним технікам, але частка випадків передчасного припинення терапії була меншою [152]. Застосування технологій доповненої реальності також виявилось ефективним при експозиційній ПТ соціального тривожного розладу. Експозиційні техніки, як у реальних умовах, так і при використанні комп'ютерних симуляцій, виявилися ефективними [74, 159].

У контексті соціального тривожного розладу автори вважають, що пацієнти з порушенням критики схильні до передчасного припинення курсу когнітивно-поведінкової терапії. Ці дані свідчать про те, що слід обережно застосовувати когнітивно-поведінкової терапії у якості ПТ першої лінії при соціальному тривожному розладі у осіб зі ЗК. Розглядаються також зміни



клінічних рекомендацій, наприклад, деякі автори пропонують, щоб при тривожних розладах у осіб зі ЗК першочерговим методом лікування була фармакотерапія, замість ПТ [80, 148, 181].

Для корекції соціального тривожного розладу активно застосовуються різноманітні підходи до ПТ. Е. Leigh та співавтори описали досвід підлітків з соціальним тривожним розладом, які проходили сеанси когнітивної терапії в дистанційному форматі, через Інтернет [115]. С. Clément та співавтори вказують на можливу ефективність поведінкових експериментів в ПТ соціального тривожного розладу. Автори не приводять власних емпіричних даних, проте, виклали керівництво по проведенню дослідження, яке, на їх думку, дозволить з'ясувати, чи є поведінкова перевірка гіпотез більш ефективною, порівняно з вербальною когнітивною реструктуризацією [67].

Психоемоційні та міжособистісні механізми при тривожних розладах значною мірою визначають ефективність фармакотерапії. Зокрема, встановлено, що високий рівень міжособистісної афіліації – здатності до позитивних соціальних взаємодій, та вираженість позитивного афекту на початку лікування є предикторами більш ефективного лікування. Натомість, труднощі у встановленні міжособистісних зв'язків та відсутність позитивних емоцій виявилися чинниками, які обмежують терапевтичну відповідь [148].

Лікування соматоформних розладів також вимагає комплексного підходу. К. Jongasma зі співавторами провели пілотне дослідження групової когнітивно-поведінкової терапії соматоформних розладів [102]. С. Miguel та співавтори у систематичному огляді та мета-аналізі у 2023 році оцінили ефективність ПТ при коморбідній депресії та соматичних розладах [130]. М. Е. Moneta та Н. А. Kaeschele розглянули теоретичні та клінічні перспективи новітніх підходів до ПТ соматоформних розладів. Вони вказують на важливість нейробіологічних досліджень для перевірки психодинамічних теорій, які пояснюють соматизацію психопатологічної симптоматики [131].

К. S. Sauer та співавтори представили у 2023 році результати дослідження серії одиничних випадків застосування експозиційних технік ПТ на принципах



інгібіторного навчання, у пацієнтів із патологічною тривогою про здоров'я, показавши її ефективність у зниженні симптомів та зміні переконань [154].

ЗК становить значні труднощі для ПТ та ПК пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформним розладами. Це зумовлено тим, що пацієнти можуть не усвідомлювати необхідності лікування, виявляти недовіру до психологічних пояснень етіології симптомів, саботувати терапевтичні втручання або передчасно припиняти ПТ або ПК. Як зазначають А. G. Loerinc та співавтори у своєму огляді, існує нагальна потреба у стандартизації критеріїв терапевтичної відповіді на когнітивно-поведінкову терапію при тривожних розладах, що також передбачає врахування вихідного рівня критичності пацієнта [121]. Результати роботи Е. Fernandez та співавторів свідчать, що передчасне припинення когнітивно-поведінкової терапії є поширеною проблемою. Недостатня критичність може виступати одним із предикторів цього явища [80]. Окрім того, у дослідженні Н. J. Grabe та співавторів було встановлено, що алекситимія, яка тісно корелює з низьким рівнем критики, негативно впливає на результати ПТ [90].

Серед загальних принципів та підходів, описаних в літературі, можливо виділити ряд найбільш важливих. Наприклад, формування та підтримка терапевтичного альянсу, що є першочерговим завданням у роботі з пацієнтами, які можуть відчувати нерозуміння зі сторони оточуючих, мали негативний досвід попередніх звернень до спеціалістів, або скептично ставитися до ПТ як методу лікування [150, 164].

Психоедукація передбачає поступове та дозоване надання інформації про природу розладу, роль психологічних чинників, а також взаємозв'язок емоцій, думок та тілесних відчуттів (модель «хибного кола»). Ключовим аспектом є уникнення директивного нав'язування психологічної моделі; натомість, її слід пропонувати як імовірнісну гіпотезу для спільного опрацювання [130, 131, 42, 16].

Метакогнітивний підхід до ПК полягає у фокусуванні не лише на змісті тривожних чи соматизованих думок, але й на ставленні до них та на



дисфункційних метакогнітивних переконаннях (напр., «я не можу контролювати свої тривожні думки», «надмірні роздуми про хворобу можуть її спричинити»). На важливості цього аспекту наголошують S. Batmaz та A. E. Altınöz. Метакогнітивна терапія є перспективним напрямком лікування тривожних розладів у випадках низької ефективності інших методів психотерапії [56].

ПТ та ПК алекситимії включає розвиток навичок розпізнавання, диференціації та вербалізації емоцій, збагачення емоційного словника та розуміння зв'язку між емоційними станами та тілесними реакціями. Терапевтичні підходи до алекситимії детально розглядаються у працях P. Duquette та C. Catrone [63, 76].

Групова ПТ демонструє ефективність завдяки таким механізмам, як соціальна підтримка, універсалізація досвіду, отримання зворотного зв'язку від інших учасників, що може сприяти підвищенню критики. J. A. Sobański зі співавторами показали ефективність інтенсивної групової психотерапії при невротичних розладах та розладах особистості [164]. K. Jongsma та співавтори провели пілотне дослідження групової когнітивно-поведінкової терапії у осіб с соматоформними розладами [102]. P. Rodziński та співавтори у дослідженні пацієнтів денного стаціонару показали, що зниження інтенсивності невротичних симптомів у процесі групової психотерапії асоціюється зі зниженням суїцидальних думок, що часто корелює з покращенням загального стану та рівня критики [150].

Практики усвідомленості – «майндфулнесс» терапія, згідно даним літератури, сприяють розвитку неупередженого та приймаючого ставлення до власних думок, емоцій та тілесних відчуттів [78, 184]. Це дозволяє пацієнтам дистанціюватися від них, що позитивно впливає на рівень критики. O. U. Turer зі співавторами, у рандомізованому дослідженні продемонстрували ефективність медитації усвідомленості для корекції дентофобії та тривоги щодо стоматологічних операцій [176].



Адаптація терапевтичних підходів вимагає урахування суб'єктивного досвіду пацієнтів та соціокультурного контексту [98]. Так, Р. А. Almeida та співавтори описали досвід пацієнтів у подоланні фобій в умовах бразильської системи охорони здоров'я [49]. Е. Leigh зі співавторами вивчали досвід підлітків під час отримання когнітивно-поведінкової терапії через мережу інтернет [115]. С. Ні та співавтори вивчали психічний стан амбулаторних пацієнтів соматичного профілю, деякі з яких мали супутні непсихотичні психічні розлади. Автори виявили, що пацієнти з соматизованими симптомами мають низький рівень знань про психічне здоров'я, низьку здатність до рефлексії щодо психічного стану, проявом чого було навіть незнання слів для опису психічних переживань. Але крім незнання, на психічні розлади впливають і культуральні особливості. Як зазначають автори, психотерапія з розмовами та самоаналізом в Китаї має менший рівень довіри серед пацієнтів, порівняно з фармакотерапією, вправами та традиційною медициною. Також, соматизована інтерпретація скарг теж є культурною особливістю, яка не пов'язана з низьким рівнем психоосвіти. Ця робота, крім культурних особливостей, висвітлює значення особистісних рис та ставлення до лікування для розвитку ЗК [134].

## **1.6 Зниження критичності як актуальна практична та наукова проблема в психіатрії**

Як показало вивчення літератури, проблематика ЗК при непсихотичних психічних розладах вивчена в недостатній мірі. Відсутні підходи, які були б орієнтовані на виявлення ЗК у осіб з непсихотичними психічними розладами та вибір методик та загальної стратегії лікування, у відповідності до стану ЗК пацієнтів [55, 61, 84]

Існуючі діагностичні підходи обмежені виявленням окремих явищ, наприклад, алекситимії. Також, є вказівки на можливу роль ЗК як психологічного захисту. Так негативне реагування на усвідомлення власного



стану може вести до появи гіпотимії та ускладнення тривоги до змішаної тривожно-депресивної симптоматики. Є вказівки на можливе зменшення гіпотимії та тривоги у осіб з вище згаданими явищами, та на низьку ефективність лікування психічних розладів у осіб зі ЗК [157, 181].

Якщо узагальнити дані літератури з психіатрії, наркології, соматичної медицини, феномен ЗК, який в літературних джерелах зустрічається під назвами «анозогнозія», «зниження критичності» «порушення критичності», або «відчуження хвороби», автори диференціюють за такими феноменологічними ознаками:

1. Відчуження симптомів, яке виражене в применшенні, спотворенні анамнезу, приховуванні деталей, екрануванні іншою патологією, частковому запереченні, віднесенні теперішніх симптомів до минулого, експансивній раціоналізації, тотальному запереченні.

2. Відчуження шкоди захворювання з індиферентно-пасивним відношенням, відходом від реальності через хворобу, запереченні у себе але з визнанням у інших.

3. Відчуження симптомів, яке виражене такими ознаками, як зацікавленість тільки під час загострень, індиферентно-пасивне прийняття, ситуативно-вимушені вчинки, пасивний спротив, активна протидія [4, 22].

ЗК притаманне багатьом психічним захворюванням. Так ЗК при шизофренії, хворобі Альцгеймера та алкогольній залежності вивчене значно більше, в порівнянні з невротичними розладами. При невротичних розладах, зокрема при тривожно-фобічних та соматоформних розладах, ЗК досліджено мало та поверхнево. Наприклад в літературі згадується зниження критики до свого стану при неврозах з іпохондричною симптоматикою. Проводилися дослідження ЗК при депресивному синдромі різного регістру. Проте, цілеспрямовані дослідження ЗК у пацієнтів без психотичних симптомів та явного розпаду особистості серед відносно нової літератури представлені здебільшого роботами про алкогольну залежність [4, 22].



Не зважаючи на формулювання основної суті поняття ЗК, його повне клінічне наповнення досі залишається остаточно не встановленим. Останні дослідження вказують на відмінності у клінічних проявах ЗК, це стосується виразності та окремих якісних структурних компонентів ЗК, які обумовлені не лише особливостями особистості хворого, а, головне – самим психічним розладом, та, очікувано, чинять різний вплив на комплаєнс хворих до терапії та їх поведінкові патерни. Викладене виступає підґрунтям для розуміння, що ЗК не є настільки уніфікованим та однорідним феноменом, як вважалося раніше. Втім, вищезгадані новітні дані є поодинокими та уривчастими, що не дозволяє сформулювати цілісне та повне уявлення про феномен ЗК та спрогнозувати масштаби його впливу на комплаєнс та інші наслідки. Це обумовлює необхідність розширення знань щодо феномену ЗК [147].

На сьогодні не існує спеціальних методів дослідження, які б дозволили встановити наявність ЗК та були б орієнтовані на прицільне виявлення ЗК. У даний час ЗК може бути виявлене лише випадково, або за фактом встановлення його негативних наслідків – наявності дисконплаєнтності та подальших пошуках її причини, тобто, впродовж або наприкінці лікування, що очікувано продовжує терміни терапії або обумовлює її неефективність внаслідок порушення комплаєнсу, спровокованого ЗК. Діагностика ЗК при тривожно-фобічних та соматоформних розладах ускладнюється тим, що ЗК не буває повним, що може ввести лікаря у оману щодо факту наявності ЗК та обумовити допущення діагностичних помилок та похибок у терапії. Тому поліпшення верифікації ЗК є клінічно обґрунтованим запитом сучасної медицини.

Проблема психокорекції (ПК) та психотерапії (ПТ) ЗК у осіб з тривожно-фобічними та соматоформним розладами незаперечно потребує вирішення, внаслідок виразного деструктивного впливу ЗК на перебіг психічних розладів та ефективність лікування. Втім, проведений аналіз публікацій дозволяє прийти до висновку, що, незважаючи на потребу медичної галузі у тактиках нівелювання ЗК, методи її лікування та корекції досі є нерозробленими.



Не дивлячись на відомий негативний вплив ЗК на лікування, досі не існує спеціалізованих програм ПТ та ПК для осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами, в яких було враховано зниження критичності.

Спрямованість корекційних впливів зазвичай орієнтована на нівелювання або недопущення наслідків ЗК – дисконплаєнтості, в той час, коли корекція першопричини порушення комплаєнсу залишається поза увагою профільних фахівців та дослідників. У хворих на невротичні розлади проблема корекції ЗК обтяжується тісним переплетінням даного стану із симптоматикою основного захворювання і тим фактом, що хворі на невротичні розлади, внаслідок часткового збереження критичного ставлення до окремих симптомів захворювання, часто мають невірне уявлення про свій розлад та хибно орієнтовані на інші тактики лікування. То ж корекційні підходи мають бути комплексними та спрямованими не лише на корекцію ЗК, а й на виправлення дезадаптивної внутрішньої картини хвороби. Доцільність та необхідність розробки підходів до корекції ЗК неможливо переоцінити, це є надзвичайно затребуваним компонентом для поліпшення якості терапії та вторинної профілактики.



## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1 Контингент дослідження

Протягом 2019-2023 років, на базі КНП «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб» Запорізької обласної ради було проведено дослідження за участю 102 пацієнтів. Всім пацієнтам були встановлені діагнози згідно Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10), які були підтверджені при проходженні стаціонарного лікування в умовах відділення пограничних станів.

Зміна фармакотерапії не проводилась. Пацієнти приймали препарати: венлафаксин (75-150 мг), есциталопрам (10-20 мг), пароксетин (20-50 мг), сертралін (50-100 мг), сульпірид (50-150 мг), тіоридазин (20-40 мг), флуоксетин (20 мг), хлорпротиксен (50 мг). Всі пацієнти приймали відповідну фармакотерапію як мінімум 6 місяців. У жодного пацієнта в анамнезі протягом 6 місяців до початку дослідження не відмічалось значної позитивної динаміки стану.

З контингенту дослідження 48 пацієнтів мали встановлені діагнози, які за діагностичними критеріями відповідали тривожно-фобічним розладам (діагнози, які складають категорію шифру F40 за МКХ-10) – вони склали Групу дослідження 1 (ГД1). 54 пацієнтам були діагностовані соматоформні розлади, згідно з діагностичними критеріями МКХ-10 (діагнози, які складають категорію шифру F45 за МКХ-10), вони склали Групу дослідження 2 (ГД2). Загалом у контингенті зі 102 осіб, за гендерним складом, в дослідженні прийняли участь 64 жінок та 38 чоловіків. Середній вік всіх учасників складав  $38,96 \pm 8,58$  років. Середня тривалість захворювання на момент обстеження  $9,38 \pm 5,97$  років. Середня кількість госпіталізацій  $2,59 \pm 2,79$ .

Критерії включення до контингенту дослідження:



- вік 18-59 років (згідно класифікації ВОЗ – пацієнти молодого та середнього віку);
- інформована згода на участь у дослідженні та на проходження психіатричного огляду в амбулаторних умовах, та згода на отримання психіатричної допомоги в амбулаторних умовах;
- наявність ознак порушення критичності до власного стану;
- наявність підтвердженого на момент обстеження діагнозу, що входить до діагностичних категорій тривожно-фобічних або соматоформних розладів, згідно з діючими клінічними рекомендаціями та діагностичними критеріями за МКХ-10.

#### Критерії виключення:

- важкі соматичні захворювання в стані декомпенсації, або підтверджені соматичні захворювання, які чинять значний фізичний та психологічний дискомфорт у фазі загострення;
- синдром залежності від алкоголю;
- тривале вживання психоактивних речовин в анамнезі;
- психотична симптоматика у анамнезі, або психотичні симптоми, які виявлені при первинному обстеженні в рамках дослідження.

Демографічні показники контингенту за групами дослідження були такими:

ГД1 за гендерним складом – жінок було 33 (68,75 %), чоловіків було 15 (31,25 %) осіб. Середній вік у групі, на момент першого обстеження у рамках дослідження склав  $38,67 \pm 8,27$  років. Середня тривалість захворювання на момент обстеження –  $10,04 \pm 5,78$  років. Середня кількість госпіталізацій –  $2,23 \pm 1,78$  госпіталізацій в психіатричний стаціонар в анамнезі.

ГД2 за гендерним складом – жінок було 31 (57,41 %), чоловіків було 23 (42,59 %) особи. Середній вік у групі, на момент першого обстеження у рамках дослідження склав  $39,22 \pm 8,92$  років. Середня тривалість захворювання на момент обстеження –  $8,80 \pm 6,12$  років. Середня кількість госпіталізацій  $2,91 \pm 3,44$  госпіталізацій в психіатричний стаціонар в анамнезі.



В групи дослідження включені пацієнти з нижче вказаними діагнозами за МКХ-10.

F40.00 (4 пацієнти) – Агорафобія без панічного розладу. Виражений страх та уникання ситуацій, в яких обмежена можливість отримання допомоги або обмежений вихід з певних місць, наприклад, перебування у натовпі, на відкритих або закритих просторах, у транспорті. При відсутності панічних атак. Симптоми повинні значно впливати на щоденне функціонування пацієнта.

F40.01 (12 пацієнтів) – Агорафобія з панічним розладом. Проявами цього розладу є виникнення пароксизмальних нападів тривоги та страху, які супроводжуються вираженими вегетативними симптомами, такими як тахікардія, задишка, страх смерті. На відміну від ізолюваної агорафобії (F40.00), уникаюча поведінка обумовлена страхом повторення зазначених симптомів – «страх страху», який маскує агорафобічний страх.

F40.1 (5 пацієнтів) – Соціальні фобії. Виражений та стійкий страх соціальних ситуацій, у яких є ризик критики або приниження. Уникання соціальних ситуацій або сильний дистрес під час їх переживання. Симптоми повинні значно порушувати повсякденне життя, навчання чи роботу.

F40.2 (1 пацієнт) – Специфічні або ізолювані фобії. Виражений та стійкий страх перед певними об'єктами чи ситуаціями (наприклад, тварини, висота). Уникання фобічного стимулу або сильний дистрес при неможливості уникання. Симптоми обмежуються конкретним об'єктом чи ситуацією, не поширюючись на інші сфери життя.

F40.8 (26 пацієнтів) – Інші фобійні тривожні розлади. Симптоматика, характерна для фобій, але яка не відповідає специфічним категоріям F40.0-F40.2. Страхі можуть бути пов'язані зі специфічними обставинами або ситуаціями, які не описані в інших підкатегоріях.

F45.0 (6 пацієнтів) – Соматизований розлад. Наявність численних соматичних симптомів із залученням різних органів або систем. Постійна тривога про наявність серйозного захворювання, яка не зникає після медичного обстеження.



F45.1 (4 пацієнти) – Недиференційований соматоформний розлад. Соматичні скарги не відповідають повним критеріям соматизованого розладу. Скарги є численними, але менш диференційованими. Тривалість – не менше 6 місяців.

F45.2 (5 пацієнтів) – Іпохондричний розлад. Постійні думки про наявність одного або декількох серйозних захворювань. Тривога з приводу власного здоров'я, яка супроводжується вегетативними симптомами. Медичні обстеження не підтверджують захворювання, але і не ведуть до стійкої корекції іпохондрії.

F45.30 (16 пацієнтів) – Соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної системи. Кардіальні симптоми (прискорене серцебиття, біль в ділянці серця), які виникають залежно від психосоціальних факторів, при відсутності серцево-судинної патології.

F45.31 (4 пацієнти) – Соматоформна вегетативна дисфункція верхнього відділу шлунково-кишкового тракту. Скарги на нудоту, відчуття переповнення шлунка, без органічної причини.

F45.32 (2 пацієнти) – Соматоформна вегетативна дисфункція нижнього відділу шлунково-кишкового тракту. Скарги на болі в кишківнику, діарею або запори психогенного характеру.

F45.33 (6 пацієнтів) – Соматоформна вегетативна дисфункція дихальної системи. Утруднене дихання, задишка або відчуття нестачі повітря.

F45.34 (1 пацієнт) – Соматоформна вегетативна дисфункція сечостатевої системи. Дискомфорт під час сечовипускання або інші симптоми, без патологічних причин.

F45.38 (4 пацієнти) – Соматоформна вегетативна дисфункція інших систем. Симптоми, що не входять до зазначених вище категорій (наприклад, м'язова слабкість).

F45.4 (3 пацієнти) – Стійкий соматоформний біль. Скарги на постійний біль у конкретній частині тіла. Біль не має достатньої органічної причини. Тривалість не менше 6 місяців.



F45.8 (2 пацієнти) – Інші соматоформні розлади. Симптоматика, яка не відповідає іншим категоріям соматоформних розладів.

F45.9 (1 пацієнт) – Соматоформний розлад неуточнений. Скарги на соматичні симптоми без визначених органічних причин. Неможливість точно класифікувати симптоми в інших підкатегоріях соматоформних розладів.

## **2.2 Методи дослідження**

Клініко-психопатологічний метод використовувався для верифікації відповідності клінічної картини захворювання критеріям включення до контингенту дослідження. Обстеження хворих проводилося з дотриманням принципів дескриптивної психопатології. Діагнози пацієнтів верифікувалися на основі вивчення виписних епікризів, амбулаторних карт та консилиумів, проведених співробітниками кафедри. В рамках дослідження, за допомогою клініко-психопатологічного методу було визначено синдромальну та психофеноменологічну структуру клініко-психопатологічних проявів у учасників дослідження.

Використовуючи клініко-психопатологічний метод, сформовано глосарій психопатологічних та соматоформних феноменів, згідно з яким оцінювалась наявність та ступінь вираженості ЗК до окремих проявів психічних розладів. Крім усвідомлення психопатологічних та соматоформних симптомів, оцінювали адекватність сприйняття ступеня їх вираженості, правильність розуміння причинно-наслідкових зв'язків виникнення симптомів, визнання позитивного впливу лікування (яке призначали раніше та було ефективним, за даними медичної документації), комплаєнтність щодо обстеження та лікування, що здійснюється на час обстеження, чіткість установки на дотримання рекомендацій лікаря після виписки зі стаціонара. Крім того, для оцінювання ступеня ЗК пацієнта збирали анамнез. На підставі одержаних даних оцінювали ступінь ЗК пацієнта до кожного феномену, який було виявлено при



дослідженні. Ступінь ЗК оцінювався за шкалою від 0 до 3 балів: повна критика – 0 балів, легке ЗК – 1 бал, помірне ЗК – 2 бали, виражене ЗК – 3 бали.

Психометричний метод використовувався для дослідження, рівня тяжкості тривоги та депресії (Госпітальна шкала тривоги та депресії), вираженості алекситимії (Торонтська шкала алекситимії), особистісного профілю акцентуацій характеру (опитувальник Леонгарда-Шмішека), поведінкових патернів при подоланні стресових ситуацій (копінг-тест Лазаруса), внутрішньої картини хвороби (особистісний опитувальник ставлення до хвороби), рівня критичного усвідомлення власного психічного стану (шкала критичного самоусвідомлення – опитувальник, розроблений та випробуваний в цьому дисертаційному дослідженні). В рамках психометричного дослідження використано наступні методики:

1. Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) складається з двох субшкал – тривоги та депресії. Кожна субшкала складається з 7 питань зі шкалою Лайкерта від 0 до 3 балів. Оцінювання та інтерпретація здійснюється окремо для кожної субшкали. Шкала HADS – це діагностичний інструмент, розроблений А. S. Zigmond, та R. P. Snaitn, для скринінгу рівня тривоги та депресії у пацієнтів загальної медичної практики [194]. У поточному дослідженні цей інструментарій було використано для оцінки рівня субклінічних та клінічних проявів емоційного напруження.

Субшкала тривоги (HADS-A) охоплює пункти щодо відчуття внутрішньої напруженості, наявності неясних побоювань, передчуття катастрофи, труднощів із розслабленням, стану внутрішнього неспокою, неможливості всидіти на місці. Субшкала депресії (HADS-D) включає пункти про здатність отримувати задоволення від звичних справ, можливість сміятися, відчуття бадьорості, сповільненість реакцій, втрату інтересу до власного зовнішнього вигляду, очікування приємних подій та наявність або відсутність ангедонії.

Респонденти відповідають на твердження за 4-бальною шкалою (від 0 до 3 балів за кожну відповідь), що відображає частоту або інтенсивність симптомів за останній тиждень. Підраховується сума балів за твердження в кожній



субшкалі, від 0 до 21 балів. Бали сумуються тільки в межах субшкал. Рівень тривоги та депресії оцінюють таким чином:

0–7 балів: нормальний рівень (відсутність клінічно значущих симптомів).

8–10 балів: субклінічний рівень (підвищена тривога або депресія).

11 та більше балів: клінічно виражена тривога або депресія.

Перевагами методики є простота використання (заповнення займає 5-10 хвилин, інтерпретація не потребує спеціального навчання), незалежність від соматичних симптомів (можливість виключити вплив фізичних проявів захворювання на оцінку психологічного стану), адаптованість для контингентів пацієнтів з різними діагнозами, достатня чутливість (80%) та специфічність (80%).

2. Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale – TAS-20,) – це стандартизований діагностичний інструмент, призначений для оцінки рівня алекситимії, тобто труднощів у розпізнаванні, вербалізації та регуляції емоцій. TAS-20 є одним з поширених інструментів для дослідження алекситимії у клінічних умовах та у наукових дослідженнях. Чутливість складає 68%, специфічність – 82% [53].

Шкала складається з 20 питань, кожне з яких оцінюється за шкалою Лайкерта від 1 – «цілковито не згоден» до 5 – «цілковито згоден». Результат складається з простої суми балів. Загальний бал варіюється від 20 до 100, причому вищі бали вказують на більш високий рівень алекситимії. Шкала складається з трьох субшкал – важкість ідентифікації емоцій (TAS-DIF), важкість опису емоцій (TAS-DDF), екстернальне мислення (TAS-EOT).

Крім загального балу в цій шкалі діагностичне значення має підрахунок балів за окремими субшкалами, серед яких:

Труднощі у визначенні власних емоцій (DIF – Difficulty Identifying Feelings). Ця субшкала включає твердження, які оцінюють здатність респондента розпізнавати власні емоції та диференціювати їх від фізичних станів. Високі бали за цією субшкалою вказують на труднощі в ідентифікації емоцій, що може проявлятися у розгубленості або нерозумінні своїх почуттів.



Труднощі у вербалізації емоцій (DDF – Difficulty Describing Feelings) Включає твердження, що стосуються здатності описувати свої емоції іншим. Особи з високими балами мають труднощі у вербалізації своїх переживань, що може ускладнювати міжособистісну комунікацію.

Зовнішньо орієнтоване мислення (EOT – Externally Oriented Thinking) Ця субшкала відображає схильність до фокусування на зовнішніх подіях і уникання рефлексії щодо власних внутрішніх переживань. Високі бали свідчать про переважання раціонального, когнітивного підходу до сприйняття світу, що супроводжується недостатньою увагою до емоційних аспектів.

3. Опитувальник Леонгарда-Шмішека (або опитувальник для діагностики акцентуацій характеру) використовується в психології, психіатрії, педагогіці та професійній орієнтації. Основна мета методики – діагностика акцентуацій характеру, які є крайніми варіантами норми, що визначають схильність особистості до певних типів поведінкових реакцій. Визначення акцентуацій допомагає фахівцям прогнозувати адаптацію особистості до різних життєвих ситуацій, а також розробляти індивідуалізовані підходи до ПК, навчання чи терапії. Методика була розроблена на основі концепції акцентуацій характеру К. Леонгарда та адаптована Г. Шмішеком для практичного використання [37].

Опитувальник містить 88 питань, які потребують відповіді «так» або «ні». Підрахунок балів ведеться за ключем, який містить список з 10 акцентуацій, номери питань, які відповідають кожній акцентуації та коефіцієнти оцінювання – від 2 до 6. Згідно з методикою, діагностуються акцентуації характеру за наступними типами:

Гіпертимний тип характеризується високим рівнем активності, оптимізмом, товариськістю та схильністю до ризику. Особи цього типу швидко адаптуються до нових умов, але можуть бути нестриманими та поверхневими.

Дистимний тип виражається у схильності до песимізму, низької активності, замкнутості та депресивних настроїв. Особи цього типу зазвичай відчувають труднощі в соціальній взаємодії.



Циклотимний тип характеризується чергуванням періодів підвищеного настрою та активності з періодами апатії та зниження працездатності.

Емоційно-лабільний тип виявляється в швидкій зміні емоцій, високій чутливості до оточення та схильності до сильних переживань.

Тривожний тип проявляється високою відповідальністю, обережністю та схильністю до надмірного самоконтролю. Особи з цим типом акцентуації можуть бути нерішучими та занадто зосередженими на деталях.

Екзальтований тип виявляється в яскравих емоційних реакціях, сильній вразливості та схильності до альтруїзму. Особи цього типу легко піддаються як позитивним, так і негативним переживанням.

Демонстративний тип характеризується прагненням до привертання уваги, егоцентричністю та схильністю до маніпуляцій. Особи цього типу зазвичай артистичні й можуть прикрашати факти для самопрезентації.

Застрягаючий тип виражається у наполегливості, схильності до тривалих переживань образ і злопам'ятності. Такі люди часто виявляють високу цілеспрямованість і впертість.

Збудливий тип – особи цього типу схильні до імпульсивності, дратівливості та нестабільного настрою. Вони можуть демонструвати підвищену конфліктність.

Педантичний тип характеризується підвищеною схильністю до порядку, акуратності та точності, але в деяких випадках – до ригідності й надмірного перфекціонізму.

4. Копінг-тест Лазаруса. Тест копінг-стратегій (Ways of Coping Questionnaire, WCQ або LCS), розроблений Р. Лазарусом та С. Фолкман, є одним з найпоширеніших інструментів для вивчення механізмів подолання стресу. Він широко застосовується у психології, психіатрії, а також для педагогічних та соціологічних досліджень. Методика дозволяє досліджувати індивідуальні відмінності у способах подолання складних життєвих ситуацій, включаючи кризи, хвороби та інші стресогенні події [83]. Основна мета



методики полягає у виявленні переважних копінг-стратегій особи, що дозволяє оцінити ефективність її адаптації до стресу.

Методика складається з 50 тверджень, об'єднаних у вісім субшкал, які відображають різні типи копінг-стратегій. Респондентам пропонується оцінити, наскільки кожне твердження відповідає їх поведінці у складних ситуаціях, використовуючи 4-бальну шкалу.

Тест дозволяє визначити домінуючі способи реагування та їхню адаптивність. Усі стратегії поділяються на два основні типи: проблемно-орієнтовані стратегії, спрямовані на вирішення проблеми або зменшення стресу шляхом дії на причину, та емоційно-орієнтовані стратегії – спрямовані на регуляцію емоційного стану у стресових ситуаціях. За методикою оцінюються наступні поведінкові стратегії подолання стресу (копінг-стратегії):

**Конфронтаційний копінг (Confrontive Coping):** характеризується активними та іноді агресивними діями, спрямованими на зміну ситуації. Ця стратегія часто супроводжується ризиком і не завжди є ефективною.

**Дистанціювання (Distancing):** передбачає спроби відсторонитися від проблеми, зменшити її значущість чи уникнути надмірного емоційного реагування.

**Самоконтроль (Self-Controlling):** включає регуляцію власних емоцій і дій, спрямовану на уникнення імпульсивних рішень.

**Пошук соціальної підтримки (Seeking Social Support):** передбачає звернення до інших людей за емоційною чи практичною допомогою. Це може включати обговорення проблем із друзями, родиною чи фахівцями.

**Прийняття відповідальності (Accepting Responsibility):** характеризується визнанням власної ролі у виникненні проблеми та пошуком шляхів її вирішення.

**Ухилення-втеча (Escape-Avoidance):** виражається у прагненні уникнути або втекти від проблеми через фантазування, заперечення чи інші неадаптивні способи поведінки.



Планування вирішення проблеми (Planful Problem-Solving): включає логічний аналіз ситуації, розробку стратегії дій та реалізацію планів для досягнення конкретних результатів.

Позитивна переоцінка (Positive Reappraisal): спрямована на пошук позитивних аспектів ситуації, що сприяє особистісному зростанню та зменшенню стресу.

Опитувальник дозволяє виявити залученість окремих типів копінг-стратегій і оцінити їхню адаптивність у різних контекстах.

5. Особистісний опитувальник ставлення до хвороби є діагностичним інструментом, розробленим для оцінки різних аспектів ставлення до хвороби, що дозволяє отримати ключову інформацію для дослідження внутрішньої картини хвороби. Опитувальник широко використовується у клінічній психології, психіатрії та психотерапії для вивчення реакцій пацієнта на захворювання та особистісні особливості реагування за зміни у власному стані.

Методика складається з 12 списків з твердженнями. При заповненні, з одного списку можна обрати до двох тверджень. Кожному твердженню відповідає певна кількість балів, яка нараховується на користь певних типів ставлення до хвороби. Набрані бали підсумовуються, тип ставлення до хвороби, за яким набрано більше всього балів, визначається як основний.

Гармонійний тип: характеризується адекватним сприйняттям хвороби, високою адаптивністю та прагненням дотримуватись рекомендацій лікаря. Пацієнт усвідомлює необхідність лікування та активно співпрацює з медичними працівниками.

Тривожний тип: виражається в постійній тривозі щодо свого стану, страхом перед ускладненнями та майбутнім. Пацієнти цього типу часто схильні перебільшувати небезпеку хвороби.

Іпохондричний тип: характеризується надмірною фіксацією на симптомах хвороби, постійним пошуком нових ознак патології та схильністю до частих звернень за медичною допомогою.



6064616954437160

Меланхолійний тип: супроводжується депресивними переживаннями, почуттям безнадійності, пасивністю та песимізмом щодо лікування.

Неврастенічний тип: виражається у дратівливості, емоційній нестійкості та швидкій стомлюваності внаслідок переживання хвороби.

Егоцентричний тип: характеризується прагненням привернути увагу оточуючих до своєї хвороби, демонстративністю та перебільшенням власних страждань.

Сенситивний тип: пацієнт вразливий до будь-якої інформації про свою хворобу, схильний до загострення емоційної реакції на медичні висновки чи прогнози.

Апатичний тип: виявляється в байдужості до свого стану, відсутності мотивації до лікування та пасивному прийнятті хвороби.

Анозогностичний тип: пацієнт заперечує серйозність свого захворювання, може ігнорувати симптоми та нехтувати рекомендаціями лікаря.

Ергопатичний тип: характеризується надмірною концентрацією на роботі та прагненням ігнорувати хворобу для продовження професійної діяльності.

Паранойяльний тип: виражається в недовірі до лікарів, медичних установ та сумнівах у правильності лікування. Пацієнти цього типу можуть конфліктувати з медичним персоналом.

Дисфоричний тип: супроводжується дратівливістю, агресивністю, незадоволенням лікуванням та конфліктною поведінкою.

6. Шкала критичного самоусвідомлення. Опитувальник містить 27 питань. Кожне питання має 5 варіантів відповіді, які оцінюються від 1 до 5 балів. Таким чином, мінімальна можлива кількість балів – 27 означає найменший рівень критичності, відповідно, чим менші бали, тим більш глибоке порушення критичності. Максимальна кількість балів – 135, означає повне критичне самоусвідомлення. Кожне питання відображає один з семи компонентів критичного самоусвідомлення: когнітивний, мнестичний, прогностичний, аутоскопичний, інтроєктний, емотивний, емпіричний [15].



Статистичний метод, використовувався для обробки отриманих в ході дослідження даних та оцінки їх достовірності. При виборі статистичних критеріїв були враховані складнощі досягання нормального розподілу в контингентах досліджень в психіатрії. Також враховано типи даних, які можливо отримати при дослідженні за обраними методиками. Дані, отримані з використанням психометричних діагностичних методик, відносяться до порядкового типу даних та якісних даних (одиниця виміру – бали), для обробки яких коректно використовувати непараметричні критерії.

Критерій Манна-Уїтні використовується для порівняння двох незалежних груп. Він допомагає визначити, чи існує статистично значуща різниця між розподілом значень у двох вибірках (наприклад, між групою пацієнтів, що отримували лікування, та контрольною групою). Це непараметричний метод, тобто його можна використовувати, коли дані не мають нормального розподілу.

Формула критерію Манна-Уїтні:

$$U = n_1 \times n_2 + \frac{n_1 \times (n_1 + 1)}{2} - R_1$$

де:  $n_1$  та  $n_2$  – кількість елементів у першій та другій групах;  $R_1$  – сума рангів для першої групи.

Кореляційний аналіз Спірмена застосовується для вимірювання зв'язку між двома змінними. Цей метод оцінює силу та напрямок монотонної залежності між змінними (наприклад, між рівнем холестерину та ризиком серцевих захворювань). Як і критерій Манна-Уїтні, це непараметричний метод, що робить його стійким до відхилень від нормального розподілу.

Формула коефіцієнта кореляції Спірмена:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

де:  $d_i$  – різниця між рангами відповідних значень двох змінних при кожному спостереженні;  $n$  – кількість спостережень.

Коефіцієнт  $\alpha$ -Кронбаха використовувався для розрахунку внутрішньої узгодженості. Ці розрахунки були потрібні для перевірки внутрішньої



узгодженості психометричної методики оцінки рівня критичності, розробленої при проведенні дисертаційного дослідження.

значення коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха [70] обчислюється за формулою:

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

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

Інтерпретація результатів проводилася наступним чином: якщо  $\alpha$  – від’ємна величина – значення не враховується,  $\leq 0,5$  – недостатнє,  $> 0,5$  – низьке,  $> 0,6$  – сумнівне,  $> 0,7$  – прийнятне,  $0,8$  – добре,  $> 0,9$  – дуже добре.

Усі розрахунки здійснювали за допомогою програм пакеру Microsoft Office (Excel 2010) та програмного забезпечення «Statistica 13.0» («StatSoft», США, № ліцензії AXXR712D833214FAN5). Нормальність розподілу оцінювали за допомогою тесту Shapiro-Wilk. Відмінність розподілу від нормального вирішено використанням непараметричних методів статистичного аналізу. Якісні («бальні») дані, отримані з використанням наведених діагностичних інструментів було трансформовано у якісні дані на основі наведених порогових значень. Достовірність відмінностей якісних ознак оцінювали з використанням критерію  $\chi^2$ -Пірсона; у малих групах дослідження, для розрахунку достовірності відмінностей якісних ознак використовували також точний метод Фішера.

### 2.3 Етапи дослідження

Підготовчий етап – передбачав планування дослідження, формування мети та задач дослідження, вивчення існуючої літератури, вибір методів та методик дослідження, набір контингенту дослідження, формування критеріїв включення та виключення, організацію дослідження, розробку електронних форм бланків опитувальників для статистичних розрахунків.



Дослідницький етап – передбачав проведення психометричних, клініко-психопатологічних досліджень, статистичну обробку отриманих даних, їх аналіз, розробку типології ЗК та підбор ефективних методик з його корекції. В ході цього етапу було зібрано дані обстеження 102 учасників дослідження, яких було розподілено на дві групи дослідження за принципом наявності певного встановленого діагнозу за МКХ-10: ГД1 налічувала 48 пацієнтів зі встановленим діагнозом тривожно-фобічного розладу. ГД2 налічувала 54 пацієнти з соматоформними розладами. За підсумком цього етапу було зібрано клініко-психопатологічні та психометричні дані. Уточнено дані щодо гіпотетичної структури порушення критичності.

Аналітичний етап – Всі учасники дослідження заповнили бланки нового діагностичного опитувальника. Проходження тестування відбувалося або під час другого візиту (перші обстежені учасники, які приходили повторно, не пізніше ніж через 2 тижні після першого візиту – цей термін є загальноприйнятим терміном, впродовж якого вважаються актуальними результати використаних діагностичних опитувальників), або одразу після заповнення інших психометричних тестів. За підсумком аналітичного етапу було отримано дані щодо структури порушення критичності серед учасників дослідження, на основі чого уточнено персоналізовані психокорекційні заходи.

Корекційний етап – передбачав психокорекційні заходи, які проводилися або з урахуванням ЗК серед контингенту дослідження, або загальноприйнятні заходи ПК без урахування фактору ЗК. На початку цього етапу, з обох груп дослідження були сформовані еквівалентні групи порівняння. ГД1 поділена на: ГД1.1 – 24 пацієнти з тривожно-фобічними розладами, у яких проводилося психокорекційне втручання, модифіковане відповідно до ЗК, та ГД1.2 – 24 пацієнти з тривожно-фобічними розладами, у яких проводилося психокорекційне втручання, яке не є орієнтованим на корекцію ЗК. ГД2 – поділена на ГД2.1 – 27 пацієнтів з соматоформними розладами, у яких проводилося психокорекційне втручання, модифіковане відповідно до ЗК, та ГД2.2 – 27 пацієнтів з соматоформними розладами, у яких проводилося



психокорекційне втручання, яке не є орієнтованим на корекцію ЗК. Всі учасники пройшли курс ПК тривалістю 8 тижнів, після якого було проведено повторне тестування за шкалою HADS, TAS-20, тестом Копінг-стратегій Лазаруса, тестом Ставлення до хвороби, та новим опитувальником критичного самоусвідомлення, розробленим у рамках цього дисертаційного дослідження.

## **Резюме**

Вибір критеріїв включення до контингенту дослідження відповідає меті та задачам дослідження. Критерії виключення орієнтовані на виключення факторів, які не входять до предмету дослідження та можуть суттєво впливати та викривити результати дослідження, наприклад, порушення критичності при алкогольній та наркотичній залежностях та трансформація клінічної картини під впливом органічної патології при декомпенсації соматичних захворювань та ускладнень алкогольної та наркотичної залежності. Обрані психометричні методики дозволяють в достатній мірі оцінити стан емоційної сфери, вираженість явищ, асоційованих зі зниженням критичності, особливості поведінкового реагування на стрес, особливості ставлення до захворювання та їх зміни протягом часу. Вибір непараметричних критеріїв дозволив працювати з порядковими та категоріальними даними. Основні результати, що викладені у поточному розділі, були оприлюднені в наступних публікаціях: [10, 12, 15].



## РОЗДІЛ 3

### КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ЗНИЖЕННЯ КРИТИЧНОСТІ ПРИ ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИХ ТА СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ

З метою вивчення клініко-анамнестичних характеристик психопатологічних проявів, пов'язаних зі ЗК при тривожно-фобічних та соматоформних розладах, всім учасникам контингенту дослідження було запропоновано пройти клініко-психопатологічне обстеження. Потім, на основі актуальних скарг, даних анамнезу та вивчення медичної документації, було сформовано глосарій психопатологічних, соматовегетативних феноменів, які відображалися в скаргах, виявлялися під час бесіди або впливали на стан психіки та якість життя осіб, включених до контингенту дослідження – в ГД1 та ГД2.

При створенні глосарію було враховано актуальні літературні дані та існуючі критерії діагностики тривожно-фобічних та соматоформних розладів, таким чином, щоб термінологія та категоризація ознак, включених до глосарію, були узгоджені з актуальними уявленнями щодо категоризації симптомів вище вказаних розладів. Це було враховано з метою уникнення дублювання одного феномену під різними назвами. Всього було виявлено та включено до глосарію 50 феноменів, список з описом яких приведено нижче.

Біль у передній частині голови: суб'єктивне неприємне відчуття, локалізоване в лобно-скроневої ділянці голови, яке може супроводжуватись відчуттям тиску або пульсації, у скаргах пацієнта чітко назване як біль.

Біль у потилиці: суб'єктивне неприємне відчуття локалізованого або дифузного характеру в потилиці. Може супроводжуватися напругою м'язів, але обов'язково, щоб пацієнт ідентифікував цей феномен як біль.

Біль у грудній клітині: суб'єктивно неприємне відчуття колючого, стискаючого, пекучого характеру, яке локалізоване у ділянці грудини та ребер. У скаргах пацієнтів важливий акцент на больовому характері відчуттів, інші



характеристики не згадувалися, або уточнювалися при зборі анамнезу, як допоміжні.

Біль у животі: суб'єктивно неприємне відчуття в абдомінальній ділянці. Пацієнти акцентували увагу на больовому характері цього відчуття.

Біль у кінцівках, суглобах: неприємні відчуття, які трактувалися пацієнтами як больові. Локалізовані в м'язах, кістках або суглобах верхніх і нижніх кінцівок.

Біль у спині: больові відчуття в різних відділах хребта, які пацієнти пов'язували з м'язовою напругою, зміною положення тіла, різними психогенними чинниками.

Неприємні відчуття в голові: дифузні або локалізовані відчуття дискомфорту в голові, які не ідентифіковані пацієнтами як больові. В скаргах пацієнтів описувались як відчуття стискання, «туману» або тяжкості.

Дискомфорт або здавлювання в перикардіальній ділянці: суб'єктивне відчуття тиску, стискання або дискомфорту у ділянці серця.

Дискомфорт в епігастрії, крім печії: неприємне відчуття в верхній частині живота, яке характеризувалось як важкість, розпирання або невизначений дискомфорт, не пов'язаний з болем або печією.

Неприємні відчуття в кінцівках: неспецифічні відчуття дискомфорту в руках або ногах, такі як оніміння, «повзання мурашок», поколювання або парестезії, які не відповідають неврологічним ураженням.

Неприємні відчуття в спині: атипові відчуття дискомфорту в ділянці хребта, відмінні від болю, що можуть включати відчуття напруги, повзання або «мурашок».

Озноб, відчуття жару, «припливи»: суб'єктивні відчуття раптового холоду або жару, які супроводжуються пітливістю, жаром, ознобом та іншими вегетативними проявами.

Запаморочення, головокружіння або відчуття втрати рівноваги («нестійкість»): суб'єктивне відчуття порушення рівноваги, ілюзія обертання



предметів або власного тіла, або, як відчуття «легкості в голові», або хиткості при ходінні.

Тремор, відчуття загального тремору: відчуття внутрішнього тремтіння та занепокоєння, яке не супроводжувалось ознобом або відчуттям холоду.

Тремор у руках: Мимовільні, ритмічні коливальні рухи кистей рук, які заважали виконувати точні рухи.

Затруднене ковтання: суб'єктивне відчуття перешкоди або дискомфорту під час проходження їжі або рідини через стравохід.

Відчуття задухи або невдоволеності вдихом: відчуття нестачі повітря, стиснення в грудях або невдоволеної потреби зробити глибокий вдих.

Серцебиття: відчуття прискороного, посиленого або нерівномірного скорочення серця.

Слабкість: суб'єктивне загальне зниження фізичної сили або енергії, відчуття важкості у м'язах.

Сонливість: потреба у сні у неприйнятний для пацієнтів час, яка супроводжувалась зниженням пильності та когнітивних функцій.

Стомлюваність при легкому навантаженні: виникнення відчуття виснаження або втоми навіть після незначних фізичних або розумових зусиль, що непропорційно інтенсивності навантаження.

Неспокійний переривчастий сон: порушення сну, що характеризувалося частими пробудженнями, труднощами із засинанням або підтриманням сну, що призводило до відчуття відсутності відпочинку вранці.

Фобія натовпу: ірраціональний, стійкий страх перебування серед великої кількості людей, який мав нав'язливий (обсесивний) характер, супроводжувався уникаючою поведінкою.

Фобія публічних місць: ірраціональний, стійкий нав'язливий страх відвідування публічних місць.

Фобія пересування поза домом: страх та уникнення виходу з дому, пов'язаний з ірраціональним відчуттям небезпеки перебування за межами найбільш знайомого та контрольованого середовища.



Фобія одиночних поїздок: ірраціональний страх з унікаючою поведінкою щодо самостійних поїздок або ходіння на великі відстані, або ходіння в незнайомі місця. Часто, але не обов'язково, поєднується зі страхом втрати свідомості. В основі феномену у більшості пацієнтів лежало переконання у підвищеному ризику на незнайомих маршрутах, значна частина пацієнтів вказувала на те, що вони більш впевнено почуваються біля медичних закладів, аптек або інших місць, де можливе надання допомоги.

Брадифренія: уповільнення темпу мислення, що проявляється в сповільненості реакцій, труднощах з концентрацією уваги та уповільненим процесом обробки інформації.

Зниження настрою, або гіпотимія: феноменологічна основа типового депресивного синдрому. Характеризується почуттям смутку, пригніченості, втрати інтересу до звичних видів діяльності.

Іпохондрична підозрілість: інтенсивна ірраціональна стурбованість власним здоров'ям, при якій пошук патології має характер стійкої установки особистості. Взаємодія з медициною набуває додаткове значення, як засіб підкріплення установок щодо стану здоров'я пацієнта.

Клаустрофобія: нав'язливий страх перебування у закритих тісних переміщеннях, таких як ліфти, підземні переходи, тунелі.

Інші фобії ситуацій: нав'язливі страхи, щодо специфічних предметів та ситуацій, які у пацієнтів були здебільшого ізольовані від іншої симптоматики. Наприклад, страх щодо мостів та надземних переходів.

Нав'язливі тривожні думки: повторювані, небажані безпредметні відчуття, подібні до страху. Але тривожні думки не мають стійкого предмету, на відміну від страху.

Фобії природних явищ, темряви: нав'язливі страхи, пов'язані з атмосферними явищами, такими як грім, темрява, землетрус, або з темрявою.

Страх конкретного захворювання: нав'язливий страх заразитися або захворіти на певну хворобу, незважаючи на відсутність медичних підтверджень



або низький ризик. На відміну від іпохондрії, зміст думок має чітку предметність, і не виходить за межі думок щодо конкретних захворювань.

Страх залишатися вдома наодинці: ірраціональний нав'язливий страх, який серед учасників дослідження асоціювався з почуттям беззахисності при гіпотетичній неможливості отримати допомогу.

Страх вдавнитися їжею: ірраціональний, стійкий страх задихнутися під час прийому їжі. Може супроводжуватися унікаючою поведінкою у вигляді обмежень у харчуванні.

Страх втрати свідомості: страх раптової втрати контролю над своїм тілом та сприйняттям реальності.

Страх втрати розуму: страх втратити контроль над власними думками та поведінкою, або втрати здатності до раціональних суджень. В окремих випадках, пацієнти вказували в анамнезі на страх виникнення психотичних симптомів, який був мотивом припинення прийому антидепресантів.

Страх смерті: страх нав'язливого, частіше нападоподібного характеру, змістом якого є думки про власну смерть.

Фобічні труднощі щодо зустрічей: нав'язливий страх з унікаючою поведінкою щодо взаємодій, які вимагають ініціативи у спілкуванні та соціальній поведінці, крім страху публічних виступів.

Тривога постійна: стан внутрішнього неспокою, напруги та побоювання без конкретного предмету, який не має чіткого початку та кінця. Інтенсивність низька. Пацієнти визначали цей феномен як частину характеру.

Тривога ситуаційна: відчуття інтенсивного внутрішнього неспокою, який має чіткий початок та кінець.

Емоційна лабільність: швидка та малоконтрольована зміна емоційних станів, настрою.

Дистрес емоційний: недиференційований негативний емоційний стан, який виникає у відповідь на стресові фактори, предмети фобій.

Дратівливість: легке виникнення гніву, невдоволення або агресії у відповідь на незначні фактори.



Ідеї самозвинувачення: нав'язливі думки або переконання в тому, що людина є винною в якихось негативних подіях або власних проблемах, часто без об'єктивних підстав.

Емоційна вразливість: схильність до різкого зниження настрою у відповідь на незначні подразники.

Соматична стурбованість: надмірна, ірраціональна стурбованість щодо власних фізичних симптомів або стану здоров'я, яка не має чіткої диференціації та не супроводжується іпохондричними переконаннями.

Патологічне залучення родичів: залучення членів родини за ініціативою пацієнта, яке сприяє підтримці його симптомів або зниженню адаптації.

Негативний вплив на працездатність: уточнене в анамнезі та доступне для об'єктивного підтвердження зниження продуктивності або здатності виконувати професійні та повсякденні справи.

Всі феноменологічні прояви, для зручності роботи з ними, були поділені на 4 види:

1) Сенсорні феномени – які пов'язані з больовими проявами та іншими явищами, обмеженими сферою відчуттів. Всього 11 феноменів: біль в передній частині голови; біль в потилиці; біль в грудній клітині; біль в животі; біль в кінцівках, суглобах; біль в спині; неприємні відчуття в голові; дискомфорт або здавлювання в перикардіальній ділянці; дискомфорт в епігастрії, крім печії; неприємні відчуття в кінцівках; неприємні відчуття в спині.

2) Вегетативні феномени – обумовлені дисфункцією вегетативної нервової системи, епізодичною гіперактивацією симпатичного відділу, які обмежені загальними змінами самопочуття або змінами у функціонуванні органів. Всього 11 феноменів: озноб, відчуття жару, «припливи»; відчуття запаморочення; тремор, відчуття загального тремору; тремор в руках; затруднене ковтання; відчуття задухи або невдоволеності вдихом; серцебиття; слабкість; сонливість; стомлюваність при легкому навантаженні; неспокійний переривчастий сон.



3) Психопатологічні феномени – відображають власне психопатологічну симптоматику, яка вписується у конвенціональні уявлення щодо симптоматики та синдромологічної діагностики психічних розладів. Всього 22 феномени: дратівливість; емоційна лабільність; фобія натовпу; фобія публічних місць; фобія пересування поза домом; фобія одиночних поїздок; брадифренія; зниження настрою; іпохондрична підозрілість; клаустрофобія; інші фобії ситуацій; нав'язливі тривожні думки; фобії природних явищ, темряви; страх конкретного захворювання, стійкий; страх залишатися вдома наодинці; страх вдавнитися їжею; страх втрати свідомості; страх втрати розуму; страх смерті; фобічні труднощі, зустрічей зі знайомими у громадських місцях; тривога постійна; тривога ситуаційна.

4) Функціональні феномени – це феномени психічної або психологічної дезадаптації, обумовлені порушенням функціонування психіки, які можуть бути вторинними наслідками психічних розладів, але самі не є безпосередньо клінічними симптомами. Всього 6 феноменів: дистрес емоційний, викликаний усвідомленням проявів унікаючої поведінки; ідеї самозвинувачення; емоційна вразливість; соматична стурбованість, фіксація на певному органі або відчутті; патологічне залучення родичів; негативний вплив на працездатність.

На цьому етапі дослідження також була проведена оцінка ЗК за кожним феноменом, який було виявлено у пацієнтів та включено до глосарію. Таким чином, була сформована аналогова шкала оцінки ЗК. Ступінь ЗК щодо феноменів оцінювалась у балах, від 0 до 3 балів. Критерії оцінювання ЗК були визначені наступним чином:

0 балів – повна критика, або відсутність ЗК. Характеризується абсолютним усвідомленням пацієнтами наявності симптому та його патологічної сутності. В даних випадках, пацієнти чітко сприймали феномени як прояв основного захворювання або психологічної проблеми, що потребували втручання. Активно дослухалися до рекомендацій щодо лікування, виявляли високу комплаєнтність та могли розпізнавати зміни у вираженості симптомів, їх посилення, зменшення або повне зникнення.



1 бал – легке ЗК. Коли пацієнти переважно усвідомлювали наявність симптому та його можливий зв'язок з психічними розладами. Проте, можуть спостерігатися незначні коливання у розумінні його точного походження або значення, а також, сумніви щодо медичного характеру або здатності спеціалістів з психічного здоров'я покращити стан. Можлива раціоналізація феномену, проте в цілому пацієнти залишалися відкритими до діалогу та приймали рекомендації.

2 бали – помірне ЗК, коли спостерігалось применшення, переоцінка або інші зміни щодо сприйняття значення феномену. Характерним було заперечення наявності симптому в теперішньому часі, навіть за наявності об'єктивних ознак, та твердження що цей феномен був лише у минулому. Пацієнти можуть дослухатися до рекомендацій лікаря та здатні змінювати свою думку при раціональному та послідовному поясненні природи феноменів.

3 бали – значне ЗК, при якому феномени-симптоми не вербалізуються пацієнтом під час скарг або збору анамнезу. Пацієнт може звертатися за допомогою з приводу інших скарг, які є вторинними або є лише частиною його стану. Заперечення щодо наявності симптому в теперішньому часі та асоційованих з ним скарг. Наявність феномену визначається за поведінковими ознаками, мімікою, висловлюваннями та фактами, які опосередковано вказують на феномен. Відсутність намірів щодо корекції симптому. Присутнє заперечення або ігнорування при спробах пояснити сутність стану та психічного розладу.

### **3.1 Кількісне відображення клінічних характеристик зниження критичності до окремих феноменів**

У ГД1 найбільш поширеними сенсорними феноменами були біль в потилиці та неприємні відчуття в голові (по 18,75 %). Інші феномени, такі як дискомфорт в епігастрії та неприємні відчуття в кінцівках, зустрічаються у 10,42 % пацієнтів. Важливо зазначити, що у ГД1 було виявлено більш низький



середній рівень ЗК, що дорівнює  $0,11 \pm 0,33$  для феноменів біль в потилиці та неприємні відчуття в голові. Для переважної більшості інших соматосенсорних феноменів ці показники дорівнювали 0, що вказує на відсутність ЗК щодо цих феноменів. У ГД2 спостерігалася більша поширеність сенсорних феноменів, порівняно з ГД1. Найбільш частим феноменом у цій групі були біль в потилиці (31,48 %), далі за поширеністю були неприємні відчуття в голові (25,93 %) та біль в грудній клітині (24,07 %). Значна поширеність також виявлена щодо дискомфорту або здавлювання в перикардіальній ділянці та дискомфорту в епігастральній ділянці, (по 18,52 %). Рівень ЗК у ГД2 був також переважно низький, з найвищим показником для болю в потилиці ( $0,06 \pm 0,24$ ). Критичність щодо сенсорних феноменів в ГД2 була майже повною. Дані щодо поширеності та рівня критичності соматосенсорних феноменів приведені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Кількісні характеристики сенсорних феноменів та ЗК щодо них в ГД1 та ГД2

Феномен	ГД1		ГД2	
	Поширеність феномену, n (%)	Середній рівень ЗК (бали, $M \pm SD$ )	Поширеність феномену, n (%)	Середній рівень ЗК (бали, $M \pm SD$ )
Біль в передній частині голови	1 (2,08 %)	0	6 (11,11 %)	0
Біль в потилиці	9 (18,75 %)	$0,11 \pm 0,33$	17 (31,48 %)	$0,06 \pm 0,24$
Біль в грудній клітині	3 (6,25 %)	0	13 (24,07 %)	0
Біль в животі	2 (4,17 %)	0	6 (11,11 %)	0
Біль в кінцівках, суглобах	2 (4,17 %)	0	5 (9,26 %)	0
Біль в спині	2 (4,17 %)	0	4 (7,41 %)	0
Неприємні відчуття в голові	9 (18,75 %)	$0,11 \pm 0,33$	14 (25,93 %)	0
Дискомфорт або здавлювання в перикардіальній ділянці	4 (8,33 %)	0	10 (18,52 %)	0
Дискомфорт в епігастрії, крім печії	5 (10,42 %)	0	10 (18,52 %)	0
Неприємні відчуття в кінцівках	5 (10,42 %)	0	5 (9,26 %)	0
Неприємні відчуття в спині	4 (8,33 %)	0	1 (1,85 %)	0

Примітка 1. n – кількість пацієнтів у ГД, у яких виявлено відповідний феномен;

Примітка 2. M – середнє значення, SD – стандартне відхилення.



У ГД1 найпоширенішими вегетативними феноменами були озноб, відчуття жару, «припливи» (у 37,50 % пацієнтів), серцебиття (35,42 %), а також запаморочення, головокружіння або нестійкість та неспокійний переривчастий сон (по 29,17 %). Стомлюваність при легкому навантаженні зустрічалася у 22,92 % пацієнтів, а відчуття задухи або невдоволеності вдихом – у 20,83 %. Середній рівень ЗК був відносно низький, найбільш виражене ЗК відмічалася щодо стомлюваності при легкому навантаженні ( $0,82 \pm 0,60$ ) та сонливості ( $0,50 \pm 0,71$ ). Для таких феноменів як запаморочення, головокружіння або нестійкість, тремор в руках, утруднене ковтання та неспокійний переривчастий сон, критичність залишається повністю збереженою (середній рівень ЗК 0 балів).

У ГД2 за поширеністю переважали неспокійний переривчастий сон (50,00 % учасників групи). Також поширеними були серцебиття (42,59 %) та запаморочення, головокружіння або нестійкість при ходьбі (33,33 %). Відчуття задухи або невдоволеності вдихом виявлено у 25,93 % пацієнтів, а озноб, відчуття жару, «припливи» – у 22,22 %. Важливо відзначити, що в ГД2 ЗК до більшості перелічених феноменів була відсутнє або відносно невелике, як до запаморочення, головокружіння ( $0,11 \pm 0,32$ ), відчуттів загального тремору ( $0,14 \pm 0,38$ ), сонливості ( $0,33 \pm 0,58$ ), стомлюваності при легкому навантаженні ( $0,14 \pm 0,38$ ) та неспокійному переривчастому сні ( $0,19 \pm 0,40$ ). Порівнюючи ГД1 та ГД2, можна помітити, що хоча деякі феномени, як-от серцебиття та запаморочення, мають високу поширеність в обох, їхнє співвідношення та ступінь критичності до них різняться. Особливо помітною є висока поширеність неспокійного переривчастого сну в ГД2. Кількісні характеристики вегетативних феноменів в контингенті дослідження наведені у таблиці 3.2.



Таблиця 3.2 – Кількісні характеристики вегетативних феноменів та ЗК щодо них в ГД1 та ГД2

Феномен	ГД1		ГД2	
	Поширеність феномену, n (%)	Середній рівень ЗК (бали, M±SD)	Поширеність феномену, n (%)	Середній рівень ЗК (бали, M±SD)
Озноб, відчуття жару, «припливи»	18 (37,50 %)	0,11±0,32	12 (22,22 %)	0
Відчуття запаморочення	14 (29,17 %)	0	18 (33,33 %)	0,11±0,32
Тремор, відчуття загального тремору	6 (12,50 %)	0,17±0,41	7 (12,96 %)	0,14±0,38
Тремор в руках	2 (4,17 %)	0	3 (5,56 %)	0
Затруднене ковтання	2 (4,17 %)	0	1 (1,85 %)	0
Відчуття задухи або невдоволеності вдихом	10 (20,83 %)	0,10±0,32	14 (25,93 %)	0
Серцебиття	17 (35,42 %)	0,06±0,24	23 (42,59 %)	0
Слабкість	9 (18,75 %)	0,22±0,44	6 (11,11 %)	0
Сонливість	2 (4,17 %)	0,50±0,71	3 (5,56 %)	0,33±0,58
Стомлюваність при легкому навантаженні	11 (22,92 %)	0,82±0,60	7 (12,96 %)	0,14±0,38
Неспокійний переривчастий сон	14 (29,17 %)	0	27 (50,00 %)	0,19±0,40

Примітка 1. n – кількість пацієнтів у ГД, у яких виявлено відповідний феномен;

Примітка 2. M – середнє значення, SD – стандартне відхилення.

У ГД1 найбільш поширенішими психопатологічними феноменами були феномени тривожного спектра. Феномен постійної тривоги (у 79,17 % пацієнтів в групі), ситуаційної тривоги (72,92 %) та зниження настрою (66,67 %). Серед фобічних проявів найбільш поширеними були фобія пересування поза домом (47,92 %) та фобія публічних місць (35,42 %). Менш поширеними були страх втрати свідомості та страх втрати розуму (по 31,25 %), а також, нав'язливі тривожні думки (27,08 %). Емоційна лабільність була виявлена у 22,92 % пацієнтів. Середній рівень ЗК щодо фобії публічних місць становив 2,12±0,93, а для фобії натовпу – 1,20±1,03. Феномени постійної тривоги та зниження настрою також супроводжувалися помірним ЗК (1,26±1,11 для постійної тривоги, 1,28±0,77 для зниження настрою). Водночас, для ряду фобічних проявів, таких як фобія одиночних поїздок, клаустрофобія, страх вдавнитися



їжею, ЗК не виявлено взагалі (середній рівень 0 балів), що свідчить про розуміння пацієнтами нереалістичності страхів.

У групі ГД2 найбільш поширеними феноменами були зниження настрою та іпохондрична підозрілість (по 62,96 %). Феномен постійної тривоги відмічався у 42,59 % пацієнтів, ситуаційна тривога – у 33,33 %. Страх втрати розуму (25,93 %) також був відносно поширеним симптомом. Щодо ЗК феноменів, у ГД2 найбільш виражена ЗК спостерігалася у пацієнтів з іпохондричною підозрілістю ( $1,94 \pm 0,78$  балів), що є очікуваним з огляду на природу цього симптому. Також значна ЗК спостерігалася щодо зниження настрою ( $1,38 \pm 1,07$ ). Щодо інших феноменів, включаючи більшість фобічних проявів, ЗК була відсутня (0 балів), або знижена мінімально. Кількісні характеристики психопатологічних феноменів та ЗК щодо них в контингенті дослідження представлені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 – Кількісні характеристики психопатологічних феноменів та ЗК щодо них в ГД1 та ГД2

Феномен	ГД1		ГД2	
	Поширеність феномену, n (%)	Середній рівень ЗК (бали, $M \pm SD$ )	Поширеність феномену, n (%)	Середній рівень ЗК (бали, $M \pm SD$ )
1	2	3	4	5
Дратівливість	12 (25,00 %)	$1,25 \pm 1,06$	15 (27,78 %)	$0,53 \pm 0,74$
Емоційна лабільність	11 (22,92 %)	$0,91 \pm 1,04$	24 (44,44 %)	$1,75 \pm 1,15$
Фобія натовпу	10 (20,83 %)	$1,20 \pm 1,03$	0 (0,00 %)	0
Фобія публічних місць	17 (35,42 %)	$2,12 \pm 0,93$	0 (0,00 %)	0
Фобія пересування поза домом	23 (47,92 %)	$0,48 \pm 0,85$	5 (9,26 %)	0
Фобія одиночних поїздок	9 (18,75 %)	$0,11 \pm 0,33$	0 (0,00 %)	0
Брадифренія	3 (6,25 %)	$0,33 \pm 0,58$	1 (1,85 %)	0
Зниження настрою	32 (66,67 %)	$1,28 \pm 0,77$	34 (62,96 %)	$1,38 \pm 1,07$
Іпохондрична підозрілість	0 (0,00 %)	0	34 (62,96 %)	$1,94 \pm 0,78$
Клаустрофобія	5 (10,42 %)	0	1 (1,85 %)	0
Інші фобії ситуацій	4 (8,33 %)	$0,50 \pm 1,00$	0 (0,00 %)	0



Продовження таблиці 3.3

1	2	3	4	5
Нав'язливі тривожні думки	13 (27,08 %)	0,31±0,63	4 (7,41 %)	0,50±0,58
Фобії природних явищ, темряви	3 (6,25 %)	1,33±1,53	1 (1,85 %)	0
Страх конкретного захворювання, стійкий	9 (18,75 %)	0,44±0,53	5 (9,26 %)	0,40±0,55
Страх залишатися вдома наодинці	6 (12,50 %)	1,00±1,10	2 (3,70 %)	1,00±0,00
Страх вдавитися їжею	2 (4,17 %)	0	0 (0,00 %)	0
Страх втрати свідомості	15 (31,25 %)	0,67±1,18	7 (12,96 %)	0,14±0,38
Страх втрати розуму	15 (31,25 %)	1,60±1,06	14 (25,93 %)	1,50±0,65
Страх смерті	10 (20,83 %)	0,20±0,42	7 (12,96 %)	0,14±0,38
Фобічні труднощі, зустрічей зі знайомими у громадських місцях	5 (10,42 %)	1,00±1,22	0 (0,00 %)	0
Тривога постійна	38 (79,17 %)	1,26±1,11	22 (42,59 %)	0,70±0,70
Тривога ситуаційна	35 (72,92 %)	0,94±0,97	18 (33,33 %)	0,44±0,51

Примітка 1. n – кількість пацієнтів у ГД, у яких виявлено відповідний феномен;

Примітка 2. M – середнє значення, SD – стандартне відхилення.

Серед функціональних феноменів у ГД1 найбільш поширеним були феномени «соматична стурбованість, фіксація на певному органі або відчутті» (35,42 %) та негативний вплив на працездатність (25,00 %). Емоційний дистрес, викликаний усвідомленням проявів унікаючої поведінки спостерігався у 20,83 % пацієнтів. Емоційна вразливість була менш поширеною (14,58 %). Щодо рівня ЗК у ГД1, варто відзначити його варіабельність. Найвищий середній рівень ЗК був щодо феномену негативного впливу на працездатність (1,92±0,79 балів). Менша, але відносно виражена ЗК виявлена щодо емоційного дистресу, викликаного усвідомленням проявів унікаючої поведінки (1,20±1,14), та дратівливості (1,25±1,06). Емоційна вразливість відносно в повній мірі усвідомлювалися учасниками дослідження. ЗК щодо феномену патологічного залучення родичів складав 0,66±0,89 балів.

У ГД2, до якої входили особи з соматоформними розладами, картина поширеності функціональних феноменів та рівня ЗК до них спостерігалася дещо інша. За поширеністю на першому місці була соматична стурбованість,



фіксація на певному органі або відчутті, яка відмічалася у 53,70 % пацієнтів. Емоційна вразливість спостерігалась у 22,22 % пацієнтів. Менш поширеними були емоційний дистрес, викликаний усвідомленням проявів унікаючої поведінки, та негативний вплив на працездатність, кожен з яких виявлено у 16,67 % пацієнтів. Ідеї самозвинувачення не були поширеними, спостерігалися у 3,70 % осіб в групі. ЗК феномену соматична стурбованість, фіксація на певному органі або відчутті була  $1,31 \pm 0,66$  бали. Також високий рівень ЗК було виявлено щодо феномену емоційної лабільності ( $1,75 \pm 1,15$  бали), вказуючи на недостатнє усвідомлення пацієнтами впливу психічного стану на зміни власних емоційних реакцій. Для інших феноменів, таких як дратівливість, емоційна вразливість, емоційний дистрес, викликаний усвідомленням проявів унікаючої поведінки, та негативний вплив на працездатність, показники ЗК були значно нижчими або ж повністю збереженими, що може вказувати на різну ступінь інсайту до різних аспектів власного стану. Кількісні характеристики функціональних феноменів та ЗК щодо них в контингенті дослідження вказані у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 – Кількісні характеристики функціональних феноменів та ЗК щодо них в ГД1 та ГД2

Феномен	ГД1		ГД2	
	Поширеність феномену, n (%)	Середній рівень ЗК (бали, M $\pm$ SD)	Поширеність феномену, n (%)	Середній рівень ЗК (бали, M $\pm$ SD)
1	2	3	4	5
Дистрес емоційний, викликаний усвідомленням проявів унікаючої поведінки	10 (20,83 %)	1,20 $\pm$ 1,14	9 (16,67 %)	0,56 $\pm$ 0,53
Ідеї самозвинувачення	0 (0,00 %)	0	2 (3,70 %)	0
Емоційна вразливість	7 (14,58 %)	1,14 $\pm$ 1,07	12 (22,22 %)	0,25 $\pm$ 0,45
Соматична стурбованість, фіксація на певному органі або відчутті	17 (35,42 %)	0,59 $\pm$ 0,94	29 (53,70 %)	1,31 $\pm$ 0,66

*Продовження таблиці 3.4*

1	2	3	4	5
Патологічне залучення родичів	5 (10,42 %)	0,66±0,89	2 (3,70 %)	0,5±0,70
Негативний вплив на працездатність	12 (25,00 %)	1,92±0,79	9 (16,67 %)	0,89±0,60

Примітка 1. n – кількість пацієнтів у ГД, у яких виявлено відповідний феномен;

Примітка 2. M – середнє значення, SD – стандартне відхилення.

### **3.2 Відмінності рівня ЗК щодо окремих феноменів між групами тривожно-фобічних та соматоформних розладів**

Порівняння рівнів ЗК між групами контингенту дослідження проводилось непараметричними методами, з використанням чотирьопольних таблиць. В якості показників для порівняння були обрані кількість пацієнтів, які не мали ЗК та мали ЗК легкого ступеня (0 балів + 1 бал), які порівнювались з кількістю випадків помірної та значної ЗК (2 бали + 3 бали). Основним статистичним методом був критерій Хі-квадрат. З усіх феноменів були виділені поширені феномени, щодо яких було достатньо даних для порівняння. За можливістю, були виключені феномени, тісно пов'язані зі специфікою психічного розладу, які були присутні в одній групі та відсутні в іншій. Феномен зниження настрою характеризувався незначними відмінностями за вираженістю ЗК. В обох групах дослідження трохи більше половини осіб усвідомлювали феномен повністю, або мали 1 бал – легке ЗК. Майже половина осіб в обох групах мали помірне (2 бали) або значне (3 бали) ЗК. Нав'язливі тривожні думки – як феномен переважали за поширеністю в ГД1. ЗК була не вираженою в обох групах, без значущих відмінностей ( $p > 0,05$ ). Страх втрати свідомості мав більшу поширеність серед пацієнтів в ГД1. Тільки в ГД1 були випадки помірної та значної ЗК. Але значущої різниці за вираженістю ЗК між ГД1 та ГД2 не виявлено ( $p > 0,05$ ). Феномен страху втрати розуму не мав значущих відмінностей за рівнем ЗК між ГД1 та ГД2 ( $p > 0,05$ ). Постійна тривожність була в меншій мірі усвідомлена в групі тривожно-фобічних розладів, на що



вказує переважання випадків більш вираженої ЗК над більш легкими в ГД1, ця перевага була значною при порівнянні з ГД2 ( $p < 0,01$ ) і найбільшою серед всіх досліджених феноменів. Тривога ситуаційна також в меншій мірі усвідомлювалась в ГД1, помірне та тяжке ЗК значно переважали ( $p < 0,05$ ) кількість випадків повної критики та легкого ЗК. Щодо феномену емоційної лабільності, вибіркова ЗК щодо цього феномену була достовірно вища ( $p < 0,05$ ) в ГД2. Дистрес емоційний, викликаний усвідомленням проявів унікаючої поведінки не відрізнявся за рівнем ЗК між групами ( $p > 0,05$ ). Випадки значної ЗК зафіксовані тільки у групі тривожно-фобічних розладів. ЗК феномену дратівливості була більш виражена в ГД1 ( $p < 0,05$ ). Соматична стурбованість, фіксація на певному органі або відчутті – хоча кількісно цей феномен переважав в ГД2 у осіб без іпохондричної симптоматики, статистично значущої різниці за рівнем ЗК між групами не виявлено. Феномен негативного впливу на працездатність відрізнявся, значно більш вираженим ЗК в ГД1 ( $p < 0,01$ ). Результати порівняння показників ЗК між групами дослідження приведені у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5 – Феноменологічна структура вибіркового зниження критичності у ГД1 та ГД2

Феномен	ГД1, n		ГД2, n		p (ГД1 – ГД2)
	0 балів + 1 бал	2 бали + 3 бали	0 балів + 1 бал	2 бали + 3 бали	
1	2	3	4	5	6
Зниження настрою	19	13	18	16	0,59
Нав'язливі тривожні думки	12	1	4	0	0,76
Страх втрати свідомості	11	4	6	0	0,13
Страх втрати розуму	8	7	6	7	0,87
Тривога постійна	21	17	22	0	0,0008
Тривога ситуаційна	26	9	18	0	0,018
Емоційна лабільність	6	5	16	8	0,015
Дистрес емоційний, викликаний усвідомленням проявів унікаючої поведінки	7	3	9	0	0,07
Дратівливість	6	6	13	2	0,03



### Продовження таблиці 3.5

1	2	3	4	5	6
Соматична стурбованість, фіксація на певному органі або відчутті	15	2	17	12	0,09
Патологічне залучення родичів	4	1	2	0	1,00
Негативний вплив на працездатність	11	1	8	1	0,01

Примітка 1. р за методом  $\chi^2$ -Пірсона з використанням чотирипольних таблиць для аналізу відмінностей у поширеності ЗК різного ступеня щодо окремих феноменів між ГД1 та ГД2;

Примітка 2. там, де кількість осіб з досліджуваною ознакою була менше 5 в одній з ГД, для аналізу відмінностей у поширеності ЗК використано Точний критерій Фішера.

### 3.3 Аналіз особистісних акцентуацій у осіб з тривожно-фобічними та соматоформним розладами за методикою Леонгарда-Шмішека

Аналіз особистісного профілю пацієнтів за методикою акцентуацій характеру і темпераменту Леонгарда-Шмішека дозволяє виявити характерні риси, які можуть схилити до розвитку або обтяжувати перебіг тривожно-фобічних (ГД1) та соматоформних (ГД2) розладів. Загальноприйнятим критерієм вираженості акцентуації є перевищення показника у 12 балів за відповідною шкалою.

У групі ГД1 виявлено перевищення показника в 12 балів за шкалою «тривожний тип» ( $13,62 \pm 6,86$  бала). У ГД2 було зафіксовано перевищення за шкалами «демонстративний тип» ( $13,55 \pm 8,07$  бала) та «застрягальний тип» ( $12,48 \pm 7,76$  бала).

В ГД1 статистично достовірно ( $p < 0,05$ ) було переважання, порівняно з ГД2 за показниками шкал «тривожний тип» ( $13,62 \pm 6,86$  та  $8,56 \pm 5,72$  бали відповідно,  $p < 0,05$ ), «дистимічний тип» ( $9,42 \pm 6,00$  та  $6,94 \pm 4,34$  бали відповідно,  $p < 0,05$ ) та «емотивний тип» ( $9,30 \pm 6,13$  та  $6,98 \pm 4,10$  бали відповідно,  $p < 0,05$ ). У ГД2, в той же час, виявлено переважання показників за шкалами «демонстративний тип» ( $13,55 \pm 8,07$  та  $9,36 \pm 6,42$  бали відповідно,  $p < 0,05$ ), «застрягальний тип» ( $12,48 \pm 7,76$  та  $9,28 \pm 7,43$  бали відповідно,  $p < 0,05$ ) та «екзальтований тип» ( $11,42 \pm 7,36$  та  $8,52 \pm 6,97$  бали відповідно,  $p < 0,05$ ).



За результати якісного оцінювання показників особистісного профілю виявлені окремі відмінності за спектром представленості акцентуацій. Між групами не було виявлено статистично значущих відмінностей ( $p > 0,05$ ) за поширеністю акцентуацій. У осіб з тривожно-фобічними розладами, в ГД1, акцентуовані риси особистості в різних варіаціях виявлено у 42 (87,5 %) осіб, а у осіб з соматоформними розладами, в ГД2 – у 35 (72,92 %) осіб. Були поширені поєднання типів акцентуацій. Так в ГД1 виявлено наступні акцентуації: «тривожна» (7 осіб, 14,58 %), «тривожно-педантична» (6 осіб, 12,50 %), та «емотивно-демонстративна» (4 особи, 8,33 %). В ГД2 виявлено: «застрягально-демонстративна» (9 осіб, 16,67 % групи), «застрягально-екзальтована» (6 осіб, 11,11 %), «тривожно-демонстративна» та «демонстративна» (по 5 осіб кожного типу, по 9,26 %), акцентуації. Всі виявлені результати дослідження акцентуацій представлені у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6 – Аналіз особистісного профілю пацієнтів за методикою акцентуацій характеру і темпераменту Леонгарда-Шмішека в ГД1 та ГД2

Тип клінічної акцентуації	Середні показники акцентуацій в ГД1, бали (M ± SD)	Середні показники акцентуацій в ГД2, бали (M ± SD)	p
Емотивний тип	9,30±6,13	6,98±4,10	0,045
Екзальтований тип	8,52±6,97	11,42±7,36	0,051
Циклотимічний тип	6,18±2,31	7,32±2,27	0,083
Тривожний тип	13,62±6,86	8,56±5,72	0,032
Дистимічний тип	9,42±6,00	6,94±4,34	0,030
Гіпертимний тип	6,31±2,57	7,22±2,22	0,067
Збудливий тип	6,9±3,17	6,24±2,83	0,089
Педантичний тип	7,0±2,27	6,19±2,56	0,085
Застрягаючий тип	9,28±7,43	12,48±7,76	0,012
Демонстративний тип	9,36±6,42	13,55±8,07	0,018

Примітка 1. M – середнє значення показників акцентуацій; SD – стандартне відхилення.

Примітка 2. p за методом Манна-Уїтні.



## Резюме

Досліджено складну феноменологічну структуру вибіркової ЗК у осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами. Проведено порівняння особливостей вибіркової ЗК, виявлено відмінності у рівнях ЗК за кожним симптомом/ феноменом між ГД1 та ГД2. за окремими феноменами між тривожно-фобічним та соматоформним розладами. Для оцінки ступеня однорідності ЗК щодо проявів психічних розладів та їх ускладнень було сформовано глосарій з 50 феноменів, які були категоризовані на чотири групи: сенсорні (11 феноменів), вегетативні (11 феноменів), психопатологічні (22 феномени) та функціональні (6 феноменів). Розроблено аналогову шкалу оцінки ЗК (від 0 до 3 балів), що дозволило кількісно оцінити рівень критичності пацієнтів до кожного виявленого феномену.

Для переважної більшості сенсорних феноменів рівень ЗК за аналоговою шкалою дорівнював 0 балів. ЗК до вегетативних феноменів була в дещо більшій мірі, але, порівняно з іншими групами феноменів, критичне ставлення було достатньо збереженим.

Виявлено значущі відмінності у рівнях ЗК щодо низки феноменів. Найбільш суттєві відмінності спостерігалися стосовно постійної тривоги, щодо якої у ГД1 переважали випадки помірної та значної ЗК (17 осіб) над повною критикою та легким ЗК (21 особа), тоді як у ГД2 всі випадки характеризувалися збереженою критичністю ( $p < 0,001$ ). Ситуаційна тривога також виявила значущу різницю ( $p < 0,05$ ). У ГД1 помірне та тяжке ЗК спостерігалось у 9 осіб при 26 випадках збереженої критики, в той час як у ГД2 всі 18 випадків мали збережену критичність.

Емоційна лабільність продемонструвала протилежну тенденцію. Більше ЗК в ГД2 ( $p < 0,05$ ), де серед 24 випадків у 8 осіб спостерігалось помірне або значне ЗК ( $1,75 \pm 1,15$  бала), порівняно з ГД1, де серед 11 випадків у 5 осіб



відмічалось підвищене ЗК ( $0,91 \pm 1,04$  бала). Дратівливість також характеризувалась більш вираженим ЗК у ГД1 ( $p < 0,05$ ): 6 випадків з помірним/значним ЗК при 6 випадках збереженої критики, проти 2 випадків підвищеного ЗК на 13 випадків збереженої критики в ГД2. Негативний вплив на працездатність виявив найбільш виражене ЗК в ГД1 ( $p < 0,01$ ).

Не виявлено статистично значущих відмінностей між групами щодо ЗК стосовно зниження настрою ( $p = 0,59$ ), нав'язливих тривожних думок ( $p = 0,76$ ), страху втрати свідомості ( $p = 0,13$ ), страху втрати розуму ( $p = 0,87$ ), соматичної стурбованості ( $p = 0,09$ ) та емоційного дистресу від уникаючої поведінки ( $p = 0,07$ ). Це може вказувати на те, що ЗК щодо цих феноменів не пов'язано конкретними розладами.

Дослідження особистісного профілю за методикою Леонгарда-Шмішека виявило характерні патерни акцентуацій у обох групах. У ГД1 середній показник перевищував діагностичний поріг (12 балів) за шкалою тривожного типу ( $13,62 \pm 6,86$  бала), що узгоджується з клінічною картиною тривожно-фобічних розладів. У ГД2 діагностичний поріг було перевищено за шкалами демонстративного типу ( $13,55 \pm 8,07$  бала) та застрягального типу ( $12,48 \pm 7,76$  бала), що може відображати схильність до фіксації на тілесних відчуттях та демонстративне пред'явлення соматичних скарг.

Міжгруповий аналіз виявив статистично значущі відмінності за низкою шкал. У ГД1 достовірно переважали показники тривожного типу ( $13,62 \pm 6,86$  проти  $8,56 \pm 5,72$  бала в ГД2,  $p < 0,05$ ), дистимічного типу ( $9,42 \pm 6,00$  проти  $6,94 \pm 4,34$  бала,  $p < 0,05$ ) та емотивного типу ( $9,30 \pm 6,13$  проти  $6,98 \pm 4,10$  бала,  $p < 0,05$ ). У ГД2, навпаки, виявлено значуще переважання демонстративного типу ( $13,55 \pm 8,07$  проти  $9,36 \pm 6,42$  бала в ГД1,  $p < 0,05$ ), застрягального типу ( $12,48 \pm 7,76$  проти  $9,28 \pm 7,43$  бала,  $p < 0,05$ ) та екзальтованого типу ( $11,42 \pm 7,36$  проти  $8,52 \pm 6,97$  бала,  $p < 0,05$ ).

Таким чином, виявлено, що ЗК має неоднорідну структуру та «вибірковий» характер щодо різних феноменів. Так критичність майже повністю збережена щодо сенсорних та переважної більшості вегетативних



феноменів, натомість, окремі психопатологічні та функціональні феномени мають тенденцію до зниження усвідомлення. В ГД1 переважало ЗК до проявів тривоги та фобічної симптоматики, тоді як в ГД2 іпохондричних феноменів. Особистісний профіль пацієнтів корелює з клінічною картиною, так тривожний тип акцентуації був більш виражений в ГД1, а демонстративний та застрягальний – в ГД2. Ці дані мають значення для подальшого дослідження психопатогенетичних механізмів ЗК та розробки диференційованих терапевтичних підходів.

Основні результати, які викладені у поточному розділі, були оприлюднені у наступних публікаціях: [11, 13, 36, 38]



## РОЗДІЛ 4

### ПСИХОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ У ОСІБ З ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ

Проведено дослідження з використанням психометричних методик. Госпітальна шкала тривоги та депресії використана для вимірювання тривожних та депресивних проявів [194]. Торонтська шкала алекситимії – для точного визначення загального рівня алекситимії а також рівня трьох алекситимічних компонентів: труднощів ідентифікації емоцій, труднощів з вербальним описом емоцій, екстернального мислення [53]. Шкала копінг-стратегій за Р. Лазарусом – для визначення міри використання певних типових поведінкових стратегій для виходу зі стресових ситуацій, рівень використання стратегії також називають «напруженість копінг-стратегії» [83]. Методика на визначення ставлення до хвороби – для визначення типу загальних уявлень та способу ставлення до захворювання, що є основою внутрішньої картини хвороби [37].

#### **4.1 Показники тривоги та депресії у групах дослідження за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії»**

У ГД1 середній бал тривоги становив  $11,79 \pm 3,07$ , що є вищим, порівняно з ГД2 ( $p < 0,01$ ). Тоді як показник депресії становив  $5,48 \pm 1,76$  балів, що суттєво менше, порівняно з ГД2 ( $p < 0,01$ ). Це свідчить про домінування тривожної симптоматики у цій групі, причому рівень тривоги перевищував порогове значення для даної шкали, яке дорівнює 7 балам, що в цілому відображає симптоматику, яка спостерігалась у пацієнтів. Натомість, у ГД2 спостерігалася протилежна картина – середній рівень тривоги був  $6,41 \pm 1,74$  бали, тоді як депресія була виражена сильніше, досягнувши  $8,07 \pm 1,98$  балів, що збігається з клінічними даними про наявний депресивний розлад та тривожно-депресивний



розлад симптоматичного рівня. Рівень тривоги в середньому не досягав порогового значення, а рівень депресії відповідав депресії легкого ступеня. Відмінності показників тривоги та депресії між ГД1 та ГД2 були статистично значущими ( $p < 0,01$ ).

#### **4.2 Показники алекситимії у групах дослідження за методикою «Торонтська шкала алекситимії»**

У ГД1 середній загальний рівень алекситимії становив  $38,71 \pm 10,77$  балів. Тоді як в ГД2 цей показник виявився значно вищим ( $p < 0,01$ ), сягнувши  $60,69 \pm 5,20$  балів. Статистично суттєва різниця вказує на більше значення алекситимії у стані пацієнтів з соматоформними розладами. Вищий рівень алекситимії у ГД2 спостерігався не лише за загальним показником, але й за усіма трьома субшкалами. Так, за субшкалою «Труднощі в ідентифікації почуттів» показники у ГД2 склали  $23,41 \pm 3,10$  балів порівняно з  $12,48 \pm 4,69$  балів у ГД1. За субшкалою «Труднощі в описі почуттів» значення були  $18,98 \pm 2,58$  балів у ГД2 та  $8,81 \pm 2,82$  балів у ГД1. Аналогічно, за субшкалою «Екстернальне мислення» показники становили  $18,30 \pm 2,68$  балів у ГД2 проти  $17,42 \pm 5,90$  балів у першій. Статистичний аналіз підтвердив, що різниця за усіма субшкалами між групами була статистично достовірною. Для субшкал «Труднощі в ідентифікації почуттів» та «Труднощі в описі почуттів» було виявлено високий рівень статистичної значущості ( $p < 0,01$ ), а для субшкали «Екстернальне мислення» також було зафіксовано статистично значущу різницю ( $p < 0,05$ ). Всі результати дослідження тривоги, депресії, алекситимії наведено в таблиці 4.1.



Таблиця 4.1 – Порівняння показників тривоги, депресії, загального рівня алекситимії, тяжкості ідентифікації почуттів, тяжкості опису почуттів, екстернального мислення у осіб з тривожно-фобічними розладами (ГД1) та соматоформними розладами (ГД2)

Показник	ГД1 (N = 48)		ГД2 (N = 54)		p
	Середнє значення, бали	SD	Середнє значення, бали	SD	
HADS-A	11,79	3,07	6,41	1,74	0,000
HADS-D	5,48	1,76	8,07	1,98	0,000
TAS-20, загальна	38,71	10,77	60,69	5,20	0,000
TAS-20, тяжкість ідентифікації почуттів	12,48	4,69	23,41	3,10	0,000
TAS-20, тяжкість опису почуттів	8,81	2,82	18,98	2,58	0,000
TAS-20, екстернальне мислення	17,42	5,90	18,30	2,68	0,048

Примітка 1. p за методом Манна-Уїтні;

Примітка 2. SD – стандартне відхилення.

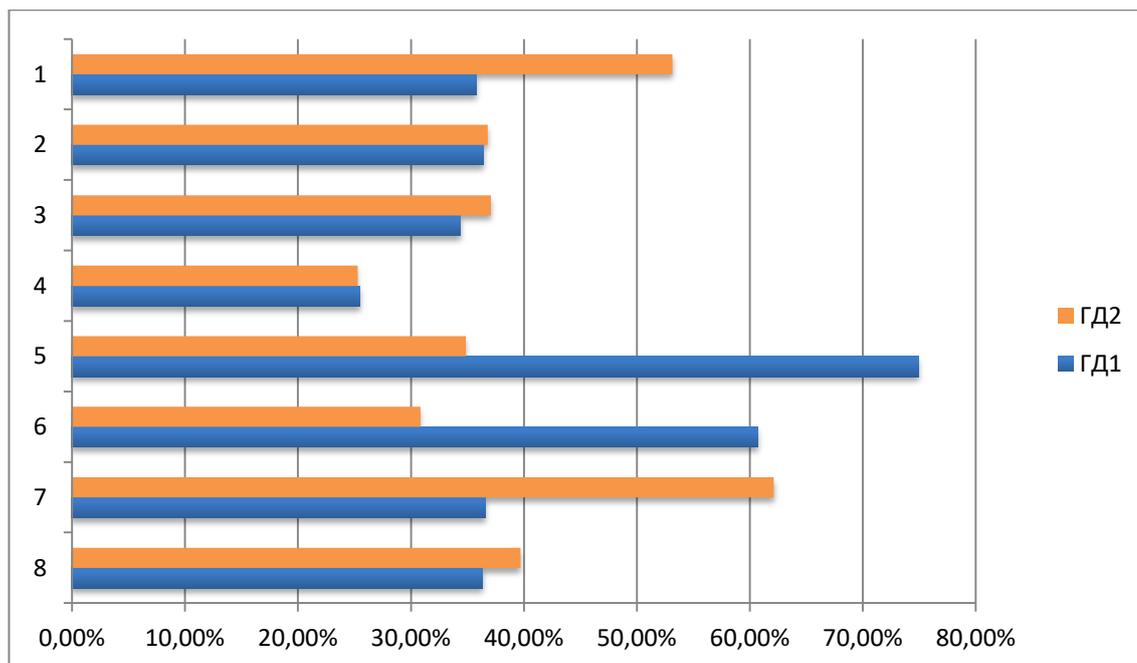
#### 4.3 Дослідження копінг-поведінки у групах дослідження

У ГД1 найбільший рівень напруженості копінг-стратегій виявлено щодо стратегії «Пошук соціальної підтримки», середні показники якої у осіб з тривожно-фобічними розладами склали  $75,00 \pm 10,38$  %. Наступною за рівнем була копінг-стратегія «Самоконтроль», середні показники якої були  $60,71 \pm 11,09$  %. Середній рівень копінг-стратегії «Конфронтаційний копінг» склав  $36,34 \pm 14,72$  %, «Дистанціювання» –  $36,57 \pm 10,49$  %, «Прийняття відповідальності» –  $25,52 \pm 9,63$  %, «Втеча-уникнення» –  $34,38 \pm 9,63$  %, «План вирішення проблем» –  $36,46 \pm 10,37$  % та «Позитивна переоцінка», відповідно,  $35,81 \pm 10,81$  %. Таким чином, у ГД1 найбільш активно задіяними копінг-стратегіями виявилися «Пошук соціальної підтримки» та «Самоконтроль», показники яких значно переважають над іншими копінг-стратегіями. Це вказує на переважання мотивів збереження контролю та спрямованість копінг-



поведінки на пошук ресурсів, або, економію наявних ресурсів для зберігання відчуття контролю над власним станом та зовнішніми обставинами.

У ГД2 було виявлено переважання копінг-стратегій «Дистанціювання», середні показники якого були найбільшими у групі –  $62,14 \pm 12,02$  %, та копінг-стратегії «Позитивна переоцінка» –  $53,17 \pm 10,82$  %. Середній показник копінг-стратегії «Конфронтаційний копінг» складав  $39,71 \pm 10,26$  %, рівень стратегії «Самоконтроль» була  $30,86 \pm 8,62$  %, «Пошук соціальної підтримки» –  $34,88 \pm 7,43$  %, а показник стратегії «Прийняття відповідальності» був найменшим у групі, та складав  $25,31 \pm 10,49$  %. Показники за копінг-стратегією «Втеча-уникнення» були  $37,11 \pm 7,69$  %, а «План вирішення проблем» –  $36,83 \pm 11,71$  %. Отже, в ГД2 найбільш вираженими копінг-стратегіями були «Дистанціювання» та «Позитивна переоцінка», що може вказувати на схильність осіб з соматоформними розладами до емоційного відсторонення від стресових ситуацій та їх переосмислення в більш сприятливому контексті. Профіль стратегій подолання стресу, досліджених за методикою Р. Лазаруса, наочно представлено на рисунку 4.1.



Примітка 1. Середній рівень копінг-стратегій: 1 – позитивна переоцінка; 2 – план вирішення проблеми; 3 – втеча-уникнення; 4 – прийняття відповідальності; 5 – пошук соціальної підтримки; 6 – самоконтроль; 7 – дистанціювання; 8 – конфронтаційний копінг.

Рисунок 4.1 – Порівняння показників копінг-стратегій, досліджених за методикою «Шкала копінг-стратегій Лазаруса» у осіб з тривожно-фобічними (ГД1) та соматоформним розладами (ГД2).

Порівняльний аналіз копінг-стратегій між групами також виявив значні кількісні відмінності. Середній рівень копінг-стратегії «Пошук соціальної підтримки» у ГД1 виявився на 40,12 % вищим, в порівнянні з ГД2 ( $p < 0,01$ ), що підкреслює більшу схильність до зовнішньої орієнтації у подоланні стресу у осіб з тривожно-фобічними розладами. Аналогічно, середній рівень копінг-стратегії «Самоконтроль» у ГД1 був на 29,85 % вищим порівняно з ГД2 ( $p < 0,01$ ), що вказує на більшу спрямованість на внутрішню регуляцію емоцій та поведінки. Натомість, у ГД2 рівень копінг-стратегії «Дистанціювання» виявився на 25,57 % вищим ( $p < 0,01$ ), а стратегія «Позитивна переоцінка» була вищою на 17,36 % порівняно з ГД 1 ( $p < 0,01$ ). Ці дані вказують на більш активне використання стратегій емоційного відсторонення та переосмислення уявлення про значення розладу у осіб з соматоформними розладами. Примітно, що в обох групах дослідження копінг-стратегії «Конфронтаційний копінг»,



«Втеча-уникнення» та «План вирішення проблем» демонстрували середній рівень вираженості, а «Прийняття відповідальності» – низький. Статистично значущої різниці між групами не було виявлено щодо копінг-стратегій «Конфронтаційний копінг», «Прийняття відповідальності» та «План вирішення проблем». Результати дослідження за шкалою копінг-стратегій Р. Лазаруса приведені в таблиці 4.2.

Таблиця 4.2 – Порівняння показників копінг-стратегій за методикою Копінг-тест Лазаруса у осіб з тривожно-фобічними (ГД1) та соматоформними розладами (ГД2)

Копінг-стратегія	ГД1 (N = 48)		ГД2 (N = 54)		p
	Середнє значення, бали	SD	Середнє значення, бали	SD	
Конфронтаційний копінг	36,34 %	14,72 %	39,71 %	10,26 %	0,191
Дистанціювання	36,57 %	10,49 %	62,14 %	12,02 %	0,000
Самоконтроль	60,71 %	11,09 %	30,86 %	8,62 %	0,000
Пошук соціальної підтримки	75,00 %	10,38 %	34,88 %	7,43 %	0,000
Прийняття відповідальності	25,52 %	9,63 %	25,31 %	10,49 %	0,891
Втеча-уникнення	34,38 %	9,63 %	37,11 %	7,69 %	0,040
План вирішення проблеми	36,46 %	10,37 %	36,83 %	11,71 %	0,456
Позитивна переоцінка	35,81 %	10,81 %	53,17 %	10,82 %	0,000

Примітка 1. p за методом Манна-Уїтні;

Примітка 2. SD – стандартне відхилення.

#### 4.4 Кореляції психометричних та демографічних показників у групах дослідження

Для з'ясування взаємозв'язків між різними аспектами психічного стану та поведінковими стратегіями подолання стресу у досліджуваних групах було



застосовано методику рангових кореляцій Спірмена. Виявлені кореляційні зв'язки розкривають специфічні патерни адаптації та психологічного функціонування у кожній групі дослідження.

У ГД1 виявлено статистично значущий позитивний кореляційний зв'язок між віком пацієнтів та тривалістю захворювання, та між віком пацієнтів та кількістю госпіталізацій до стаціонару ( $p < 0,01$ ). Водночас, кореляція між тривалістю захворювання та кількістю госпіталізацій до психіатричного стаціонару була статистично значущою як в ГД1 ( $r = +0,386$ ) так і в ГД2 ( $r = +0,617$ ). Треба зазначити, що в ГД1 кореляційний зв'язок був слабкий (0,30 – 0,49 за шкалою Чеддока), а в ГД 2 був середній (0,50 – 0,69). Цю різницю можна пояснити тим, що вік початку соматоформних розладів в ГД2 був більш рівномірно розподілений, порівняно з ГД1, а хронічний перебіг соматоформних розладів може обумовлювати більш часті госпіталізації.

В ГД1 виявлено статистично значущі кореляції між загальним рівнем алекситимії та всіма субшкалами, з яких складається опитувальник TAS-20, та між показниками цих субшкал. Рівень кореляції загального балу алекситимії зі всіма субшкалами був високий (0,70 – 0,89 за шкалою Чеддока.  $r = +0,833$  з показником «Труднощі ідентифікації почуттів»,  $r = +0,781$  – «Труднощі опису почуттів»,  $r = +0,828$  – «Екстернальне мислення»).

У ГД2 була позитивна значуща залежність між загальним показником алекситимії та показниками субшкал шкали TAS-20, але між самими субшкалами не було статистично значущих кореляцій ( $p > 0,05$ ). Подібні відмінності, ймовірно, пов'язані з більшим залученням алекситимічної складової у психічну патологію при соматоформних розладах, що підтверджується вищим середнім рівнем алекситимії у ГД2 за загальним балом та усіма субшкалами (з рівнем значущості  $p < 0,01$ ). Опосередкованим проявом впливу алекситимії може бути відсутність значущих кореляцій між субшкалами алекситимії, оскільки, алекситимія при цьому стає частиною складних процесів психопатогенезу з нерівномірним включенням компонентів алекситимії та не завжди лінійним характером взаємодії між факторами.



Крім того, у ГД1 загальний бал алекситимії корелював (з рівнем значущості  $p < 0,01$ ) з копінг-стратегіями «Дистанціювання» (0,329) та «Позитивна переоцінка» (0,289).

У ГД1 виявлено статистично значущий позитивний кореляційний показник між тривогою та копінг-стратегіями «Позитивна переоцінка» (0,321), «Втеча-уникнення» (0,315) та «Дистанціювання» (0,307) ( $p < 0,01$ ). Також зафіксовано позитивну залежність між рівнем тривоги та субшкалою «Екстернальне мислення» Торонтської шкали алекситимії (0,307) у ГД1 ( $p < 0,01$ ).

У ГД2 були виявлені негативний кореляційний зв'язок між віком та показником депресії за шкалою HADS ( $-0,301$ ;  $p < 0,01$ ) та негативна кореляція між депресією та копінг-стратегією «Позитивна переоцінка» ( $-0,307$ ;  $p < 0,01$ ). Ці дані свідчать про те, що у пацієнтів ГД2 з віком могло спостерігатися зниження вираженості депресивних симптомів, а також що зниження депресивних проявів може бути пов'язаним зі здатністю до позитивного переосмислення подій, що при ПК у пацієнтів виявляється як психологічний захисний механізм.

Розгляд інших кореляцій між копінг-стратегіями виявив складну картину їх зв'язків між ними. У ГД1 «Конфронтаційний копінг» мав негативний зв'язок із тривалістю захворювання ( $-0,299$ ). Крім того, «Конфронтаційний копінг» позитивно корелював зі стратегіями «Дистанціювання» (0,463), «Прийняття відповідальності» (0,487), «Втеча-уникнення» (0,455), «План вирішення проблем» (0,454) та «Позитивна переоцінка» (0,481). Важливо відзначити, що «Конфронтаційний копінг» також позитивно корелював з показниками алекситимії, що не спостерігалось у ГД2. Зокрема, коефіцієнт між «Конфронтаційним копінгом» та загальним балом алекситимії становив 0,356, з субшкалою «Труднощі опису почуттів» – 0,349, а з «Екстернальним мисленням» – 0,355. Копінг-стратегія «Дистанціювання» корелювала з напруженістю стратегій «Самоконтроль» (0,297), «Прийняття відповідальності»



(0,389), «Втеча-уникнення» (0,390), «План вирішення проблем» (0,414) та «Позитивна переоцінка» (0,674). У ГД2 аналогічні залежності були відсутні. Стратегія «Самоконтроль» корелювала зі стратегіями «Прийняття відповідальності» (0,360), «Втеча-уникнення» (0,442), «План вирішення проблем» (0,349) та «Позитивна переоцінка» (0,408). «Прийняття відповідальності» мало зв'язок з «Втеча-уникненням» (0,421), «Планом вирішення проблем» (0,333) та «Позитивною переоцінкою» (0,404). «Втеча-уникнення» корелювала з «Планом вирішення проблем» (0,346) та «Позитивною переоцінкою» (0,510). Нарешті, «План вирішення проблем» позитивно корелював зі стратегією «Позитивна переоцінка» (0,503).

У ГД2 виявлені наступні статистично значущі зв'язки: копінг-стратегія «Дистанціювання» мала позитивний зв'язок із кількістю госпіталізацій (0,426), що може вказувати на використання цього механізму при посиленні захворювання. «Конфронтаційний копінг» корелював із «Планом вирішення проблем» (0,369). Копінг-стратегія «Самоконтроль» мала позитивний зв'язок із «Втеча-уникнення» (0,343) та «Позитивною переоцінкою» (0,338). Також виявлено негативний зв'язок між копінг-стратегією «Самоконтроль» та субшкалами «Труднощі опису почуттів» (-0,278) та «Екстернальне мислення» (-0,270), що може свідчити про те, що вищий рівень самоконтролю асоціюється з меншими труднощами в усвідомленні емоцій. «Прийняття відповідальності» негативно корелювало з субшкалою «Труднощі опису почуттів» (-0,286). «Пошук соціальної підтримки» мав позитивний зв'язок із «Прийняттям відповідальності» (0,310). Копінг-стратегія «Втеча-уникнення» корелювала з «Планом вирішення проблем» (0,362), а також із субшкалами «Труднощі ідентифікації почуттів» (0,387) та «Екстернальне мислення» (-0,428). Ці комплексні кореляційні патерни підкреслюють відмінність психологічних механізмів адаптації у кожній групі, що є важливим для подальшої розробки програм ПК.

Повні дані щодо кореляцій між рівнем тривоги та депресії за шкалою HADS, алекситимії та компонентів алекситимії за шкалою TAS-20, рівнем



копінг-стратегій за шкалою LCS приведені у таблицях, які для зручності порівняння приведені поряд. У таблиці 4.3 представлені кореляції в ГД1, у таблиці 4.4 – кореляції в ГД2 (Додаток Г).

### **4.3 Особливості типів ставлення до хвороби у осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами**

Розгляд загальних категорій ставлення до хвороби – «чистих», «змішаних» та «дифузних» типів – показує певні відмінності між групами. У ГД1 «чисті» типи становлять 75,00 %, тоді як у ГД2 їхня частка становить 62,96 %. «Дифузні» типи, що визначаються як поєднання більше трьох типів ставлення, виявляються відносно рідко в обох групах (6,25 % у ГД1 та 7,41 % у ГД2) і не демонструють статистично значущих відмінностей ( $p = 0,81$ ). Низька поширеність дифузних типів свідчить про те, що більшість пацієнтів формують певну, більш-менш структуровану внутрішню картину хвороби.

Детальний розгляд «чистих» типів виявляє найбільш виражені відмінності між групами. Статистично значуще переважання іпохондричного (I) типу спостерігається у ГД2 (18,52 %) порівняно з ГД1 (4,17 %) ( $p = 0,024$ ). Пацієнти з іпохондричним типом ставлення відрізнялися надмірною фіксацією на власних тілесних відчуттях, схильністю до перебільшення симптомів та побоювань щодо наявності серйозного, невиліковного захворювання, незважаючи на об'єктивні медичні дані. Виражена іпохондрична спрямованість у ГД2 ускладнювала процес діагностики, всі пацієнти звернулись за психіатричною допомогою після невдалого лікування у лікарів загальної практики, гастроентерологів, неврологів. У більшості пацієнтів відмічалось переривання фармакотерапії та ПТ.

Важливо зазначити, що анозогностичний тип ставлення до хвороби має ідентичну поширеність в обох групах (по 16,67 %), без статистично значущих відмінностей ( $p = 1,0$ ). Це вказує на те, що певна частина пацієнтів була схильна заперечувати проблеми у психічному здоров'ї.



Інші «чисті» типи, такі як гармонійний, ергопатичний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний, сенситивний, егоцентричний та дисфоричний, не показали статистично значущих відмінностей між групами. Деякі з цих типів, зокрема неврастенічний, меланхолічний, апатичний та егоцентричний, були представлені лише в одній з груп або у невеликій кількості, що може бути пояснено розміром вибірки та потребує подальших досліджень для підтвердження.

Аналіз «змішаних» типів показує, що вони частіше зустрічаються у ГД2, хоча без статистичної значущості. Розгляд окремих комбінацій вказує на те, що деякі з них, наприклад, ІА (іпохондрично-апатичний) та ТІ (тривожно-іпохондричний), виявлені виключно у ГД2. Це підтверджує попередній висновок щодо більшої схильності пацієнтів ГД2 до іпохондричних переживань, які можуть поєднуватися з тривогою або апатією. Натомість, такі комбінації, як ТН (тривожно-неврастенічний), ТМ (тривожно-меланхолічний), ТА (тривожно-апатичний), НЕД (неврастенічно-егоцентрично-дисфоричний) та НСД (неврастенічно-сенситивно-дисфоричний), були зафіксовані лише у ГД1. «Дифузні» типи, що представляють найбільш складні та недиференційовані форми ставлення до хвороби, були рідкісними в обох групах і не мали статистично значущих відмінностей. Повна інформація щодо типів ставлення до хвороби в контингенті дослідження наведена у таблиці 4.5.

Таблиця 4.5 – Розподіл за типами ставлення до хвороби згідно методики «Тип ставлення до хвороби».

Типи ставлення до хвороби	Кількість та поширеність типів ставлення до хвороби в ГД1, n (%)	Кількість та поширеність типів ставлення до хвороби в ГД2, n (%)	p (ГД1-ГД2)
1	2	3	4
всі «Чисті» типи	36 (75 %)	34 (62,96 %)	0,19
Гармонійний (Г)	2 (4,17 %)	1 (1,85 %)	0,6
Ергопатичний (Р)	1 (2,08 %)	2 (3,70 %)	1,0
Анозогностичний (З)	8 (16,67 %)	9 (16,67 %)	1,0



Продовження таблиці 4.5

1	2	3	4
Іпохондричний (І)	2 (4,17 %)	10 (18,52 %)	0,024
Неврастенічний (Н)	2 (4,17 %)	0 (0,00 %)	0,21
Тривожний (Т)	6 (12,50 %)	2 (3,70 %)	0,09
Меланхолічний (М)	1 (2,08 %)	0 (0,00 %)	0,47
Апатичний (А)	2 (4,17 %)	0 (0,00 %)	0,21
Сенситивний (С)	9 (18,75 %)	7 (12,96 %)	0,42
Егоцентричний (Е)	2 (4,17 %)	0 (0,00 %)	0,21
Паранояльний (П)	0 (0,00 %)	2 (3,70 %)	0,49
Дисфоричний (Д)	1 (2,08 %)	1 (1,85 %)	0,72
всі «Змішані» типи	9 (18,75 %)	16 (29,63 %)	0,2
ІА	0 (0,00 %)	2 (3,70 %)	0,17
ТІ	0 (0,00 %)	2 (3,70 %)	0,17
ТН	1 (2,08 %)	0 (0,00 %)	0,47
ТС	3 (6,25 %)	1 (1,85 %)	0,34
ТМ	1 (2,08 %)	0 (0,00 %)	0,47
ТА	1 (2,08 %)	0 (0,00 %)	0,47
СЕ	0 (0,00 %)	1 (1,85 %)	1,0
ПД	0 (0,00 %)	3 (5,56 %)	0,24
ТІС	1 (2,08 %)	1 (1,85 %)	0,72
НЕД	1 (2,08 %)	0 (0,00 %)	0,47
НСД	1 (2,08 %)	0 (0,00 %)	0,47
ТІЕ	0 (0,00 %)	2 (3,70 %)	0,49
ТІН	0 (0,00 %)	1 (1,85 %)	1,0
ТМА	0 (0,00 %)	1 (1,85 %)	1,0
ТІЕ	0 (0,00 %)	1 (1,85 %)	1,0
ТІЕ	0 (0,00 %)	1 (1,85 %)	1,0
всі «Дифузні» типи	3 (6,25 %)	4 (7,41 %)	0,81
ТСПД	1 (2,08 %)	0 (0,00 %)	0,47
ТІМА	1 (2,08 %)	0 (0,00 %)	0,47
ТІМІ	1 (2,08 %)	0 (0,00 %)	0,47
ІМАЕ	0 (0,00 %)	1 (1,85 %)	1,0
ІМСД	0 (0,00 %)	1 (1,85 %)	1,0
НАСПД	0 (0,00 %)	1 (1,85 %)	1,0
ТІАСЕ	0 (0,00 %)	1 (1,85 %)	1,0

Примітка 1. Г – Гармонійний; Р – Ергопатичний; З – Анозогностичний; І – Іпохондричний; Н – Неврастенічний; Т – Тривожний; М – Меланхолічний; А – Апатичний; С – Сенситивний; Е – Егоцентричний; П – Паранояльний; Д – Дисфоричний.

Примітка 2. р за методом  $\chi^2$ -Пірсона для аналізу відмінностей у поширеності ознак (чотирипольні таблиці)



## Резюме

Виявлені відмінності в емоційному стані, алекситимії, копінг-стратегіях та внутрішній картині хвороби не тільки вказують на клінічні відмінності розладів, але й розкривають глибинні особливості самоусвідомлення та критики до власного психічного стану.

Насамперед, слід відзначити значну дихотомію в домінуванні емоційної симптоматики. ГД1 демонструє виразне переважання тривоги, порівняно з депресією. Це узгоджується з клінічною картиною, де у всіх пацієнтів групи домінуючою емоцією була тривога, яка була пов'язана з уникаючою поведінкою та обмеженням соціального функціонування. Натомість, у пацієнтів з соматоформними розладами (ГД2) спостерігалось переважання депресивних проявів над тривожними. Частина пацієнтів мала депресивний розлад або змішаний тривожно-депресивний розлад симптоматичного рівня. Але у більшості осіб депресія мала прихований характер, з великою часткою соматизації. Емоційні переживання пацієнтів трансформувалися у тілесні симптоми. В ГД1 також відмічалася соматизація депресії, але не була характерна соматизація тривоги. В ГД2 крім соматизації депресивних, гіпотимічних явищ, спостерігалася соматизація тривоги.

Пацієнти з соматоформними розладами (ГД2) демонструють значно вищий загальний рівень алекситимії ( $p < 0,01$ ). Цей феномен є не лише кількісним, але й структурним. У них виявлено труднощі не тільки з ідентифікацією та вербалізацією емоцій, а й з екстернальним мисленням. Це вказує на труднощі сприйняття змін в емоційній сфері, оскільки, у осіб з високим рівнем алекситимії фокус уваги був зміщений з емоцій та рефлексії щодо психічних змін на інші речі, які переважно були пов'язані з тілесними відчуттями. Низька здатність до усвідомлення та опрацювання емоцій, ймовірно, була ключовим патопсихологічним механізмом, який сприяв соматизації та перетворенню психічних конфліктів у тілесні скарги.



Пацієнти з тривожно-фобічними розладами (ГД1) активніше використовують стратегії «Пошук соціальної підтримки» та «Самоконтроль». Це свідчить про їхню орієнтацію на зовнішні ресурси та спроби свідомої регуляції своєї поведінки та емоцій. Тривога, хоч і обтяжує їхній стан, але ще не повністю блокує адаптаційні зусилля. Натомість, у ГД2 переважає «Дистанціювання» та «Позитивна переоцінка». Це може вказувати на схильність до емоційного відсторонення від проблеми та когнітивне переосмислення ситуації, що може бути захисним механізмом від усвідомлення глибинного емоційного конфлікту.

Внутрішня картина хвороби також має свої особливості. Хоча статистичної значущості між «чистими» та «змішаними» типами ставлення до хвороби не виявлено, спостерігаються важливі тенденції. У ГД2 частіше зустрічається іпохондричний тип ставлення ( $p < 0,05$ ). Іпохондричний феномен відображає фіксацію на власних тілесних відчуттях і страх серйозного захворювання, що є клінічним маркером соматоформного розладу. Ці пацієнти, «живуть» хворобою, що ускладнює як діагностику, так і терапію, оскільки вони сприймають свої тілесні симптоми як реальну загрозу. Це також пояснює їхній шлях до психіатричної клініки через численні обстеження у соматичних спеціалістів.

Підсумовуючи, дослідження виявило чіткі психологічні профілі в обох групах пацієнтів. Пацієнти з тривожно-фобічними розладами (ГД1) характеризуються домінуванням тривоги ( $p < 0,01$ ), більш структурованими механізмами подолання стресу, що включають пошук зовнішньої підтримки ( $p < 0,01$ ), та меншою вираженістю алекситимії ( $p < 0,01$ ). На противагу цьому, пацієнти із соматоформними розладами (ГД2) демонструють виразнішу алекситимію ( $p < 0,01$ ), схильність до депресії ( $p < 0,01$ ), використання копінг-стратегій, спрямованих на емоційне відсторонення, та іпохондричну фіксацію на хворобі.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, були оприлюднені в наступних публікаціях: [10, 12, 35, 37]



6064616954437150

## РОЗДІЛ 5

# ІНТЕГРОВАНА ОЦІНКА РІВНЯ КРИТИЧНОГО САМОУСВІДОМЛЕННЯ ТА ЇЇ ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗНИЖЕННЯ КРИТИЧНОСТІ У ОСІБ З ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ

На основі проведеного напівструктурованого психодіагностичного інтерв'ю було виділено та детально описано 7 феноменологічних компонентів «критичного самоусвідомлення» в контексті непсихотичних психічних розладів, які спостерігалися у осіб з тривожно-фобічним та соматоформним розладами з явищами ЗК. Було зроблено опитувальник з 27 питань, відповіді на які структуровані за шкалою Лайкерта – від 1 до 5 балів.

Надійність опитувальника була перевірена шляхом розрахунку коефіцієнта  $\alpha$ -Кронбаха з використанням дисперсійного аналізу.

Нижче наводяться резюмовані характеристики семи компонентів критичного самоусвідомлення із зазначенням окремих ключових аспектів.

1. Когнітивний компонент – охоплює здатність пацієнта до усвідомлення факту наявності та сутності власних аномалій психічної діяльності у межах психічного розладу. Ця здатність може бути присутньою незалежно від того, наскільки значний дистрес викликають ці аномалії. Важливо зазначити, що збереженість когнітивного компонента є фундаментальною умовою для успішності методів раціональної та когнітивно-поведінкової ПТ, оскільки їх ефективність значною мірою залежить від того, які особливості мають когнітивні функції у пацієнта.

У межах аналізу результатів інтерв'ювання хворих було виокремлено низку специфічних феноменів, які формують когнітивний компонент «критичного самоусвідомлення». Для кожного з них розроблено відповідні



запитання, які оцінюються за шкалою Лайкерта [119]. Нижче наведено приклади цих феноменів:

1) «Гіпотетичне усвідомлення» – відображає здатність пацієнта включати сам факт існування психічного розладу у сферу свого усвідомлення, навіть якщо цей розлад стосується безпосередньо його самого.

Питання 1.1: *Чи згодні ви, що існує можливість того, що у вас наявні або були раніше прояви будь-якого психічного розладу? (Варіанти відповіді: 1 – не вірю в існування психічних розладів; 2 – впевнений, що в мене не може бути психічного розладу; 3 – можу таке припустити, але це малоімовірно; 4 – це можливо, але мені складно це усвідомити; 5 – це цілком можливо, мені легко в це повірити).*

2) «Дескриптивне усвідомлення» – передбачає здатність пацієнта використовувати інформацію, отриману з зовнішніх джерел, стосовно власної психіки. Воно відображає рівень інтеграції зовнішнього досвіду у процес усвідомлення власного стану, а також здатність пацієнта до об'єктивізації своєї проблеми через зіставлення власних спостережень із зовнішніми даними.

Питання 1.2: *Чи погоджуєтеся ви, що опис психічного розладу, який у Вас діагностовано (або ви передбачаєте його наявність у себе) відповідають вашому психічному стану? (Варіанти відповіді: 1 – зовсім не згоден; 2 – є схожість за 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» – включає здатність пацієнта розпізнавати медичний характер аномалій власної психічної діяльності. Він відображає готовність пацієнта визнавати, що його труднощі у житті можуть мати біологічну природу, пов'язану з психічним здоров'ям.

Питання 1.3: *Чи погоджуєтеся ви, що труднощі, які виникають у вашому житті можуть бути зумовлені наявністю медичної проблеми, а саме – психічного розладу? (Варіанти відповіді: 1 – не згоден; 2 – деякі складнощі можуть бути викликані моїми особливостями; 3 – таке трапляється, але я не*



*впевнений/на, що це медична проблема; 4 – деякі складнощі 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» – відображає здатність пацієнта ідентифікувати психічну дезадаптацію через аналіз стану власної психічної діяльності. Пацієнт оцінює наявність труднощів у повсякденному функціонуванні, які не можуть бути пояснені іншими об'єктивними обставинами, окрім ментальних проблем.

Питання 1.4: *Чи виникають у вас труднощі у повсякденному функціонуванні, або самопочутті, які не мають іншого пояснення окрім ментальних проблем? (Варіанти відповіді: 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 для розрахунку дисперсії відповідей пацієнтів на питання в рамках даного компоненту наведені у таблиці 5.1.

Таблиця 5.1 – Розподіл та дисперсія відповідей пацієнтів (ГД1 + ГД2, n=102) на питання в рамках когнітивного компоненту «критичного самоусвідомлення»

Елемент	Відповіді					Дисперсія елемента
	«1»	«2»	«3»	«4»	«5»	
Питання 1.1	–	9 (8,8 %)	40 (39,2 %)	11 (10,8 %)	42 (41,2 %)	1,14
Питання 1.2	3 (2,9 %)	23 (22,5 %)	42 (41,2 %)	19 (18,6 %)	15 (14,7 %)	1,09
Питання 1.3	12 (11,8 %)	21 (20,6 %)	39 (38,2 %)	24 (23,5 %)	6 (5,9 %)	1,15
Питання 1.4	9 (8,8 %)	18 (17,6 %)	44 (43,1 %)	18 (17,6 %)	12 (11,8 %)	1,20

Примітка. Вказано кількість пацієнтів, які обрали відповідні варіанти відповіді, від «1» до «5», на кожне питання, та частку відповідей від всіх (% від 102) пацієнтів.



Сума дисперсії елементів дорівнювала 4,58; дисперсія загального тестового балу дорівнювала 15,82. Далі розраховано значення коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха за формулою:

$$\left(\frac{4}{4-1}\right) \left(\frac{13,90-4,58}{13,90}\right) = 0,8939$$

Значення коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха дорівнює 0,8939, що відповідає рівню «доброї» («good») надійності сукупності питань у тесті. Це означає, що отримані питання досить ефективно вимірюють заявлені аспекти когнітивного компоненту «критичного самоусвідомлення».

2. Мнестичний компонент – акцентує увагу на здатності пацієнта усвідомлювати зміни у своїй психіці, порівнюючи поточний стан із попереднім досвідом. Він спрямований на виявлення психічної динаміки та змін у рівні адаптації, що є інтегративною характеристикою психічного стану.

На відміну від когнітивного компоненту, орієнтованого на окремі аномалії чи симптоми, мнестичний компонент дозволяє пацієнту оцінити загальний стан своєї психіки в ретроспективі. Ця здатність має вирішальне значення для своєчасного звернення за допомогою та дотримання рекомендацій фахівців у процесі лікування.

Збереженість мнестичного компоненту сприяє психологічно зрозумілому прагненню покращити власний стан при усвідомленні його погіршення, що, своєю чергою, є важливим мотиваційним фактором для ефективного лікування.

Мнестичний компонент «критичного самоусвідомлення» включає здатність пацієнта усвідомлювати зміни у своєму психічному стані через порівняння теперішнього функціонування з минулим досвідом, а також оцінювати динаміку цих змін. Це дозволяє пацієнтам розпізнавати прояви дезадаптації та вчасно звертатися за допомогою. Нижче наведено ключові феномени, що формують структуру мнестичного компоненту:

1) «Мнестичне співставлення» – відображає здатність до порівняння поточного рівня психічного функціонування з рівнем у минулому. Він є



важливим для розуміння пацієнтом сутності змін у його психічному стані, що сприяє розвитку усвідомлення власного стану.

Питання 2.1: *Чи розумієте ви, що саме змінилось у вашому психічному стані протягом останнього часу? (Варіанти відповіді: 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 гіршу сторону, але я не знаю, як саме; 5 – мій стан та особистість погіршилися і я знаю, що саме змінилося).*

2) «Мнестична оцінка динаміки» – Цей феномен дозволяє оцінювати хронологічну тривалість окремих симптомів та визначати момент їх першого прояву. Це сприяє розумінню пацієнтом динаміки розладу та полегшує діагностичний процес.

Питання 2.2: *Чи знаєте ви, коли вперше стикнулися з проявами порушень психіки? (Варіанти відповіді: 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) «Мнестична оцінка вдовolenості» – Цей феномен відображає здатність пацієнта усвідомлювати вплив психічного розладу на якість свого життя, включаючи рівень реалізації планів, особистих цілей та потенціалу. Усвідомлення цього впливу стимулює мотивацію до лікування та дотримання рекомендацій спеціаліста.

Питання 2.3: *Ви відчуваєте зниження якості життя через психічні проблеми, наприклад, труднощі з реалізацією планів, нереалізованість власного потенціалу? (Варіанти відповіді: 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 – якись життя знизилась і я знаю, що конкретно змінилося).

4) «Мнестична оцінка реагування» – це здатність, шляхом порівняння актуального стану з минулим, до розпізнавання і усвідомлення змін у своїх стереотипах психічного реагування на різноманітні зовнішні стимули та інформацію. Мова йде про здатність помічати, аналізувати та усвідомлювати, як психічний стан впливав на емоційну стабільність в минулому. Така оцінка дозволяє пацієнту краще зрозуміти, наскільки погіршення або покращення психічного стану впливає на поведінку в різних життєвих ситуаціях.

Питання 2.4: *Чи помічаєте ви у зв'язку з розладами психіки зміни у психологічній стійкості та здатності контролювати емоції? (Варіанти відповіді: 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 – беззаперечно є зміни і я усвідомлюю, які вони).*

5) «Здатність запам'ятовувати рекомендації» – це важливий аспект мнестичного компоненту, який характеризує здатність пацієнта фіксувати у пам'яті інформацію, надану спеціалістом із психічного здоров'я. Вона стосується запам'ятовування та відтворення рекомендацій, які стосуються медикаментозного або психотерапевтичного лікування. Така здатність відіграє ключову роль у дотриманні лікувального плану, що в свою чергу впливає на результативність терапії. Збереження цього компоненту допомагає пацієнту впевнено слідувати інструкціям спеціаліста, що є необхідною умовою досягнення терапевтичного ефекту.

Питання 2.5: *Ви здатні по пам'яті відтворити рекомендації щодо медикаментозного та психотерапевтичного лікування, які вам дав спеціаліст з психічного здоров'я? (Варіанти відповіді: 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 та*



рекомендації щодо способу життя; 5 – пам'ятаю повністю, можу детально відтворити (наприклад, дозу препаратів або психотерапевтичні рекомендації).

Результати, отримані у ході проведення статистичного аналізу відповідей пацієнтів, дозволяють оцінити рівень збереженості мнестичного компоненту критичного самоусвідомлення. Розподіл та дисперсія відповідей на питання щодо цього компоненту наведені у таблиці 5.2.

Таблиця 5.2 – Розподіл та дисперсія відповідей пацієнтів (ГД1 + ГД2, n=102) на питання в рамках мнестичного компоненту «критичного самоусвідомлення»

Елемент	Відповіді					Дисперсія елемента
	«1»	«2»	«3»	«4»	«5»	
Питання 2.1	7 (6,9 %)	15 (14,7 %)	63 (61,8 %)	5 (4,9 %)	12 (11,8 %)	0,95
Питання 2.2	10 (9,8 %)	19 (18,6 %)	41 (40,2 %)	17 (16,7 %)	15 (14,7 %)	1,34
Питання 2.3	3 (2,9 %)	22 (21,6 %)	34 (33,3 %)	28 (27,5 %)	15 (14,7 %)	1,12
Питання 2.4	10 (9,8 %)	24 (23,5 %)	32 (31,4 %)	18 (17,6 %)	18 (17,6 %)	1,52
Питання 2.5	6 (5,9 %)	15 (14,7 %)	28 (27,5 %)	17 (16,7 %)	36 (35,3 %)	1,61

Примітка. Вказано кількість пацієнтів, які обрали відповідні варіанти відповіді, від «1» до «5», на кожне питання, та частку відповідей від всіх (% від 102) пацієнтів.

Сума дисперсії елементів дорівнювала 6,53; дисперсія загального тестового балу дорівнювала 15,08. Далі розраховано значення коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха за формулою:

$$\left( \frac{5}{5-1} \right) \left( \frac{15,08 - 6,53}{15,08} \right) = 0,7085$$

Значення коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха 0,7085 відповідає «прийнятній» («ассертtable») надійності сукупності питань у тесті.

3. Прогностичний компонент передбачає здатність пацієнта до усвідомлення ролі аномалій психічної діяльності в плануванні майбутнього. Це включає здатність прогнозувати динамічні характеристики психічних аномалій, таких як епізоди хвороби, ремісії або прогресування та регресування симптомів. Прогностичний компонент відіграє важливу роль у підтримці мотивації пацієнта продовжувати лікування навіть після досягнення значного



поліпшення стану. Ключовим моментом є те, що розуміння динамічного характеру прогресу в лікуванні дозволяє пацієнту стабілізувати емоційний стан і зменшити коливання настрою.

Розуміння цього процесу також сприяє досягненню послідовної комплаєнтної поведінки, що є важливим аспектом для досягнення довготривалих результатів у лікуванні, зокрема при використанні раціональної та когнітивно-поведінкової ПТ. Якщо прогностичний компонент недостатньо розвинений, це може значно знизити ефективність лікування, зокрема в контексті тривалих результатів терапії.

Прогностичний компонент складається з таких феноменів:

1) «Прогнозування дистресу» – здатність передбачати виникнення симптомів психічного розладу за допомогою опосередкованих ознак. Це включає спостереження за певними патернами або ситуаціями, які можуть передвіщати загострення або погіршення психічного стану. Прогнозування таких дистресових ситуацій дає пацієнту можливість підготуватися до них і вжити відповідних заходів для запобігання або пом'якшення симптомів.

Питання 3.1: *Ви передбачаєте погіршення вашого стану у конкретних ситуаціях або за певних обставин, ще до їх виникнення? (Варіанти відповіді: 1 – не вважаю, що можливо 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 ведуть до погіршення стану; 5 – можу передбачити більшість обставин, які погіршують мій стан).*

2) «Прогнозування зміни поведінки» – це модифікація поведінки пацієнта у відповідь на високу ймовірність виникнення симптомів. Це може включати, зокрема, уникнення певних дій або ситуацій, які потенційно можуть спровокувати погіршення психічного стану або появу нових симптомів. Унікаюча поведінка дозволяє знизити ймовірність загострення, але також може мати свої недоліки, якщо пацієнт починає уникати занадто багатьох ситуацій, що може обмежити його соціальну інтеграцію.



Питання 3.2: *Чи доводиться вам уникати певних дій через усвідомлення того, що ці дії, ситуації або обставини, пов'язані з погіршенням вашого стану? (Варіанти відповіді: 1 – не звертав на це уваги; 2 – уникаю рідко, тоді, коли мені вже недобре; 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» – це здатність пацієнта передбачати зміни психічного стану та розвиток симптомів в часі, що перевищує тривалість дії окремого провокуючого фактора або психічну реакцію на нього. Це передбачення дозволяє пацієнту більш точно планувати своє лікування та уникати ситуацій, які можуть призвести до погіршення стану в майбутньому. Прогнозування таких змін є важливим елементом для запобігання подальшим ускладненням і створює умови для більш ефективного самоконтролю та підтримки психічного здоров'я.

Питання 3.3: *У вас є уявлення або думки щодо довготривалих змін у вашому психічному стані та здатності адаптуватися до труднощів? (Варіанти відповіді: 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» – це здатність пацієнта розрізняти різні фази та повторювані закономірності змін власного стану, серед таких змін найбільше значення має розрізнення фаз загострення та ремісії, станів компенсації, субкомпенсації та декомпенсації. Усвідомлення таких фаз дозволяє пацієнту краще контролювати свій стан, зменшувати ризик загострень та, у разі необхідності, вчасно звертатися за медичною допомогою для корекції лікування.

Пацієнт, який здатний до рефлексії щодо власного психічного стану, може краще адаптуватися до своєї ситуації, що сприяє покращенню якості



життя і збільшенню ефективності лікування. Це також дозволяє пацієнту краще орієнтуватися в змінах, що відбуваються у його психічному стані, і вчасно вживати заходів для запобігання погіршенню стану. Тому це вміння є важливим для компенсування психічних розладів, оскільки сприяє передбаченню та запобіганню рецидивів розладу.

Питання 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 та найкращий стан, але не скажу за теперішній стан; 4 – можу приблизно оцінити свій стан зараз; 5 – впевнено помічаю).*

Результати статистичного аналізу відповідей пацієнтів контингенту дослідження на питання в рамках даного компонента наведені в таблиці 5.3, яка дозволяє детальніше проаналізувати реакції та рівень усвідомлення пацієнтів щодо їх психічного стану, а також оцінити ефективність прогностичного компонента в процесі лікування та реабілітації.

Таблиця 5.3 – Розподіл та дисперсія відповідей пацієнтів (ГД1 + ГД2, n=102) на питання в рамках прогностичного компонента «критичного самоусвідомлення»

Елемент	Відповіді					Дисперсія елемента
	«1»	«2»	«3»	«4»	«5»	
Питання 3.1	12 (11,8 %)	8 (7,8 %)	45 (44,1 %)	16 (15,7 %)	21 (20,6 %)	1,48
Питання 3.2	15 (14,7 %)	11 (10,8 %)	30 (29,4 %)	28 (27,5 %)	18 (17,6 %)	1,64
Питання 3.3	21 (20,6 %)	12 (11,8 %)	52 (51,0 %)	14 (13,7 %)	3 (2,9 %)	1,10
Питання 3.4	6 (5,9 %)	11 (10,8 %)	25 (24,5 %)	38 (37,3 %)	21 (20,6 %)	1,25

Примітка. Вказано кількість пацієнтів, які обрали відповідні варіанти відповіді, від «1» до «5», на кожне питання, та частку відповідей від всіх (% від 102) пацієнтів.

Сума дисперсії елементів дорівнювала 5,46; дисперсія загального тестового балу дорівнювала 12,14. Далі розраховано значення коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха за формулою:



$$\left(\frac{4}{4-1}\right) \left(\frac{12,14-5,46}{12,14}\right) = 0,7332$$

Значення коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха 0,7332 відповідає «прийнятній» («acceptable») надійності сукупності питань у тесті.

4. Аутоскопичний компонент це здатність пацієнта ідентифікувати конкретні аномалії психічної діяльності та розуміти їх співвідношення з власною особистістю. Це включає усвідомлення, чи є ці аномалії егосинтонними (сприйнятими як частина себе) чи егодистонними (відчуваються як сторонні і небажані). У деяких випадках пацієнти можуть приховувати симптоми або заперечувати наявність проблем через егодистонність.

Аутоскопичний компонент охоплює наступні феномени:

1) «Кваліфікація предикторів» – усвідомлення пацієнтом того, що психіка має свої слабкі місця, і психічні порушення можуть виникати через властивості психіки або зовнішні обставини.

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

2) «Кваліфікація аномалій поведінки» – усвідомлення пацієнтом того, що деякі психологічні захисні механізми, такі як витіснення, раціоналізація або заперечення, можуть маскувати справжні причини його поведінки.

Питання 4.2: *Чи були випадки, коли певні свої дії або конфліктні ситуації, або 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 вказані ситуації я пояснюю своїм станом; 5 – таке зі мною трапляється).*



3) «Абсолютизація елементів дистресу» – усвідомлення того, що різні прояви психічного дискомфорту можуть мати спільну причину і бути частиною системного розладу.

Питання 4.3: *Чи згодні ви з тим, що різні прояви психічного дискомфорту можуть виходити з однієї і тієї ж 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 питання в рамках даного компоненту наведені у таблиці 5.4.

Таблиця 5.4 – Розподіл та дисперсія відповідей пацієнтів (ГД1 + ГД2, n=102) на питання в рамках аутоскопичного компоненту «критичного самоусвідомлення»

Елемент	Відповіді					Дисперсія елемента
	«1»	«2»	«3»	«4»	«5»	
Питання 4.1	9 (8,8 %)	12 (11,8 %)	32 (31,4 %)	37 (36,3 %)	12 (11,8 %)	1,22
Питання 4.2	12 (11,8 %)	21 (20,6 %)	38 (37,3 %)	22 (21,6 %)	9 (8,8 %)	1,25
Питання 4.3	9 (8,8 %)	18 (17,6 %)	31 (30,4 %)	44 (43,1 %)	–	0,96

Примітка. Вказано кількість пацієнтів, які обрали відповідні варіанти відповіді, від «1» до «5», на кожне питання, та частку відповідей від всіх (% від 102) пацієнтів.

Сума дисперсії елементів дорівнювала 3,44; дисперсія загального тестового балу дорівнювала 8,99. Далі розраховано значення коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха за формулою:

$$\left(\frac{3}{3-1}\right) \left(\frac{7,10-3,44}{7,10}\right) = 0,7722$$

Значення коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха 0,7722 відповідає «прийнятній» («acceptable») надійності сукупності питань у тесті.

5. Інтроєктний компонент передбачає здатність до усвідомлення експертної точки зору на наявні аномалії власного психічного функціонування з



урахуванням характеру 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 інтроектного компоненту змінює модус установки щодо лікування на модус аутокурації засобами короточасної дії. При раціональній та когнітивно-поведінковій терапії слідування рекомендаціям стає непослідовним, а патологічні переконання більш стійкими.

Складається з таких феноменів:

1) «Базова довіра до спеціалізованої допомоги» – здатність пацієнта довіряти спеціалістам і визнавати, що психічне здоров'я потребує професійної допомоги для покращення стану.

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

2) «Оцінка суб'єктивності» – усвідомлення меж суб'єктивного сприйняття психічного стану, розуміння, що пацієнт може помилятися в оцінці свого стану без професійної допомоги.

Питання 5.2: *Чи згодні ви, що можете помилятися щодо вашого ментального стану? (Варіанти відповіді: 1 – ні, лише мені зрозумілий мій стан; 2 – більшою мірою, ні, можу помилятися в окремих аспектах; 3 – важко 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) «Оцінка терапевтичного досвіду» – усвідомлення успіхів у лікуванні та позитивних змін психічного стану завдяки терапії, що викликає емоційне задоволення.

Питання 5.3: *Чи викликає у вас позитивні емоції зміна стану психіки, яку можливо пов'язати з успіхами у лікуванні або психокорекції? (Варіанти відповіді: 1 – вважаю, що будь-які успіхи є тимчасовими, та відношуся 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 видужання; 5 – так, лікування може бути довгим, тому перші результати – це теж привід для радощів).*

Результати статистичного аналізу відповідей пацієнтів дослідження на ці питання наведені в таблиці 5.5, що дозволяє аналізувати, як пацієнти ставляться до експертних рекомендацій та готовність слідувати лікувальним програмам, навіть якщо ці програми можуть бути контрінтуїтивними чи неприємними для них.

Таблиця 5.5 – Розподіл та дисперсія відповідей пацієнтів (ГД1 + ГД2, n=102) на питання в рамках інтроектного компоненту «критичного самоусвідомлення»

Елемент	Відповіді					Дисперсія елемента
	«1»	«2»	«3»	«4»	«5»	
Питання 5.1	3 (2,9 %)	6 (5,9 %)	35 (34,3 %)	10 (9,8 %)	48 (47,1 %)	1,32
Питання 5.2	4 (3,9 %)	13 (12,7 %)	39 (38,2 %)	31 (30,4 %)	15 (14,7 %)	1,03
Питання 5.3	–	17 (16,7 %)	28 (27,5 %)	15 (14,7 %)	42 (41,2 %)	1,33

Примітка. Вказано кількість пацієнтів, які обрали відповідні варіанти відповіді, від «1» до «5», на кожне питання, та частку відповідей від всіх (% від 102) пацієнтів.

Сума дисперсії елементів дорівнювала 3,68; дисперсія загального тестового балу дорівнювала 8,42. Далі розраховано значення коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха за формулою:

$$\left(\frac{3}{3-1}\right) \left(\frac{8,42-3,68}{8,42}\right) = 0,8444$$



Значення коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха 0,8444 відповідає «добрій» («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 пацієнту своєчасно звернутись до спеціаліста, сприяє точній оцінці психічного стану, за рахунок чіткого співставлення емотивно-асоційованих скарг з анамнестичними вказівками на ситуації, при яких виникають відповідні симптоми. Зниження цього компоненту веде до розмивання клінічної картини, що ускладнює використання когнітивно-поведінкових та раціональних технік. Значне зниження емотивного компоненту приводить до соматизації психопатологічних симптомів.

Основні феномени цього компоненту включають:

1) «Емотивне диференціювання» – здатність розрізнити різні емоції, що дозволяє точніше оцінити емоційний стан пацієнта.

Питання 6.1: *У вас є здатність відрізнити одні емоції від інших? (Варіанти відповіді: 1 – ні, часто навіть важко сказати, який у мене настрій; 2 – відрізняю тільки позитивні та негативні емоції; 3 – іноді розрізняю, орієнтуючись на зовнішні обставини; 4 – завжди відрізняю основні види настрою (наприклад: радість, тривогу, смуток тощо); 5 – відрізняю також змішаний настрій та переходи від одних емоцій до інших).*

2) «Вербалізація емоцій» – здатність виражати власний емоційний стан вербально, що допомагає пацієнту точніше описати свої переживання, а також полегшує терапевтичне спілкування.

Питання 6.2: *Чи можете ви описувати за допомогою слів зміни вашого емоційного стану? (Варіанти відповіді: 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 та негативний настрій; 4 – можу назвати деякі конкретні емоції (наприклад: радість, тривогу, смуток тощо); 5 – можу*



пояснити що відчуваю досить детально (настрій, поточні та минулі переживання).

3) «Десоматизація тривоги» – здатність відокремлювати психічні симптоми тривоги від вегетативних або фізичних симптомів, таких як серцебиття або потіння.

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

4) «Десоматизація гіпотимії» – здатність відрізнити депресивний стан від фізичних симптомів, таких як втома чи тілесний дискомфорт.

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

Результати аналізу розподілу відповідей наведені в таблиці 5.6.

Таблиця 5.6 – Розподіл та дисперсія відповідей пацієнтів (ГД1 + ГД2, n=102) на питання в рамках емотивного компоненту «критичного самоусвідомлення»

Елемент	Відповіді					Дисперсія елемента
	«1»	«2»	«3»	«4»	«5»	
Питання 6.1	–	8 (7,8 %)	28 (27,5 %)	12 (11,8 %)	54 (52,9 %)	1,12
Питання 6.2	–	9 (8,8 %)	24 (23,5 %)	18 (17,6 %)	51 (50,0 %)	1,09
Питання 6.3	3 (2,9 %)	16 (15,7 %)	27 (26,5 %)	29 (28,4 %)	27 (26,5 %)	1,27
Питання 6.4	–	15 (14,7 %)	44 (43,1 %)	19 (18,6 %)	24 (23,5 %)	1,02

Примітка. Вказано кількість пацієнтів, які обрали відповідні варіанти відповіді, від «1» до «5», на кожне питання, та частку відповідей від всіх (% від 102) пацієнтів.



Сума дисперсії елементів дорівнювала 4,51; дисперсія загального тестового балу дорівнювала 12,45. Далі розраховано значення коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха за формулою:

$$\left(\frac{4}{4-1}\right) \left(\frac{12,45-4,51}{12,45}\right) = 0,8505$$

Значення коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха 0,8505 відповідає «добрій» («good») надійності сукупності питань у тесті.

7. Емпіричний компонент передбачає здатність до усвідомлення аномалій психічної діяльності через усвідомлення змін соціального функціонування, якості життя, поведінкових проявів та наслідків прийняття рішень під впливом аномалій психічної діяльності. Це веде до формування чітких планів та цілей терапії. При порушенні цього компоненту знижується здатність визначати проміжні цілі терапії, що в свою чергу веде до відсутності критеріїв успішного лікування. Підвищується тривалість терапії та знижується її ефективність. Порушення емпіричного компоненту підвищує схильність до аутокурації за допомогою психоактивних речовин та до прийняття афективно-обумовлених рішень у різних ситуаціях.

До феноменів емпіричного компоненту входить:

1) «Визначення стану дезадаптації» – здатність усвідомлювати негативні емоційні зміни, спричинені психічними розладами.

Питання 7.1: *Факт того, що внаслідок психічних проблем ваш емоційний стан змінився, викликає у вас занепокоєння або тривожні думки? (Варіанти відповіді: 1 – в мене немає психічних проблем, отже і зміни стану немає; 2 – іноді, але зазвичай у зв'язку з об'єктивними обставинами; 3 – відчуваю дискомфорт, якщо думаю про психічні проблеми та особливості характеру; 4 – скоріше так, тому стараюся про це не думати; 5 – здебільшого так, якщо змінився в негативну сторону).*

2) «Визначення динаміки терапії» – здатність усвідомлювати причини виникнення психічного розладу та успішність чи неуспішність лікування, в якому пацієнт є активним учасником.



Питання 7.2: *Чи існують у вас проблеми з контролем власних емоцій? (Варіанти відповіді: 1 – ні, я завжди 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 важко пояснити; 5 – так, не можу цілком контролювати свої емоції через психічний розлад).*

3) «Визначення причин дезадаптації» – усвідомлення психічного розладу як головної причини зниження якості життя та соціального функціонування.

Питання 7.3: *Ваш психічний стан впливає на вашу працездатність та особисті відносини? (Варіанти відповіді: 1 – ні, я так не вважаю; 2 – іноді, але зазвичай у зв'язку з об'єктивними обставинами; 3 – були окремі ситуації, які важко 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 свій рівень психосоціальної адаптованості через співставлення психічного стану та рівня соціального та професійного функціонування.

Питання 7.4: *Чи уявляєте ви, як може змінитися ваше життя після покращення психічного стану? (Варіанти відповіді: 1 – зовсім ні; 2 – мені важко 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, що не міг раніше).*

Результати статистичного аналізу відповідей пацієнтів на ці питання наведені у таблиці 5.7, що дозволяє вивчити, як пацієнти усвідомлюють вплив своїх психічних розладів на соціальне функціонування та якість життя, а також чи здатні вони планувати покращення свого стану в контексті терапії. Відповіді допомагають зрозуміти, наскільки добре пацієнти орієнтуються у власних психічних проблемах і як це впливає на їх мотивацію до лікування.



Таблиця 5.7 – Розподіл та дисперсія відповідей пацієнтів (ГД1 + ГД2, n=102) на питання в рамках емпіричного компоненту «критичного самоусвідомлення»

Елемент	Відповіді					Дисперсія елемента
	«1»	«2»	«3»	«4»	«5»	
Питання 7.1	9 (8,8 %)	15 (14,7 %)	47 (46,1 %)	22 (21,6 %)	9 (8,8 %)	1,07
Питання 7.2	6 (5,9 %)	36 (35,3 %)	30 (29,4 %)	27 (26,5 %)	3 (2,9 %)	0,96
Питання 7.3	3 (2,9 %)	24 (23,5 %)	43 (42,2 %)	23 (22,5 %)	9 (8,8 %)	0,93
Питання 7.4	3 (2,9 %)	19 (18,6 %)	26 (25,5 %)	43 (42,2 %)	11 (10,8 %)	1,01

Примітка. Вказано кількість пацієнтів, які обрали відповідні варіанти відповіді, від «1» до «5», на кожне питання, та частку відповідей від всіх (% від 102) пацієнтів.

Сума дисперсії елементів дорівнювала 3,97; дисперсія загального тестового балу дорівнювала 8,52. Далі розраховано значення коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха за формулою:

$$\left(\frac{4}{4-1}\right) \left(\frac{8,52-3,97}{8,52}\right) = 0,7116$$

Значення коефіцієнту  $\alpha$ -Кронбаха 0,7116 відповідає «прийнятній» («ассертабель») надійності сукупності питань у тесті.

### Резюме

Представлений діагностичний психометричний інструмент є структурованим опитувальником, який складається з 27 питань. Вони згруповані у 7 феноменологічних компонентів «критичного самоусвідомлення», які оцінюються за від 1 до 5 балів. Опитувальник базується на аналізі ключових аспектів самоусвідомлення, що охоплюють когнітивні, афективні та поведінкові сфери. Його формат дозволяє деталізувати відповіді пацієнта. Тест сфокусований на непсихотичних розладах та включає оцінку мотивації пацієнта до лікування, що є важливим фактором ефективності ПК.

Отримані результати з розрахунку коефіцієнту альфа-Кронбаха, вказують на те, що рівень внутрішньої узгодженості тесту є достатнім для використання у клінічній практиці. Щодо визначення мінімальної кількості балів, які відображають достатній рівень критичності, в цьому дослідженні виявлено, що



середній показник за цією методикою після ПК в основних підгрупах дорівнював  $113,14 \pm 6,06$  балів. Тому показник, який відображає умовну «норму», визначено нами у межах 113-135 балів. Таким чином, мінімальна кількість балів дорівнює середньому рівню критичності у осіб, стан яких покращився після проходження ПК. Але точне визначення меж, які «відділяють» норму від аномалій психіки, потребує дослідження з участю респондентів без психічних розладів.

Застосування даного інструменту в клінічній практиці сприяє виявленню та кількісній оцінці ЗК у балах. Це дає змогу відстежувати динаміку змін у самоусвідомленні пацієнта. Багатокомпонентна структура опитувальника дає змогу оцінити критичність за окремими компонентами та визначити індивідуальні особливості ЗК на яких слід зосередити психокорекційну роботу. Визначення індивідуального профілю ЗК може сприяти більш глибокому розумінню стану пацієнтів, індивідуалізації підходу та моніторингу динаміки лікування.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступній публікації: [15]



## РОЗДІЛ 6

# СИСТЕМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДЛЯ ОСІБ З ТРИВОЖНО-ФОБІЧНИМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ, З ВРАХУВАННЯМ ЗНИЖЕННЯ КРИТИЧНОСТІ

### 6.1 Загальні принципи системи психокорекції, яка розроблена з врахуванням зниження критичності до психічного стану у осіб з тривожно- фобічним та соматоформним розладами

Була розроблена 8-тижнева програма ПК в амбулаторних умовах для пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами зі ЗК. Розроблена програма є результатом комплексного клініко-психопатологічного та психометричного дослідження та інтегрує сучасні підходи до ПК з урахуванням специфічних психопатологічних показників, профілів копінг-стратегій, типів ставлення до хвороби та особистісних акцентуацій, що визначають особливості ЗК у кожній із груп. За цією програмою передбачена цілеспрямована, персоніфікована робота над відновленням критичного самоусвідомлення, яке, в свою чергу, є важливим фактором підвищення ефективності лікування психічного розладу.

Завдяки послідовній роботі по відновленню когнітивного, мнестичного, прогностичного, аутоскопичного, інтроектного, емотивного та емпіричного компонентів критичності, а також, інтеграції в ПК елементів експозиційних, раціональних та сугестивних технік, ця програма спрямована не лише на зниження основної симптоматики, а й на формування стійкого адаптивного ставлення до хвороби, розвитку внутрішнього локусу контролю та психічної толерантності до ситуацій невизначеності. Завдяки цілеспрямованому впливу на механізми ЗК, серед яких, алекситимія, унікаюча поведінка, витіснення та катастрофізація, програма ПК забезпечує більш глибокі та довготривалі зміни у психічному стані пацієнтів, підвищуючи їх здатність до саморегуляції,



адаптації у повсякденному житті, та до запобігання погіршення психічного стану.

При розробці програми враховувалися такі аспекти, які були виявлені у контингенті дослідження і які, на нашу думку, впливають на ПК:

1. Клінічні та феноменологічні особливості ЗК, які полягають у неоднорідності усвідомлення різних проявів психічних розладів та впливу розладів на якість життя пацієнтів. Серед яких, психічні та функціональні феномени, переважно щодо яких знижена критичність. Сенсорні та вегетативні феномени, які проявляються як еквіваленти феноменів, критика до яких знижена. Феноменологічні констеляції сенсорних, вегетативних, психопатологічних, функціональних феноменів з різним рівнем критичності, які у типовій конфігурації складають психопатологічні синдроми.

2. Психометричні показники.

3. Внутрішня картини хвороби, яка у осіб при тривожно-фобічними розладами характеризувалася відчуттям втрати контролю за власним станом та емоціями, а проявом ЗК було «анозогностичне» ставлення до хвороби зі зниженням тривожності. Або формувався фокус на контролі за емоціями та включення унікаючої поведінки до гіперконтролю, який, в свою чергу, ставав одним з основних патернів поведінки пацієнтів. У осіб з соматоформним розладами ЗК було більший тісно пов'язано з алекситимією. Внутрішня картина хвороби при соматоформних розладах характеризувалася стійкою стурбованістю за власний соматичний стан.

4. Соціодемографічні характеристики, серед яких вік та стать пацієнтів, а також, рівень освіти, сімейний стан, тривалість психічного розладу, кількість госпіталізацій з приводу психічного розладу.

5. Фармакологічні впливи.



## **6.2 Вектори психокорекційних заходів в програмах психокорекції для осіб з тривожно-фобічними та соматоформним розладами зі зниженням критичності**

Розроблені програми передбачають два основні вектори ПК:

1. Відновлення окремих компонентів критичного самоусвідомлення. На основі показників когнітивного, мнестичного, прогностичного, аутоскопичного, інтроектного, емотивного та емпіричного компонентів критичного самоусвідомлення створюється індивідуальний профіль ЗК. Порядок та пріоритети ПК обираються відповідно до компонентів, за якими ЗК є найбільш вираженим.

2. Вибір технік ПК певного компоненту критичного самоусвідомлення: При цьому враховуються дані щодо того, критика яких конкретних феноменів найбільш знижена при тривожно-фобічному та соматоформному розладах.

ПК, розроблена з урахуванням фактору ЗК до свого психічного стану, передбачає такий підхід, де пацієнт поступово вчиться розпізнавати зміни у стані психіки, розуміє природу свого стану, вплив змін стану психіки на різні аспекти життя. Відмінністю запропонованого підходу до ПК є те, що в ньому враховується ЗК як самостійний фактор, який впливає на стан пацієнта та ефективність лікування та може піддаватися корекції.

## **6.3 План 8-тижневої психокорекції**

Наступна схема деталізує послідовність проведення ПК в амбулаторних умовах. Вона адаптована для пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами зі ЗК, враховуючи специфічні психопатологічні профілі, профілі копінг-стратегій, типи ставлення до хвороби та особистісні акцентуації. Програма розрахована на 8 тижнів, протягом яких 1 раз на тиждень проводиться сеанс ПК. Тривалість кожного сеансу 60 хвилин. Таким чином, тривалість ПК складає 8 годин на 8 сеансів. Послідовність програми враховує



першочергові завдання заходів ПК та зміну їх пріоритету впродовж ПК, рекомендовані техніки та очікувані результати.

Тиждень 1: діагностика, встановлення терапевтичного альянсу та введення в концепцію ЗК. Проводиться оцінка тяжкості ЗК. За допомогою шкали критичного самоусвідомлення визначається профіль ЗК. На цьому етапі також важливо встановлення комплаєнтних відносин з пацієнтом, з урахуванням його особистісних особливостей, формування терапевтичного альянсу. Психосвіта є першочерговим заходом, роль психосвіти в роботі зі ЗК може бути значною щодо тих аспектів ЗК, які пов'язані з недостатньою поінформованістю пацієнтів.

Психотехнічні особливості, виділені нами, як важливі: для осіб з тривожно-фобічними розладами важливе акцентування уваги на психологічних факторах, що впливають на стан пацієнта, використовуючи відповідну термінологію. Це сприяє формуванню впевненості у кваліфікації спеціаліста та ставленню до пацієнта як до дорослої дієздатної особи, що критично для формування терапевтичного альянсу, особливо враховуючи схильність до психологічного дистанціювання та зовнішнього локусу контролю. Важливо обговорити ЗК щодо хибності фобічних переживань та механізми уникаючої поведінки. Техніка «Віддзеркалення» - повторення або перефразування слів пацієнта для допомоги йому усвідомити свої думки щодо стану. Наприклад, «Ви сказали, що часто відчуваєте тривогу і не розумієте її причину. Як ви думаєте, що може бути джерелом цих відчуттів?» Це особливо ефективно при тривожно-фобічних розладах для сприяння усвідомленню природи тривоги, яку пацієнт може не розпізнавати через змінені когнітивні функції.

При соматоформних розладах, навпаки, доцільно використання зрозумілої лексики з мінімумом спеціальних термінів. При порівнянні психогенних чинників із соматичними захворюваннями, про соматичні захворювання говорити загальними фразами, без медичних термінів. При поясненні психічного розладу, навпаки, використовувати спеціальні терміни для зміщення фокусу уваги (за винятком випадків, коли нозофобічні або



іпохондричні думки обумовлені незнанням анатомічної будови, що можна пояснити наочно). З огляду на виражену алекситимію, робиться акцент на труднощах у розпізнаванні емоцій та їх впливу на соматичні відчуття. Пояснення ролі витіснення, фантазування та самонавіювання у формуванні ЗК. Початок освоєння базових вправ аутогенного тренування. Для пацієнтів, схильних до гіпотонії, запропонувати адаптовані варіанти. Це дозволить розпочати роботу з соматовегетативними симптомами, які часто є основним фокусом уваги пацієнтів з соматоформними розладами, забезпечуючи початковий контроль і комплаєнс.

Тиждень 2: поглиблення роботи над когнітивним компонентом, яка полягає в розширенні усвідомлення впливу симптомів на життя, з акцентом на зв'язку з дисфункціональними копінг-стратегіями. При переважанні зниження мнестичного компоненту – робота над мнестичним компонентом: допомога пацієнту в усвідомленні аномалій психічної діяльності шляхом порівняння поточного стану з попереднім досвідом, виявлення патернів емоційного та поведінкового реагування.

Техніки та заходи на другому тижні включають ведення та аналіз щоденників. Форма щоденників або повинна відповідати прийнятим стандартним формам для когнітивно-поведінкової терапії, або у довільній формі, яка обговорюється з пацієнтом на початку ПК. Ведення пацієнтами записів не є самоціллю, воно доцільне, якщо пацієнт налаштований вести щоденник, за умови, що ведення записів сприяє розумінню власного стану, змін, пов'язаних з ПК.

Техніка когнітивного аналізу: пацієнти оцінюють свої дії, думки та відчуття, пов'язані зі змінами психічного стану. Використання питань-формул: «Що ви думаєте про цей симптом?», «Як він впливає на ваше життя?», «Як ця тривога впливає на ваше бажання уникати певних ситуацій?», «Чи допомагає вам дистанціювання від проблеми насправді її вирішити?». Фокус на усвідомленні патернів «Втеча-уникнення» та «Дистанціювання».



Техніка когнітивної реструктуризації: аналіз негативних думок із заміною їх на раціональні. Наприклад, замість «Я завжди помиляюся» сказати: «Я можу вчитися на своїх помилках». Робота з катастрофізацією та переоцінкою небезпеки, що є частиною фобічного синдрому. Наприклад, замість «Якщо я вийду на вулицю, мені стане зле і я помру» на «Моя тривога – це неприємно, але вона не може мені нашкодити, і я зможу її пережити».

Особливості виконання технік в схемі ПК для осіб з тривожно-фобічними розладами полягають в наступному: відпрацювання техніки мисленнєвого експерименту, що включає словесний опис ситуацій, пов'язаних з фобіями. Ціль – пошук, усвідомлення та словесний опис клінічних феноменів, які для пацієнта були незрозумілі або неусвідомлені. Фокус робиться на хибності фобічних переживань. Для соматоформних розладів: продовження роботи над аутогенним тренуванням. Проводиться зменшення алекситимії за допомогою раціонально-емотивних та когнітивних технік, враховуючи її ключову роль у ЗК при цьому розладі. Важливим є пошук закономірностей між змінами психічного стану та соматовегетативними феноменами, що сприятиме усвідомленню психогенної природи симптомів.

Тиждень 3: цілями на третьому тижні є розвиток усвідомлення взаємозв'язків між факторами, змінами стану та їх наслідками, особливо у контексті стресових ситуацій та застосованих копінг-стратегій. Розвиток здатності розпізнавати, диференціювати та вербалізувати емоційний стан. Підготовка до роботи з прогностичним та аутоскопичним компонентами критичного самоусвідомлення.

Техніки ПК, які доцільно застосовувати для вказаних цілей наступні: застосування техніки «Контейнер» для роботи з нав'язливими думками та спогадами, полягає у тому, що пацієнту пропонують уявити собі контейнер (ящик, скриньку), який має бути міцним і закритим. В цей уявний «контейнер» треба «скласти» усі тривожні думки, нав'язливі страхи, неприємні спогади. Потім пацієнт подумки проговорює, щодо думок та емоцій, «складених у контейнер», він повернеться пізніше, коли буде до цього більш готовий та



емоційно стабільний. Це дозволяє тимчасово дистанціюватися від обтяжливих переживань, що особливо важливо для пацієнтів з тривожно-фобічними розладами зі схильністю до obsesій та фобій. Аналіз таблиць, щоденників або інших записів у рамках завдання для самостійної роботи, якщо пацієнти його засвоїли, застосовується і на цьому етапі, до завершення програми ПК. Продовження тренування рефлексії щодо психічних змін, фокус робиться на формуванні причинно-наслідкових зв'язків між факторами (збільшення або зменшення симптомів, поява нових феноменів), змінами стану та змінами у житті, що обумовлені зміною стану психіки. Проводиться обговорення з пацієнтами того, як певні поведінкові-стратегії впливають на динаміку стану.

Особливості технік ПК для тривожно-фобічних розладів: робота з тригерними ситуаціями з використанням когнітивних технік. Акцент на пошуку, усвідомленні та словесному описі клінічних феноменів, які раніше були незрозумілими або неусвідомленими. Обговорення зв'язку між тривожністю, екстернальним мисленням та унікаючою поведінкою. Особливістю технік ПК для соматоформних розладів є більший пріоритет роботи по корекції алекситимії. В корекції алекситимії були ефективні раціонально-емотивні та техніки, які впливають на когнітивні функції. Фокус уваги робиться на пошуку закономірностей між змінами психічного стану та соматовегетативними феноменами. Важливо допомогти пацієнтам розпізнавати невербалізовані емоції, що лежать в основі соматизації. Робота з іпохондричним та апатичним типами ставлення до хвороби, пояснюючи їх зв'язок з алекситимією.

Завдання для самостійної роботи: продовження ведення щоденника, застосування техніки «Контейнер» у повсякденному житті. Для пацієнтів із соматоформними розладами – додаткові вправи на диференціацію емоцій (наприклад, ведення «емоційного щоденника», де пацієнт намагається описати свої емоції максимально детально).

Тиждень 4: початок самостійної роботи по засвоєнню нових патернів поведінки та саморегуляції. Однією з задач ПК на четвертому тижні та в



подальшому, є допомога пацієнту в усвідомленні ролі аномалій психічної діяльності, у плануванні майбутнього та розумінні динаміки свого стану. Пацієнти навчаються ідентифікувати конкретні психічні аномалії, співвідносити їх з власною особистістю, визначати їх вплив на прийняття рішень та поведінку.

Використання раціональних методик, які базуються на теорії раціональної психотерапії, передбачає обговорення ролі психічних аномалій у плануванні майбутнього (для розвитку прогностичного компоненту критичного самоусвідомлення), що сприяє розумінню динаміки свого стану та його впливу на життєві цілі. Можливе обговорення з пацієнтом, як попередні патерни уникнення або дистанціювання (як при тривожно-фобічних розладах) або іпохондричні установки (при соматоформних розладах) раніше впливали на планування життя.

Особливості технік ПК при соматоформних розладах: за допомогою когнітивних технік формується усвідомлення зв'язків гіпотимічних феноменів (зниження настрою, ангедонія, зниження мотивації) з раціональними причинами. Формування раціональних або психологічно-зрозумілих зв'язків між гіпотимічними феноменами та їх причинами. Через раціонально-емотивні та когнітивно-поведінкові техніки формується алгоритм диференціації сомато-вегетативних феноменів, пов'язаних з соматизацією депресії. Мішенню ПК на цьому етапі є гіпотимія, соматизована депресія, дисфоричні феномени. Важливо враховувати, що зниження настрою та тривожність при соматоформних розладах можуть не усвідомлюватись в достатній мірі.

Тиждень 5: цілями ПК на цьому етапі є зменшення тривожності та нав'язливих думок через застосування специфічних технік, призначених для зниження симптомів, які підтримуються дисфункціональними копінг-стратегіями. Підвищення довіри пацієнта до експертної точки зору на психічні аномалії, подолання опору та перекладання відповідальності. Формування автоматичного переключення на позитивні думки через асоціації з позитивними



стимулами. Зменшення дратівливості через розуміння закономірності розвитку цих станів.

Техніки ПК, націлені на навчання формувати позитивно забарвлені думки. Також, спеціаліст разом з пацієнтом формують чіткі плани дій на випадок стрес-індукованої декомпенсації психічного розладу, появи нападopodobної тривоги та інших сценаріїв погіршення стану. Планування відбувається з урахуванням індивідуальних тригерів та патернів реагування.

В рамках конструктивної переробки дистресу здійснюється заміна нападів тривоги цілеспрямовано сформованими поведінковими актами. Для цього застосовуються техніки швидкого подолання тривоги та відновлення контролю, зокрема, техніка дихання в пакет, що дозволяє стабілізувати стан пацієнта. При роботі з фобічним синдромом через когнітивно-поведінкові техніки та техніки розвитку емоційного інтелекту, проводиться пошук тригерів та провокування загострення фобічної симптоматики в контрольованих умовах.

У випадку значного зниження інтроектного компоненту критичного самоусвідомлення робота починається з базового заходу – бесіди з пацієнтами щодо їх бачення цілей ПК. З'ясовується, які зміни у власному стані, на різних термінах ПК, пацієнти вважають достатньо значними для сприйняття як покращення, які зміни є мінімально-успішними, а також які результати лікування є найбільш бажаними. Обговорюються також очікувані зміни у якості життя, які не пов'язані безпосередньо з результатами лікування психічного розладу. Ефективною технікою на цьому етапі є «Позиція третьої сторони», коли пацієнту пропонується уявити себе в ролі нейтрального спостерігача, що аналізує думки експерта та власну аргументацію. Ця техніка допомагає подолати зовнішній локус контролю та схильність до перекладання відповідальності, що характерно для тривожно-фобічних розладів. У випадку висловлення пацієнтом аргументації, яка веде до ЗК за інтроектним компонентом, йому пропонується спробувати сформулювати альтернативні пояснення. Ефективність даного прийому залежить від достатнього



когнітивного компоненту, тому його використання обмежене при переважанні ЗК одночасно за інтроєктивним та когнітивним компонентами.

Для пацієнтів із соматоформними розладами через формування асоціацій між негативними емоціями та індивідуально-значущими позитивними стимулами формується автоматичне переключення на позитивні думки. Це досягається за допомогою аутосугестивних технік, включно з аутотренінгом. При наявності дратівливості необхідна робота з її зменшення та стабілізація психічного стану. Для цього через емотивні, когнітивні та раціональні техніки формується розуміння закономірності розвитку цих станів. Також проводиться навчання самореєстрації дратівливості та асоційованих феноменів, таких як імпульсивна поведінка, перепади настрою та нестриманість.

В якості завдання для самостійної роботи пацієнтам пропонується активне застосування технік контролю тривоги та нав'язливостей. Також передбачається продовження ведення щоденника з фокусом на ситуаціях, що викликають тривогу/дратівливість, та застосування нових стратегій.

Тиждень 6: ПК при тривожно-фобічних розладах на шостому тижні полягала в інтенсивному застосуванні експозиційних технік, які є ключовим інструментом для подолання уникаючої поведінки та зниження тривожності у реальних ситуаціях. При застосуванні технік експозиції були враховані когнітивні викривлення відносно фобічних переживань та впливу змісту фобій на поведінку. Таким чином, використання цих технік дало пацієнтам можливість безпосередньо зіткнутися з об'єктом страху та переосмислити його. Паралельно з експозиційними техніками, на шостому тижні проводилася ПК емотивного компоненту критичного самоусвідомлення, спрямована на навчання пацієнта ідентифікувати власні емоції, вербалізувати емоції та відрізняти зміни настрою, пов'язані з психічним розладом, від тих, які з психічним розладом не пов'язані. Одночасно проводиться ПК емпіричного компоненту, яка передбачає усвідомлення впливу психічних аномалій на якість життя, соціальне функціонування, поведінку та наслідки прийняття рішень. Для пацієнтів із соматоформними розладами здійснюється контроль результатів ПК



щодо покращення стану та зменшення ЗК, контроль включає оцінку змін у ставленні до хвороби та рівня алекситимії.

Експозиційні техніки є центральним елементом цього етапу. Вони максимально адаптуються до реальних життєвих цілей пацієнта та реалізуються у поведінкових актах. При роботі з obsесивно-фобічним синдромом використовуються когнітивно-поведінкові техніки з компонентами емотивної терапії для виявлення тригерів та провокування загострення obsесивно-фобічної симптоматики в контрольованих умовах. Окрему увагу приділяють тренуванню цілеспрямованого викликання стану панічної атаки у контрольованому середовищі. Це супроводжується інтеграцією уявлення щодо рефрактерного періоду тривоги та контролю над частотою панічних епізодів, що є основою для навчання принципу парадоксальної інтенції. Такий підхід ефективно руйнує патерни унікаючої поведінки та гіпогнозії, характерні для тривожно-фобічних розладів.

Робота над емотивним компонентом спрямована на розвиток здатності пацієнта розпізнавати емоційний дистрес, пов'язаний з його аномаліями, та ідентифікувати емоційний досвід у контексті розладу. Цей аспект має особливе значення для пацієнтів із соматоформними розладами, у яких часто спостерігається вищий рівень алекситимії, що ускладнює усвідомлення та вербалізацію емоцій.

У процесі роботи над емпіричним компонентом пацієнту пропонується порівняти свою взаємодію з іншими до та після появи симптомів. Це дозволяє усвідомити вплив розладу на соціальне функціонування. Також пацієнтів навчають плануванню інтеграції цілей лікування психічного розладу в повсякденне життя, що сприяє активній участі у ПК.

Техніки парадоксальної інтенції відіграють важливу роль у зниженні тривожності. Пацієнт навчається усвідомлювати обставини погіршення стану, включаючи емоційний фон, домінуючі емоції, стереотипи емоційного реагування на однотипні ситуації, а також поведінкові реакції при загостренні тривоги та контакті з тригерними стимулами. Проводиться десенсибілізація, що



зменшує чутливість до тригерних стимулів. Зменшення впливу катастрофізації досягається через досвід контрольованого перебування у ситуації, яка асоційована з катастрофізацією, що дозволяє пацієнту більш аргументовано заперечувати катастрофічність ситуації.

Важливою частиною ПК є навчання вербалізації тригерних ситуацій. Для цього застосовуються техніки з різних методів ПК, які обираються з урахуванням складнощів у вербалізації з боку пацієнта. Цей підхід є особливо актуальним для пацієнтів з алекситимією та тих, хто схильний до витіснення, оскільки допомагає їм усвідомлювати та висловлювати свої переживання.

Для пацієнтів з соматоформними розладами на цьому етапі проводиться контроль результатів ПК критичного самоусвідомлення, включаючи зміни в іпохондричному та апатичному типах ставлення до хвороби. Можливе використання сугестивних технік, індивідуально сформованих формул для аутосугестії, а також технік прогресивної м'язової релаксації для зниження тривожності та підвищення порогу тривожної реакції на тригери. Через когнітивно-поведінкові та емотивні техніки виявляються та описуються закономірності соматизації. Пацієнт вчиться розпізнавати соматизовану тривогу та вербалізувати негативні емоційні реакції.

Завдання для самостійної роботи на шостому тижні ПК передбачає активне виконання експозиційних вправ та продовження ведення щоденника, фіксуючи прогрес та складнощі у реальних ситуаціях. Для пацієнтів із соматоформними розладами додатково рекомендуються вправи на диференціацію та вербалізацію емоцій.

Тиждень 7: робота з толерантністю до невизначеності та самоконтролем. Продовження ПК гіпотимії. Сьомий тиждень ПК присвячений формуванню психічної толерантності до непередбачуваності та зменшення прагнення до повного контролю в ситуаціях, де повний контроль недоречний. Це особливо актуальне для пацієнтів з тривожно-фобічними розладами, які часто характеризуються відчуттям втрати контролю над ситуацією. Метою є досягнення збалансованого ставлення до умов невизначеності. Крім того, на



цьому етапі відбувається навчання аутогенному тренуванню та технікам релаксації як інструментам саморегуляції. Для пацієнтів із соматоформними розладами продовжується ПК зниженого настрою, соматизованої депресії та дисфоричних феноменів.

ПК тривоги з приводу втрати контролю здійснюється за допомогою раціональних, когнітивних та поведінкових технік, спрямованих на формування психічної толерантності до ситуацій непередбачуваності та зменшення прагнення до підвищеного контролю. Важливість акценту на самоконтролі на цьому етапі обумовлена тим, що при проведенні ПК на попередніх тижнях акцент робився на усвідомленні та реалізації самоконтролю емоційного стану, що важливо для критичності. Однак, для подальшої ефективної ПК важливо сформувати збалансоване ставлення до умов невизначеності. Обговорення ситуацій, де пацієнт відчуває втрату контролю, та пошук альтернативних стратегій реагування є невід'ємною частиною процесу ПК.

Поглиблене освоєння аутогенного тренування та технік релаксації, таких як прогресивна м'язова релаксація та дихальні вправи, дозволяє пацієнту самостійно справлятися з напругою та тривогою. Це підсилює відчуття контролю та знижує потребу у зовнішній підтримці, що особливо важливо для пацієнтів з тривожно-фобічними розладами.

Для пацієнтів із соматоформними розладами продовжується контроль результатів ПК критичного самоусвідомлення. Застосування сугестивних технік, індивідуально сформованих формул для аутосугестії та технік прогресивної м'язової релаксації сприяє подальшому зниженню тривожності. Через когнітивно-поведінкові та емотивні техніки продовжується виявлення та опис закономірностей соматизації. Пацієнт продовжує вчитися розпізнавати соматизовану тривогу та вербалізувати негативні емоційні реакції.

На цьому етапі, у осіб з соматоформними розладами, проводиться ПК гіпотимії, соматизованої депресії та дисфоричних феноменів. Через використання технік когнітивної терапії формується усвідомлення зв'язків гіпотимічних феноменів (зниження настрою, ангедонія, зниження мотивації) з



раціональними причинами. Таким чином, створюються раціональні або психологічно-зрозумілі зв'язки між гіпотимічними феноменами та їх причинами. За допомогою раціонально-емотивних та когнітивно-поведінкових технік формується алгоритм диференціації сомато-вегетативних феноменів, пов'язаних з соматизацією депресії. Це дозволяє працювати з неусвідомленою депресією та тривогою, що є ключовим аспектом для ПК ЗК при соматоформних розладах. Також, на сьомому тижні ПК для більшості пацієнтів може бути рекомендоване аутогенне тренування та релаксаційні техніки. Пацієнтам також пропонується ідентифікувати ситуації, які викликають відчуття втрати контролю, та застосовувати нові техніки, наприклад, парадоксальну інтенцію як один зі способів десенсибілізації до тригерів.

Очікувані результати цього етапу ПК включають значне зниження страху втрати контролю та прагнення до гіперконтролю, а також підвищення толерантності до невизначеності. Пацієнт повинен освоїти техніки саморегуляції, що дозволить йому ефективніше справлятися з тривогою та напругою. Також передбачається подальше зниження симптомів гіпотимії, депресії та дисфорії, з поглибленим усвідомленням їх психогенної природи.

Тиждень 8: на восьмому, завершальному тижні програми ПК, ключовими цілями є інтеграція досягнутих результатів, планування подальших кроків та запобігання рецидивам. Центральне місце займає порівняння змін стану пацієнта через обговорення досягнутого прогресу, з особливим акцентом на зміни у критичному самоусвідомленні та ставленні до хвороби. Важливою метою є планування майбутнього шляхом розробки стратегій для подальшого розвитку психічної саморегуляції та продовження ПК психічного розладу, враховуючи набуті знання про особистісні особливості та патерни реагування. Крім того, здійснюється закріплення набутих навичок через інтеграцію нових когнітивних, поведінкових та емотивних навичок у повсякденне життя, що включає навчання формуванню позитивно забарвлених думок. Нарешті, програма передбачає запобігання рецидивам шляхом розробки стратегій для розпізнавання та реагування на ранні ознаки погіршення стану.



Процес цього тижня розпочинається з підсумкової бесіди, під час якої пацієнт має можливість розповісти про свій прогрес, відзначити помічені зміни, покращення функціонування та трансформацію ставлення до хвороби, наприклад, зменшення тривожного, іпохондричного або апатичного типу ставлення. Особлива увага приділяється усвідомленню психогенної природи симптомів та ПК думок, які безпосередньо пов'язані з ЗК. У рамках цієї бесіди також обговорюються можливі залишкові симптоми та потенційні труднощі, які можуть виникнути в майбутньому, що дозволяє реалістично оцінити поточний стан та підготуватися до можливих викликів.

Планування майбутнього є наступним етапом, що передбачає розробку індивідуального плану самопомоги та саморегуляції. Цей план має на меті підтримання досягнутих результатів та сприяння подальшому розвитку. Він може включати продовження ведення щоденника, регулярну практику релаксаційних технік, використання когнітивних стратегій для переоцінки ситуацій, а також стратегії для подолання стресу. Паралельно обговорюються стратегії щодо продовження ПК психічного розладу, включаючи можливу подальшу ПК, участь у групах підтримки, або використання інших доступних ресурсів. На цьому етапі акцент робиться на розвитку внутрішнього локусу контролю та відповідальності за власне психічне здоров'я, що є ключовим для подолання схильності до перекладання відповідальності.

Важливою складовою є закріплення позитивно забарвлених думок. Пацієнта навчають свідомо формувати та підтримувати позитивні думки про себе та своє майбутнє. Цей процес інтегрує попередньо освоєні техніки, спрямовані на переформатування негативних когнітивних патернів.

Подальше обговорення принципів парадоксальної інтенції має на меті закріпити усвідомлення обставин погіршення стану, емоційного фону, стереотипів реагування, а також методів десенсибілізації до тригерів та думок, які ведуть до катастрофізації. Це поглиблює розуміння пацієнтом своїх реакцій та надає додаткові інструменти для саморегуляції психічного стану.



У деяких випадках для прямої роботи з нав'язливими страхами, які ускладнюють ПК на даному етапі, можуть бути використані сугестивні техніки. Проте, після їх застосування, феномен обов'язково додатково опрацьовується за допомогою когнітивних, поведінкових або раціональних технік для забезпечення стійкого ефекту та глибинного розуміння.

Навчання формуванню позитивно забарвлених думок є неперервним процесом, що продовжується і на цьому тижні, інтегруючись у загальну стратегію саморегуляції.

Для забезпечення ефективності в умовах кризових ситуацій, пацієнт з допомогою спеціаліста, який проводить ПК, розробляє чіткий план дій на випадок нападopodobної тривоги. Цей план розробляється з урахуванням всіх вірогідних ситуацій, при яких у пацієнта актуалізується тривожна симптоматика, що дозволяє оперативно та ефективно реагувати на погіршення стану.

Також продовжується робота з конструктивною переробкою дистресу, що передбачає заміну нападів тривоги цілеспрямовано сформованими поведінковими актами. Застосовуються техніки швидкого подолання тривоги та відновлення контролю над нападopodobними феноменами, що є кульмінацією всіх набутих навичок саморегуляції. Цей етап підкреслює перехід від залежності від спеціаліста до самостійного та ефективного управління своїм станом.

Критеріями ефективності проведених заходів ПК є консолідація досягнутих змін, які проявляється у зниженні виразності симптоматики психічного розладу та формуванні стійкого критичного самоусвідомлення власного психічного стану. Формування навичок самостійної психічної саморегуляції та ефективного подолання стресу. Зменшення ймовірності рецидивів завдяки розробленим стратегіям самопомоги та запобігання. Чітке розуміння пацієнтом своїх подальших кроків у підтримці психічного здоров'я та особистісному зростанні.



#### 6.4 Порівняння ефективності стандартного психокорекційного втручання з програмою психокорекційних заходів, яка створена з урахуванням зниження критичності у осіб з тривожно-фобічним та соматоформним розладами

Проведено компаративний аналіз ефективності стандартної ПК, в порівнянні з програмою заходів ПК, яка створена з урахуванням ЗК у осіб з тривожно-фобічним та соматоформним розладами.

Критерієм ефективності ПК було покращення стану пацієнтів, поява позитивної динаміки. Верифікація результатів модифікованої ПК проводилась з використанням опитувальників HADS, TAS-20, опитувальнику копінг-стратегій Лазаруса, «Шкали критичного самоусвідомлення».

Підгрупи пацієнтів з тривожно-фобічними (ГД1.1 та ГД1.2) та соматоформними розладами (ГД2.1 та ГД2.2) поділені таким чином, щоб між підгрупами однієї ГД не було статистично значущої різниці за досліджуваними показниками ( $p > 0,05$ ). Всі результати дослідження тривоги, депресії, алекситимії представлені в таблиці 6.1.

Таблиця 6.1 – Показники тривоги (за шкалою HADS-A), депресії (за шкалою HADS-D), алекситимії (за шкалою TAS-20 та субшкалами DIF, DDF, EOT) до психокорекційного втручання в підгрупах дослідження

Показник (бали)	ГД1.1 (n = 24) (M ± m)	ГД1.2 (n = 24) (M ± m)	p ГД1.1-ГД1.2	ГД2.1 (n = 27) (M ± m)	ГД2.2 (n = 27) (M ± m)	p ГД2.1-ГД2.2
HADS-A	12,00±3,56	11,58±2,55	0,783	6,56±2,26	6,26±1,02	0,986
HADS-D	5,46±1,82	5,50±1,74	0,992	7,52±1,95	8,63±1,88	0,052
TAS-20	38,83±11,10	38,58±10,67	0,976	60,41±4,71	60,96±3,58	0,571
TAS-DIF	12,75±5,51	12,21±3,79	0,927	22,89±3,21	23,93±2,95	0,221
TAS-DDF	9,00±3,05	8,63±2,62	0,798	19,26±2,70	18,70±2,48	0,559
TAS-EOT	17,08±3,69	17,75±7,57	0,602	18,26±3,21	18,33±2,09	0,481

Примітка 1. p за критерієм Манна-Уїтні для незалежних виборок.



Статистично значущих відмінностей за копінг-стратегіями між підгрупами ГД1.1 та ГД1.2 та, відповідно, між підгрупами ГД2.1 та ГД2.2, не виявлено ( $p \geq 0,05$ ). Всі результати порівняння середнього рівня копінг-стратегій представлені в таблиці 6.2.

Таблиця 6.2 – Показники копінг-поведінки до проведення психокорекційного втручання (за шкалою LCS) в підгрупах дослідження

Показник (%)	ГД1.1 (n = 24) (M ± m)	ГД1.2 (n = 24) (M ± m)	p ГД1.1- ГД1.2	ГД2.1 (n = 27) (M ± m)	ГД2.2 (n = 27) (M ± m)	p ГД2.1- ГД2.2
Конфронтацій- ний копінг	38,19±15,74 %	34,49±13,70 %	0,431	39,71±11,19 %	39,71±9,46 %	0,877
Дистанціювання	38,19±10,53 %	34,95±10,42 %	0,282	63,58±12,55 %	60,70±11,5%	0,559
Самоконтроль	61,71±10,55 %	59,72±11,75 %	0,519	31,04±8,07 %	30,69±9,28 %	0,757
Пошук соціальної підтримки	74,07±10,05 %	75,93±10,83 %	0,455	34,57±7,60 %	35,19±7,39 %	0,655
Прийняття відповідальності	27,08±9,28 %	23,96±9,92 %	0,230	25,00±9,53 %	25,62±11,5%	0,959
Втеча-уникнення	36,63±8,24 %	33,22±10,53 %	0,051	36,88±7,46 %	37,35±8,05 %	0,810
План вирішення проблеми	38,89±10,87 %	34,03±9,46 %	0,093	38,48±8,43 %	35,19±12,7%	0,335
Позитивна переоцінка	37,30±14,30 %	34,33±8,42 %	0,798	55,03±9,28 %	51,32±12,0%	0,208

Примітка 1. p за критерієм Манна-Уїтні для незалежних виборок.

Показники критичності були значно вищими в ГД1, в порівнянні з ГД2 ( $p < 0,05$ ). Проте, більш важливо, що результати дослідження за новою психометричною шкалою не відрізнялися між підгрупами у межах груп дослідження. Детальна інформація щодо середніх показників критичності приведена у таблиці 6.3.

Таблиця 6.3 – Показники критичності до психокорекційного втручання (за «Шкалою критичного самоусвідомлення») в підгрупах дослідження

Показник (бали)	ГД1.1 (n = 24) (M ± m)	ГД1.2 (n = 24) (M ± m)	p ГД1.1- ГД1.2	ГД2.1 (n = 27) (M ± m)	ГД2.2 (n = 27) (M ± m)	p ГД2.1- ГД2.2
Когнітивний	13,71±3,92	14,38±4,20	0,493	12,11±2,52	11,63±3,68	0,548
Мнестичний	16,17±5,91	16,58±4,49	0,878	15,63±1,90	16,00±2,40	0,731
Прогностичний	13,33±4,10	13,67±4,05	0,783	11,81±2,43	12,07±3,10	0,583
Аутоскопичний	9,63±3,33	9,92±3,02	0,878	8,81±1,88	9,07±2,32	0,548
Інтроєктний	11,54±3,16	11,79±3,41	0,455	10,15±2,44	11,11±2,45	0,173
Емотивний	18,21±2,08	18,38±2,08	0,721	12,30±2,07	12,96±2,19	0,249
Емпіричний	12,46±3,72	12,17±3,36	0,646	12,56±1,76	12,48±2,78	0,864
Показник критичності	95,04±20,98	96,88±19,95	0,783	83,37±9,29	85,33±13,40	0,680

Примітка 1. p за критерієм Манна-Уїтні для незалежних виборок.

Після проведення ПК у осіб з тривожно-фобічними розладами в ГД1.1., порівняно з ГД1.2, спостерігалися більш низькі показники алекситимії за загальною шкалою алекситимії – TAS-20, (29,96±3,83 балів в ГД1.1 та 35,50±5,55 балів в ГД1.2;  $p < 0,01$ ) та субшкалами цієї шкали: «Важкість опису почуттів» – TAS-DDF (7,13±1,73 балів в ГД1.1 та 8,38±1,31 балів в ГД1.2;  $p < 0,01$ ), «Екстернально-орієнтоване мислення» – TAS-EOT (12,29±2,39 балів в ГД1.1 та 15,04±3,44 балів в ГД1.2;  $p < 0,01$ ). За субшкалою «Важкість ідентифікації почуттів» – TAS-DIF також була статистична різниця, але менш виражена (10,54±2,04 балів в ГД1.1 та 12,08±2,59 балів в ГД1.2;  $p < 0,05$ ).

В той же час, у осіб з соматоформними розладами, виявлено наступні результати: в ГД2.1, в порівнянні з ГД2.2, виявлено значно менший рівень тривоги за субшкалою HADS-A (4,96±1,19 балів в ГД2.1 та 6,85±1,75 балів в ГД2.2;  $p < 0,01$ ), депресії за субшкалою HADS-D (5,41±1,91 балів в ГД2.1 та 7,33±2,09 балів в ГД2.2;  $p < 0,01$ ), алекситимії за шкалою TAS-20 (43,48±5,99 балів в ГД2.1 та 53,15±5,86 балів в ГД2.2;  $p < 0,01$ ). Також виявлено суттєво менший рівень «важкості ідентифікації почуттів» – компоненту алекситимії, який вимірюється у балах за субшкалою TAS-DIF, і складав 15,81±3,35 балів в ГД2.1 та 20,11±2,91 балів в ГД2.2 ( $p < 0,01$ ). Рівень за субшкалою



«екстернально-орієнтоване мислення» (TAS-EOT) також менший у підгрупі ГД2.1 склавши  $16,74 \pm 3,73$  балів, порівняно з  $21,04 \pm 3,51$  балів в ГД2.2 ( $p < 0,01$ ). Статистичного значущої різниці між ГД2.1 та ГД2.2 не мали відмінності тільки у показниках субшкали «екстернально-орієнтоване мислення» – TAS-DDF ( $p > 0,05$ ). Детально психометричні показники тривоги, депресії загального рівня та окремих компонентів алекситимії у підгрупах дослідження після ПК приведені у таблиці 6.4.

Таблиця 6.4 – Показники тривоги (за шкалою HADS-A), депресії (за шкалою HADS-D), алекситимії (за шкалою TAS-20 та субшкалами DIF, DDF, EOT) після проведення психокорекційного втручання в підгрупах дослідження

Показник (бали)	ГД1.1 (n = 24) (M ± m)	ГД1.2 (n = 24) (M ± m)	p ГД1.1-ГД1.2	ГД2.1 (n = 27) (M ± m)	ГД2.2 (n = 27) (M ± m)	p ГД2.1-ГД2.2
HADS-A	5,88±1,30	6,92±2,36	0,185	4,96±1,19	6,85±1,75	0,000
HADS-D	4,92±1,28	4,96±1,23	0,798	5,41±1,91	7,33±2,09	0,001
TAS-20	29,96±3,83	35,50±5,55	0,001	43,48±5,99	53,15±5,86	0,000
TAS-DIF	10,54±2,04	12,08±2,59	0,037	15,81±3,35	20,11±2,91	0,000
TAS-DDF	7,13±1,73	8,38±1,31	0,006	10,93±2,45	12,00±1,84	0,124
TAS-EOT	12,29±2,39	15,04±3,44	0,005	16,74±3,73	21,04±3,51	0,000

Примітка 1. p за критерієм Манна-Уїтні для незалежних виборок.

Результати в ГД1.1, порівняно з ГД1.2, відрізнялися більш низьким рівнем копінг-стратегій «Самоконтроль» ( $45,63 \pm 6,72$  % в ГД1.1 та  $54,37 \pm 11,49$  % в ГД1.2;  $p < 0,01$ ), «Дистанціювання» ( $23,15 \pm 9,22$  % в ГД1.1 та  $36,34 \pm 10,49$  % в ГД1.2;  $p < 0,01$ ), «Втеча-уникнення» ( $23,44 \pm 7,25$  % в ГД1.1 та  $32,81 \pm 14,13$  % в ГД1.2;  $p < 0,05$ ), «Позитивна переоцінка» ( $28,17 \pm 11,05$  % в ГД1.1 та  $36,51 \pm 12,92$  % в ГД1.2;  $p < 0,05$ ). Різниця за показником «Конфронтаційний копінг» була на межі статистичної значущості ( $31,25 \pm 12,35$  % в ГД1.1 та  $38,19 \pm 12,07$  % в ГД1.2;  $p = 0,051$ )

Результати в підгрупі ГД2.1, порівняно з ГД2.2, відрізнялися більш низьким рівнем копінг-стратегії «Конфронтаційний копінг» ( $31,69 \pm 9,09$  % в ГД2.1 та  $35,80 \pm 8,35$  % в ГД2.2;  $p < 0,05$ ) та «Дистанціювання» ( $41,98 \pm 16,83$  % в



ГД2.1 та  $51,23 \pm 11,25$  % в ГД2.2;  $p < 0,05$ ), а також підвищенням використання копінг-стратегій «Самоконтроль» ( $38,45 \pm 9,24$  % в ГД2.1 та  $28,04 \pm 7,51$  % в ГД2.2;  $p < 0,01$ ), «Прийняття відповідальності» ( $40,74 \pm 10,42$  % в ГД2.1 та  $28,70 \pm 12,08$  % в ГД2.2;  $p < 0,01$ ) та «План вирішення проблеми» ( $50,82 \pm 9,71$  % в ГД2.1 та  $36,83 \pm 11,75$  % в ГД2.2;  $p < 0,01$ ). Результати дослідження копінг-поведінки в контингенті дослідження детально приведені у таблиці 6.5.

Таблиця 6.5 – Показники копінг-поведінки після проведення психокорекційного втручання (за шкалою LCS) в підгрупах дослідження

Показник (%)	ГД1.1 (n = 24) (M ± m)	ГД1.2 (n=24) (M ± m)	p ГД1.1 - ГД1.2	ГД2.1 (n=27) (M ± m)	ГД2.2 (n = 27) (M ± m)	p ГД2.1- ГД2.2
Конфронтаційний копінг	$31,25 \pm 12,35$ %	$38,19 \pm 12,07$ %	0,051	$31,69 \pm 9,09$ %	$35,80 \pm 8,35$ %	0,041
Дистанціювання	$23,15 \pm 9,22$ %	$36,34 \pm 10,49$ %	0,000	$41,98 \pm 16,83$ %	$51,23 \pm 11,25$ %	0,016
Самоконтроль	$45,63 \pm 6,72$ %	$54,37 \pm 11,49$ %	0,007	$38,45 \pm 9,24$ %	$28,04 \pm 7,51$ %	0,000
Пошук соціальної підтримки	$56,02 \pm 11,10$ %	$63,19 \pm 12,98$ %	0,078	$27,16 \pm 7,91$ %	$28,60 \pm 11,29$ %	0,891
Прийняття відповідальності	$42,36 \pm 16,47$ %	$34,03 \pm 14,93$ %	0,085	$40,74 \pm 10,42$ %	$28,70 \pm 12,08$ %	0,000
Втеча-уникнення	$23,44 \pm 7,25$ %	$32,81 \pm 14,13$ %	0,015	$30,09 \pm 8,03$ %	$34,41 \pm 9,78$ %	0,090
План вирішення проблеми	$49,77 \pm 10,55$ %	$43,98 \pm 9,54$ %	0,051	$50,82 \pm 9,71$ %	$36,83 \pm 11,75$ %	0,000
Позитивна переоцінка	$28,17 \pm 11,05$ %	$36,51 \pm 12,92$ %	0,034	$49,91 \pm 8,70$ %	$50,62 \pm 11,37$ %	0,503

Примітка 1. p за критерієм Манна-Уїтні для незалежних виборок.

Після проведення ПК виявлено такі відмінності за показниками «Шкали критичного самоусвідомлення»: в ГД1.1, порівняно з ГД1.2, були більші ( $116,50 \pm 5,70$  балів в ГД1.1 та  $99,21 \pm 17,41$  балів в ГД1.2;  $p < 0,01$ ) бали на загальним показником критичності та за всіма компонентами, крім когнітивного та емотивного. В ГД2.1, порівняно з ГД2.2, показники були істотно вище ( $110,15 \pm 4,72$  балів в ГД2.1 та  $91,19 \pm 13,85$  балів в ГД2.2;  $p < 0,01$ ) як за загальним показником критичності, так і за всіма компонентами ( $p < 0,05$ )



окрім аутоскопичного та інтроєктного компонентів. Вказані результати детально приведені у таблиці 6.6.

Таблиця 6.6 – Показники критичності після проведення психокорекційного втручання (за «Шкалою критичного самоусвідомлення») в підгрупах дослідження

Показник (бали)	ГД1.1 (n=24) (M± m)	ГД1.2 (n=24) (M± m)	p ГД1.1- ГД1.2	ГД2.1 (n=27) (M± m)	ГД2.2 (n=27) (M± m)	p ГД2.1- ГД2.2
Когнітивний	15,92±2,08	15,04±3,14	0,455	18,67±1,36	12,22±2,69	0,000
Мнестичний	20,17±2,48	16,71±4,54	0,003	19,56±2,78	17,11±3,26	0,004
Прогностичний	17,29±2,65	14,08±3,96	0,001	16,22±1,93	12,85±3,02	0,000
Аутоскопичний	12,63±1,69	10,21±3,13	0,002	11,04±1,91	9,85±2,80	0,072
Інтроєктний	13,96±1,04	12,08±2,89	0,022	12,56±1,89	12,26±2,01	0,668
Емотивний	19,13±1,19	18,75±2,36	0,690	16,22±2,44	13,81±3,03	0,001
Емпіричний	17,42±2,34	12,33±3,12	0,000	15,89±2,22	13,07±2,73	0,000
Показник критичності	116,50±5,70	99,21±17,41	0,000	110,15±4,72	91,19±13,85	0,000

Примітка 1. p за критерієм Манна-Уїтні для незалежних виборок.

При порівнянні результатів до та після ПК в ГД1.1 виявлено зниження показників тривоги (до ПК 12,00±3,56 балів, та після – 5,88±1,30 балів;  $p < 0,01$ ), алекситимії (загальний показник TAS-20: до ПК 38,83±11,10 балів, та після – 29,96±3,83 балів;  $p < 0,01$ ), та за субшкалами TAS-20: «Важкість ідентифікації почуттів» (до ПК 12,75±5,51 балів, та після – 10,54±2,04 балів;  $p < 0,001$ ) та «Важкість опису почуттів» (до ПК 9,00±3,05 балів, та після – 7,13±1,73 балів;  $p < 0,01$ ).

Виявлено статистично значуще зниження показників копінг-стратегій, які асоційовані з менш адаптивною поведінкою: «Дистанціювання» (до ПК 38,19±10,53 %, та після – 23,15±9,22 %;  $p < 0,01$ ), «Самоконтроль» (до ПК 61,71±10,55 %, та після – 45,63±6,72 %;  $p < 0,01$ ), «Втеча-уникнення» (до ПК 36,63±8,24 %, та після – 23,44±7,25 %;  $p < 0,01$ ) та «Конфронтаційний копінг» (до ПК 38,19±15,74 %, та після – 31,25±12,35 %;  $p < 0,05$ ).



Одночасно виявлено статистично значуще збільшення показників адаптивних копінг-стратегій: «Прийняття відповідальності» (до ПК  $27,08 \pm 9,28$  %, та після –  $42,36 \pm 16,47$  %;  $p < 0,01$ ), «План вирішення проблеми» (до ПК  $38,89 \pm 10,87$  %, та після –  $49,77 \pm 10,55$  %;  $p < 0,01$ ). Зниження за копінг-стратегіями «Пошук соціальної підтримки» та «Позитивна переоцінка» (до ПК  $37,30 \pm 14,30$  %, та після –  $28,17 \pm 11,05$  %;  $p < 0,01$ ). Підвищення рівня копінг-стратегії «Прийняття відповідальності» ( $p < 0,01$ ) може бути пов'язане з більшими можливостями пацієнта до адаптивних реакцій на стреси та ефективної саморегуляції. Зниження інтенсивності застосування копінг-стратегій «Втеча-уникнення» разом з підвищенням «Плану вирішення проблеми» може означати перехід від уникаючої поведінки до раціонального виходу з ситуацій, пов'язаних з появою фобічної симптоматики. Це важливо для вироблення навичок саморегуляції фобічної симптоматики. Візуалізація змін у показниках рівня тривоги, депресії, загального рівня алекситимії та показників критичності приведена на рисунку 6.1, а зміни у показниках копінг-стратегій приведені на рисунку 6.2.

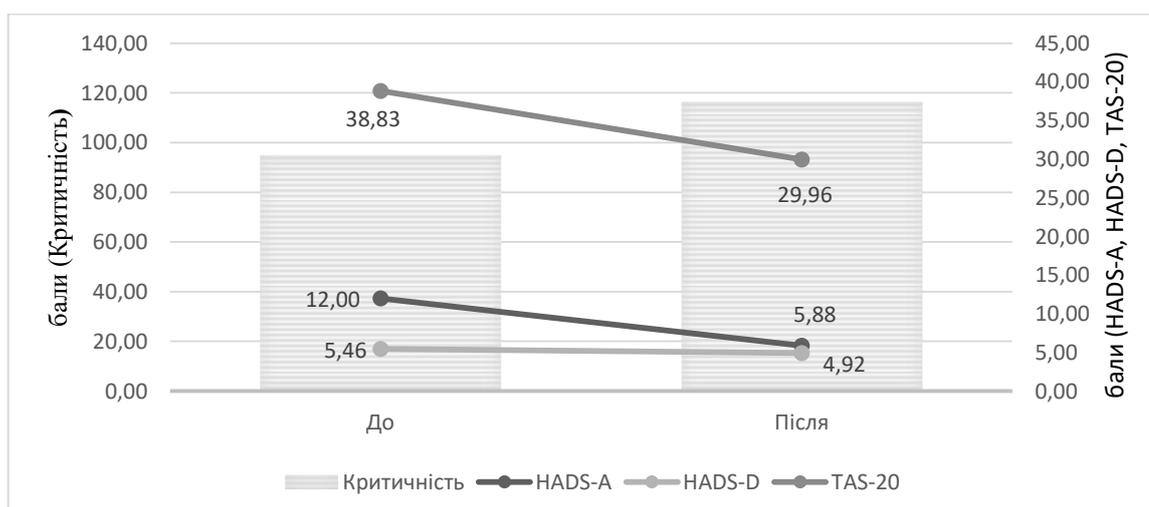


Рисунок 6.1 – Динаміка зміни показників тривоги (за шкалою HADS-A), депресії (за шкалою HADS-D), алекситимії (за шкалою TAS-20), критичності (за методикою «Шкала критичного самоусвідомлення») при проведенні психокорекційного втручання в підгрупі ГД1.1.

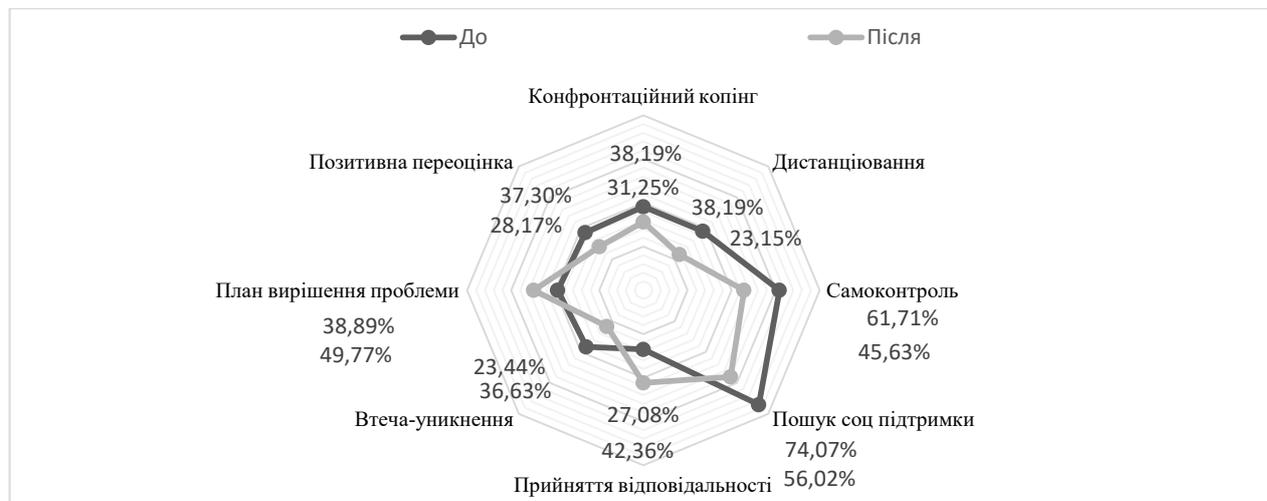


Рисунок 6.2 – Динаміка змін копінг-поведінки (за шкалою LCS, рівень в %) до та після психокорекційного втручання в підгрупі ГД1.1.

При порівнянні результатів до та після ПК в ГД1.2, виявлено статистично значуще зниження показників тривоги (до ПК  $11,58 \pm 2,55$  балів, та після –  $6,92 \pm 2,36$  балів;  $p < 0,05$ ) та депресії (до ПК  $5,50 \pm 1,74$  балів, та після –  $4,96 \pm 1,23$  балів;  $p < 0,05$ ). Проте, зниження показників алекситимії (загальний показник TAS-20: до ПК  $38,58 \pm 10,67$  балів, та після –  $35,50 \pm 5,55$  балів), «Важкість ідентифікації почуттів» (до ПК  $12,96 \pm 2,60$  балів, та після –  $12,08 \pm 2,59$  балів) та «Важкість опису почуттів» (до ПК  $8,71 \pm 1,63$  балів, та після –  $8,38 \pm 1,31$  балів) не досягло рівня статистичної значущості ( $p > 0,05$ ).

Щодо копінг-стратегій, не виявлено статистично значущої динаміки за більшістю шкал, зокрема не значуще зниження показників «Самоконтроль» (до ПК  $59,72 \pm 11,75$  %, та після –  $54,37 \pm 11,49$  %;  $p > 0,05$ ) та «Втеча-уникнення» (до ПК  $33,22 \pm 10,53$  %, та після –  $32,81 \pm 14,13$  %;  $p > 0,05$ ), а також, не значуще збільшення «Прийняття відповідальності» (до ПК  $23,96 \pm 9,92$  %, та після –  $34,03 \pm 14,93$  %;  $p > 0,05$ ), «План вирішення проблеми» (до ПК  $38,24 \pm 9,54$  %, та після –  $43,98 \pm 9,54$  %;  $p > 0,05$ ) та «Позитивна переоцінка» (до ПК  $38,43 \pm 11,35$  %, та після –  $40,51 \pm 12,98$  %;  $p > 0,05$ ).



Візуалізація змін у показниках рівня тривоги, депресії, загального рівня алекситимії та показників критичності приведена на рисунку 6.3, а зміни у показниках копінг-стратегій приведені на рисунку 6.4.

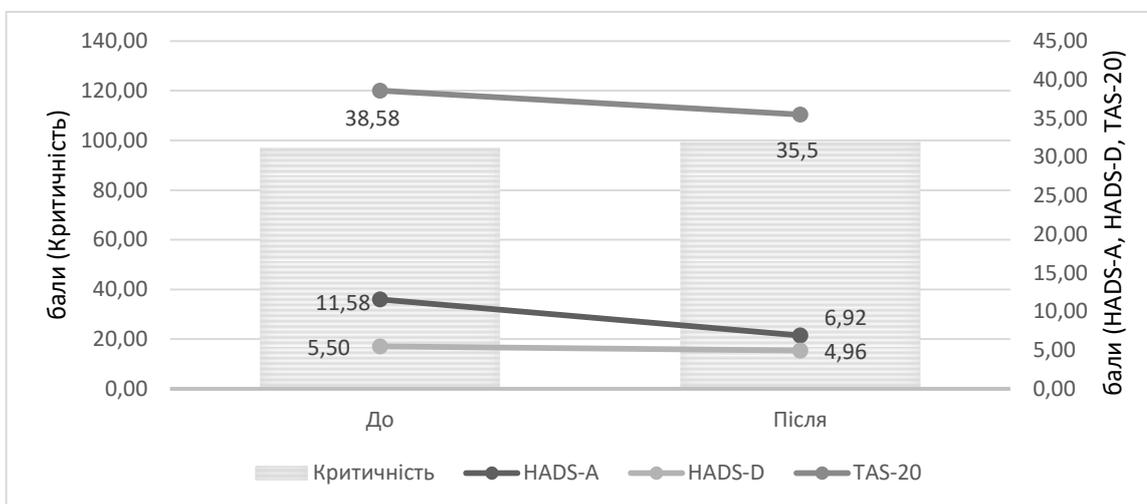


Рисунок 6.3 – Динаміка зміни показників тривоги (за шкалою HADS-A), депресії (за шкалою HADS-D), алекситимії (за шкалою TAS-20), критичності (за «Шкалою критичного самоусвідомлення») при проведенні психокорекційного втручання в підгрупі ГД1.2.

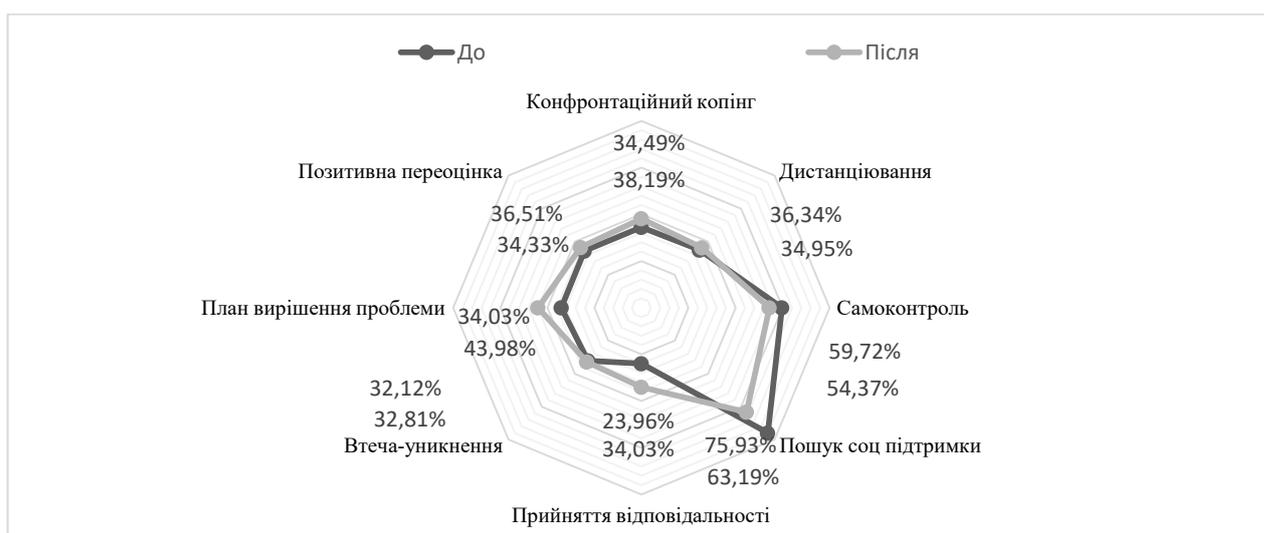


Рисунок 6.4 – Динаміка змін копінг-поведінки (за шкалою LCS, рівень в %) до та після психокорекційного втручання в підгрупі ГД1.2.



При порівнянні результатів до та після ПК в ГД2.1, виявлено статистично значуще зниження показників тривоги (до ПК  $6,56 \pm 2,26$  балів, та після –  $4,96 \pm 1,19$  балів;  $p < 0,01$ ), депресії (до ПК  $7,52 \pm 1,95$  балів, та після –  $5,41 \pm 1,91$  балів;  $p < 0,01$ ), алекситимії (загальний показник TAS-20: до ПК  $60,41 \pm 4,71$  балів, та після –  $43,48 \pm 5,99$  балів;  $p < 0,01$ ), а також зниження інтенсивності застосування копінг-стратегій: «Конфронтаційний копінг» (до ПК  $39,71 \pm 11,19$  %, та після –  $31,69 \pm 9,09$  %;  $p < 0,01$ ), «Дистанціювання» (до ПК  $63,58 \pm 12,55$  %, та після –  $41,98 \pm 16,83$  %;  $p < 0,01$ ), «Пошук соціальної підтримки» (до ПК  $34,57 \pm 7,60$  %, та після –  $27,16 \pm 7,91$  %;  $p < 0,01$ ).

Одночасно виявлено статистично значуще збільшення показників копінг-стратегій: «Самоконтроль» (до ПК  $31,04 \pm 8,07$  %, та після –  $38,45 \pm 9,24$  %;  $p < 0,01$ ), «Прийняття відповідальності» (до ПК  $25,00 \pm 9,53$  %, та після –  $40,74 \pm 10,42$  %;  $p < 0,01$ ), «План вирішення проблеми» (до ПК  $38,48 \pm 8,43$  %, та після –  $50,82 \pm 9,71$  %;  $p < 0,01$ ).

Значно зросли показники за «Шкалою критичного самоусвідомлення» (загальний показник: до ПК  $83,37 \pm 9,29$  балів, та після –  $110,15 \pm 4,72$  балів;  $p < 0,001$ ) та за її субшкалами: «Когнітивний» (до ПК  $12,11 \pm 2,52$  балів, та після –  $18,67 \pm 1,36$  балів;  $p < 0,001$ ), «Мнестичний» (до ПК  $15,63 \pm 1,90$  балів, та після –  $19,56 \pm 2,78$  балів;  $p < 0,01$ ), «Прогностичний» (до ПК  $11,81 \pm 2,43$  балів, та після –  $16,22 \pm 1,93$  балів;  $p < 0,001$ ), та «Емпіричний» (до ПК  $12,56 \pm 1,76$  балів, та після –  $15,89 \pm 2,22$  балів;  $p < 0,001$ ).

Найбільш значні зміни в зменшенні значення «дистанціювання» та підвищенні «самоконтролю», що вказує на впевненість пацієнтів в здатності впоратися з симптомами. Копінг-стратегії «Прийняття відповідальності» та «План вирішення проблем» набули більше значення в поведінці, що вказує на розуміння пацієнтами факторів, від яких залежить їх стан, та вже наявного на момент повторного тестування позитивного досвіду зменшення симптомів психічного розладу. Візуалізація змін приведена на рисунках 6.5 та 6.6.

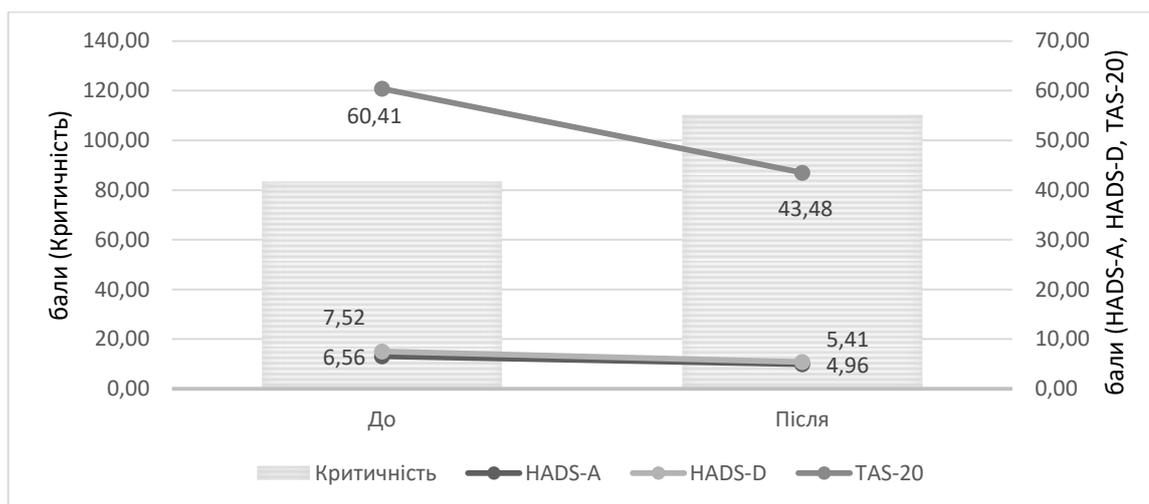


Рисунок 6.5 – Динаміка зміни показників тривоги (за шкалою HADS-A), депресії (за шкалою HADS-D), алекситимії (за шкалою TAS-20), критичності (за «Шкалою критичного самоусвідомлення») при проведенні психокорекційного втручання в підгрупі ГД2.1.

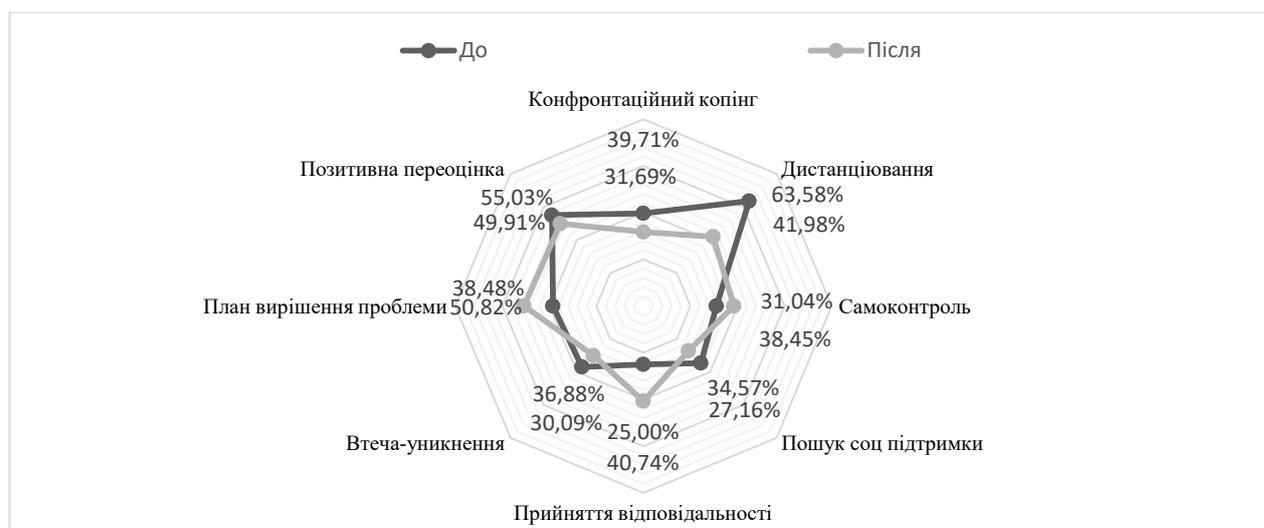


Рисунок 6.6 – Динаміка змін копінг-поведінки (за шкалою LCS, рівень в %) до та після психокорекційного втручання в підгрупі ГД2.1.

При порівнянні результатів до та після ПК в ГД2.2, виявлено статистично значуще зниження показників депресії (до ПК  $8,63 \pm 1,88$  балів, та після –  $7,33 \pm 2,09$  балів;  $p < 0,05$ ) та алекситимії (загальний показник TAS-20: до ПК  $60,96 \pm 3,58$  балів, та після –  $53,15 \pm 5,86$  балів;  $p < 0,01$ ), а також зниження вираженості копінг-стратегій «Дистанціювання» (до ПК  $60,70 \pm 11,52$  %, та після



–  $51,23 \pm 11,25$  %;  $p < 0,01$ ) та «Пошук соціальної підтримки» (до ПК  $35,19 \pm 7,39$  %, та після –  $28,60 \pm 11,29$  %;  $p < 0,01$ ).

Відсутні були значні зміни показників тривоги (до ПК  $6,26 \pm 1,02$  балів, та після –  $6,85 \pm 1,75$  балів;  $p > 0,05$ ) та показники за «Шкалою критичного самоусвідомлення» (загальний показник: до ПК  $85,33 \pm 13,40$  балів, та після –  $91,19 \pm 13,85$  балів;  $p > 0,05$ ). Також не виявлено значущої динаміки за іншими копінг-стратегіями, включаючи «Самоконтроль» (до ПК  $30,69 \pm 9,28$  %, та після –  $28,04 \pm 7,51$  %;  $p > 0,05$ ) та «Прийняття відповідальності» (до ПК  $25,62 \pm 11,54$  %, та після –  $28,70 \pm 12,08$  %;  $p > 0,05$ ). Таким чином, значні зміни ( $p < 0,05$ ) показників копінг-стратегій спостерігалися тільки в ГД1.1 та ГД2.1. Візуалізація змін показників за використаними психометричними опитувальниками представлена на рисунках 6.7 та 6.8.

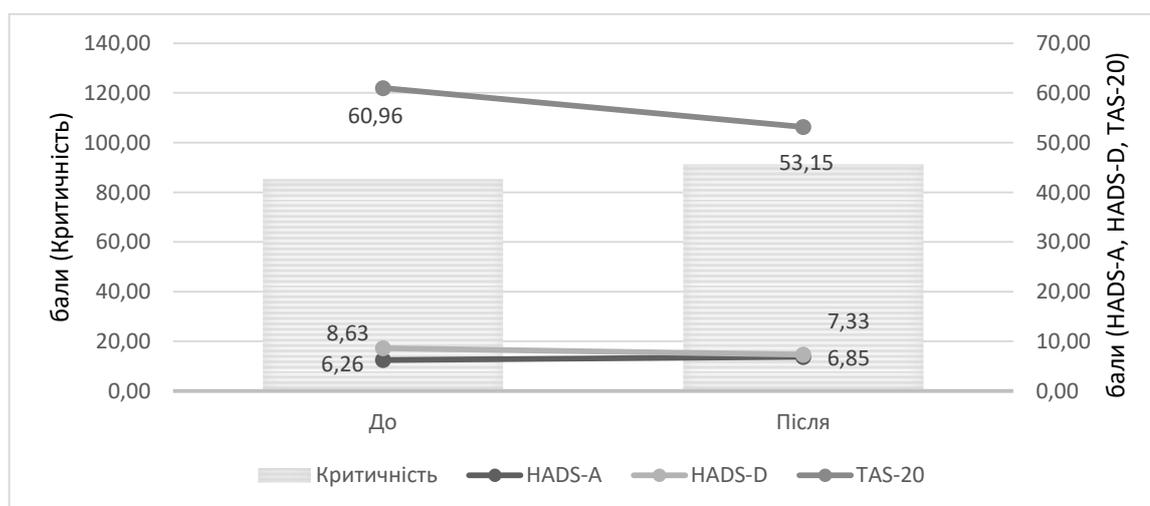


Рисунок 6.7 – Динаміка зміни показників тривоги (за шкалою HADS-A), депресії (за шкалою HADS-D), алекситимії (за шкалою TAS-20), критичності (за «Шкалою критичного самоусвідомлення») при проведенні психокорекційного втручання в підгрупі ГД2.2.

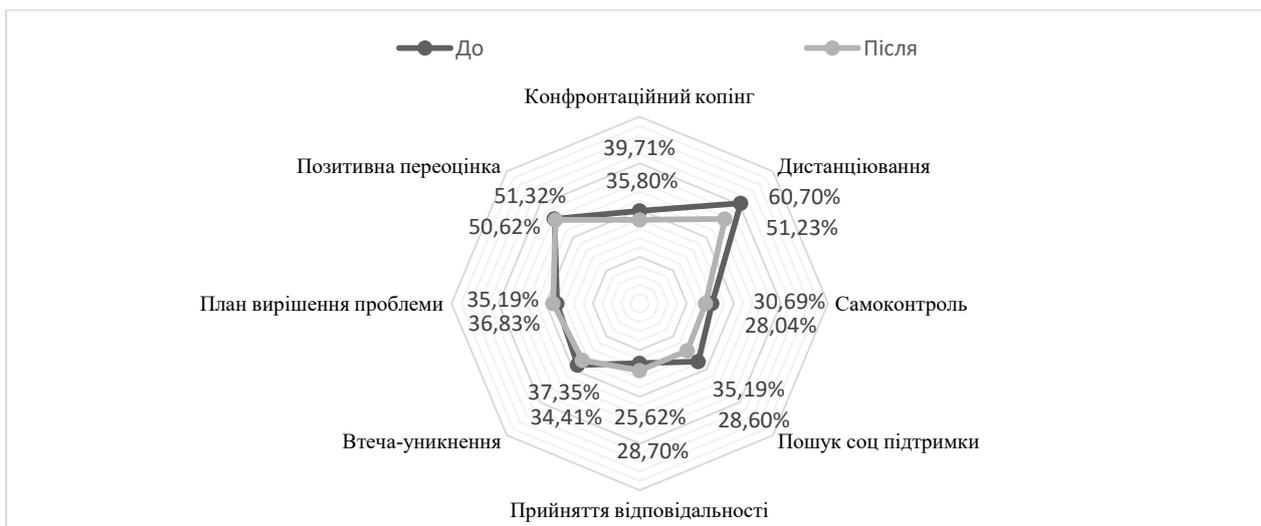


Рисунок 6.8 – Динаміка змін копінг-поведінки (за шкалою LCS, рівень в %) до та після психокорекційного втручання в підгрупі ГД2.2.

У підгрупі ГД1.1, учасники якої отримували модифіковану ПК, спостерігалися суттєві та статистично значущі зміни за деякими аспектами ставлення до хвороби. Кількість пацієнтів з «чистими» типами ставлення до хвороби значно зросла при проведенні ПК з 17 осіб (70,83 %) до 23 осіб (95,83 %;  $p = 0,02$ ). Це вказує на тенденцію до більшої диференціації та чіткості у сприйнятті свого захворювання. Особливо показовим є значне збільшення кількості пацієнтів з гармонійним (Г) типом ставлення: з 1 особи (4,17 %) до 9 осіб (37,5 %;  $p = 0,004$ ). Гармонійний тип є найбільш адаптивним, збільшення його частки свідчить про успішне формування зрілого та реалістичного ставлення до хвороби. Відзначено також зменшення кількості «змішаних» типів ставлення з 6 осіб (25,00 %) до 1 особи (4,17 %;  $p = 0,04$ ), що підтверджує зміни до більш інтегрованої та чіткої внутрішньої картини хвороби.

Натомість, у підгрупі ГД1.2, учасники якої проходили стандартну ПК, значущих змін у переважаючих типах ставлення до захворювання не зафіксовано. Кількість пацієнтів з «чистими» типами ставлення до хвороби практично не змінилася (19 осіб (79,17 %) до та 18 осіб (75 %) після,  $p = 0,73$ ). Кількість осіб з гармонійним (Г) типом залишилася незмінною (1 особа, 4,17 %,  $p = 1$ ). Аналогічно, значущих змін у розподілі інших типів ставлення,



включаючи анозогностичний (З), іпохондричний (І), неврастенічний (Н), тривожний (Т), меланхолічний (М), апатичний (А), сенситивний (С), егоцентричний (Е), паранояльний (П) та дисфоричний (Д), а також «змішаних» та «дифузних» типів, не спостерігалось. Це свідчить про відсутність суттєвого впливу ПК на внутрішню картину хвороби в ГД1.2. Детальні зміни ставлення до захворювання в ГД1.1 до та після курсу ПК представлені в таблиці 6.7.

Таблиця 6.7 – Порівняння поширеності різних типів ставлення до захворювання до та після проведення психокорекційного втручання в підгрупах ГД 1.1 та ГД1.2

Типи ставлення до хвороби	ГД1.1 до ПК, n	ГД1.1 після ПК, n	p	ГД1.2 до ПК, n	ГД1.2 після ПК, n	p
1	2	3	4	5	6	7
«Чисті» типи	17 (70,83 %)	23 (95,83 %)	0,02	19 (79,17 %)	18 (75 %)	0,73
Гармонійний (Г)	1 (4,17 %)	9 (37,5 %)	0,004	1 (4,17 %)	1 (4,17 %)	1
Ергопатичний (Р)	0 (0 %)	2 (8,33 %)	0,4	1 (4,17 %)	1 (4,17 %)	1
Анозогностичний (З)	4 (16,67 %)	2 (8,33 %)	0,66	4 (16,67 %)	4 (16,67 %)	1
Іпохондричний (І)	0 (0 %)	0 (0 %)	-	2 (8,33 %)	2 (8,33 %)	1
Неврастенічний (Н)	2 (8,33 %)	2 (8,33 %)	1	0 (0 %)	0 (0 %)	-
Тривожний (Т)	3 (12,50 %)	3 (12,50 %)	1	3 (12,50 %)	1 (4,17 %)	0,6
Меланхолічний (М)	0 (0 %)	0 (0 %)	-	1 (4,17 %)	1 (4,17 %)	1
Апатичний (А)	2 (8,33 %)	2 (8,33 %)	1	0 (0 %)	1 (4,17 %)	1
Сенситивний (С)	3 (12,50 %)	3 (12,50 %)	1	6 (25,00 %)	6 (25,00 %)	1
Егоцентричний (Е)	2 (8,33 %)	0 (0 %)	0,48	0 (0 %)	0 (0 %)	-
Паранояльний (П)	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
Дисфоричний (Д)	0 (0 %)	0 (0 %)	-	1 (4,17 %)	1 (4,17 %)	1
«Змішані» типи	6 (25,00 %)	1 (4,17 %)	0,04	3 (12,50 %)	5 (20,85 %)	0,43
ІА	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ПІ	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	1 (4,17 %)	1
ТН	1 (4,17 %)	0 (0 %)	1	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ТС	2 (8,33 %)	1 (4,17 %)	1	1 (4,17 %)	1 (4,17 %)	1
ТМ	0 (0 %)	0 (0 %)	-	1 (4,17 %)	1 (4,17 %)	1
ТА	1 (4,17 %)	0 (0 %)	1	0 (0 %)	0 (0 %)	-
СЕ	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ПД	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	1 (4,17 %)	1
ПІС	1 (4,17 %)	0 (0 %)	1	0 (0 %)	0 (0 %)	-
НЕД	1 (4,17 %)	0 (0 %)	1	0 (0 %)	0 (0 %)	-

Продовження Таблиці 6.7

1	2	3	4	5	6	7
НСД	0 (0 %)	0 (0 %)	-	1 (4,17 %)	1 (4,17 %)	1
ГІЕ	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ГІН	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ГІМА	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ГІНЕ	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ГІСЕ	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
«Дифузні» типи	1 (4,17 %)	0 (0 %)	1	2 (8,33 %)	1 (4,17 %)	1
ГСПД	1 (4,17 %)	0 (0 %)	1	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ГІМА	0 (0 %)	0 (0 %)	-	1 (4,17 %)	1 (4,17 %)	1
ГІМП	0 (0 %)	0 (0 %)	-	1 (4,17 %)	0 (0 %)	1
ГІМАЕ	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ГІМСД	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
НАСПД	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ГІАСЕ	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-

Примітка 1. р за методом МакНемара (для залежних виборок).

У підгрупі ГД2.1, де учасники отримували модифіковану ПК, кількість пацієнтів з «чистими» типами ставлення до хвороби зросла з 21 особи (77,78 %) до ПК до 25 осіб (92,6 %) після ПК, але, на відміну від подібних змін в ГД1.1, у осіб з соматоформним розладами ці зміни не були значущими ( $p = 0,12$ ). Спостерігалось значне збільшення частки пацієнтів з гармонійним (Г) типом ставлення до захворювання: до ПК цей тип виявлено у 1 особи (3,70 %), після ПК представленість гармонійного типу ставлення зросла до 7 осіб (25,9 %), що було значною відмінністю ( $p = 0,01$ ). Збільшення представленості гармонійного типу ставлення до захворювання в ГД2.1 вказує на формування реалістичного ставлення до хвороби з усвідомленням необхідності тривалого та послідовного лікування. Інші зміни в ставленні до захворювання в ГД1.1 не були статистично значущими ( $p \geq 0,05$ ).

Натомість, у підгрупі ГД2.2, учасники якої отримували стандартну ПК, значних змін не виявлено. Кількість пацієнтів з «чистими» типами ставлення до хвороби практично не змінилася (13 осіб – 48,15 % до та 14 осіб – 51,85 %, після,  $p = 0,78$ ). Кількість осіб з гармонійним (Г) типом залишилася вкрай низькою (0 осіб до, 1 особа (3,70 %) після,  $p = 1$ ). Аналогічно, значущих змін у



розподілі інших типів ставлення, включаючи анозогностичний (З), іпохондричний (І), тривожний (Т), сенситивний (С), а також «змішаних» та «дифузних» типів, не спостерігається. Це свідчить про відсутність суттєвого впливу стандартної ПК на внутрішню картину хвороби в ГД2.2, що особливо критично для пацієнтів зі ЗК, які потребують цілеспрямованої роботи з відновлення або формування критичності. Зміни ставлення до захворювання до та після ПК в ГД 2, показані в таблиці 6.8.

Таблиця 6.8 – Порівняння поширеності різних типів ставлення до захворювання до та після проведення психокорекційного втручання в підгрупах ГД 2.1 та ГД2.2

Типи ставлення до хвороби	ГД2.1 до ПК, n	ГД2.1 після ПК, n	Р	ГД2.2 до ПК, n	ГД2.2 після ПК, n	Р
1	2	3	4	5	6	7
«Чисті» типи	21 (77,78 %)	25 (92,6 %)	0,12	13 (48,15 %)	14 (51,85 %)	0,78
Гармонійний (Г)	1 (3,70 %)	7 (25,9 %)	0,01	0 (0 %)	1 (3,70 %)	1
Ергопатичний (Р)	2 (7,41 %)	4 (14,81 %)	0,66	0 (0 %)	2 (7,41 %)	0,49
Анозогностичний (З)	6 (22,22 %)	3 (11,11 %)	0,46	3 (11,11 %)	2 (7,41 %)	1
Іпохондричний (І)	6 (22,22 %)	4 (14,81 %)	0,72	4 (14,81 %)	4 (14,81 %)	1
Неврастенічний (Н)	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
Тривожний (Т)	0 (0 %)	0 (0 %)	-	2 (7,41 %)	1 (3,70 %)	0,61
Меланхолічний (М)	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
Апатичний (А)	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
Сенситивний (С)	4 (14,81 %)	5 (18,52 %)	0,73	3 (11,11 %)	2 (7,41 %)	1
Егоцентричний (Е)	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
Паранояльний (П)	1 (3,70 %)	1 (3,70 %)	1	1 (3,70 %)	1 (3,70 %)	1
Дисфоричний (Д)	1 (3,70 %)	1 (3,70 %)	1	0 (0 %)	1 (3,70 %)	1
«Змішані» типи	6 (22,22 %)	2 (7,41 %)	0,12	9 (33,33 %)	10 (37,03 %)	0,77
ІА	1 (3,70 %)	1 (3,70 %)	1	1 (3,70 %)	0 (0 %)	1
ТІ	1 (3,70 %)	0 (0 %)	1	1 (3,70 %)	2 (7,41 %)	0,61
ТН	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ТС	0 (0 %)	0 (0 %)	-	1 (3,70 %)	1 (3,70 %)	1
ТМ	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ТА	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
СЕ	0 (0 %)	0 (0 %)	-	1 (3,70 %)	1 (3,70 %)	1
ПД	1 (3,70 %)	0 (0 %)	1	2 (7,41 %)	2 (7,41 %)	1
ТІС	0 (0 %)	0 (0 %)	-	1 (3,70 %)	2 (7,41 %)	0,61
НЕД	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-



## Продовження таблиці 6.8

1	2	3	4	5	6	7
НСД	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ГІЕ	1 (3,70 %)	0 (0 %)	1	1 (3,70 %)	1 (3,70 %)	1
ГІН	0 (0 %)	0 (0 %)	-	1 (3,70 %)	0 (0 %)	1
ГМА	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	1 (3,70 %)	1
ГНЕ	1 (3,70 %)	1 (3,70 %)	1	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ГСЕ	1 (3,70 %)	0 (0 %)	1	0 (0 %)	0 (0 %)	-
«Дифузні» типи	0 (0 %)	0 (0 %)	-	5 (18,52 %)	3 (11,11 %)	0,44
ГСПД	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ГІМА	0 (0 %)	0 (0 %)	-	1 (3,70 %)	0 (0 %)	1
ГІМП	0 (0 %)	0 (0 %)	-	0 (0 %)	0 (0 %)	-
ГІМАЕ	0 (0 %)	0 (0 %)	-	1 (3,70 %)	1 (3,70 %)	1
ГІМСД	0 (0 %)	0 (0 %)	-	1 (3,70 %)	0 (0 %)	1
НАСПД	0 (0 %)	0 (0 %)	-	1 (3,70 %)	1 (3,70 %)	1
ГІАСЕ	0 (0 %)	0 (0 %)	-	1 (3,70 %)	1 (3,70 %)	1

Примітка 1. р за методом МакНемара (для залежних виборок).

## Резюме

У осіб з тривожно-фобічними розладами, виявлено більші показники критичного самоусвідомлення, в порівнянні з пацієнтами з соматоформними розладами ( $p < 0,05$ ).

При застосуванні модифікованої ПК, порівняно з ПК, яка не розрахована на відновлення критичності, у пацієнтів з тривожно-фобічними розладами, в ГД1.1, знизилась показники алекситимії ( $p < 0,01$ ) та відбулася більш значна ( $p < 0,05$ ) перебудова копінг-стратегій на більш адаптивні патерни поведінки – від дистанціювання, втечі від проблем до планомірного практичного їх вирішення. У підгрупі ГД2.1 було виявлено зниження тривоги ( $p < 0,01$ ) та значні зміни за всіма копінг-стратегіями ( $p < 0,05$ ), особливо, підвищення рівня «самоконтролю», «прийняття відповідальності» та «планування вирішення проблем».

Відмінності у результатах вказують на те, що застосування модифікованої ПК у пацієнтів зі ЗК сприяє більш значним покращенням та глибокими адаптивними змінами у поведінці. Таким чином, схема



модифікованої ПК більш ефективна у пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами зі ЗК.

В ході цього дослідження була доведена доцільність адаптації існуючих підходів до ПК для осіб з тривожно-фобічними та соматоформним розладами зі ЗК до власного психічного стану. Виявлено переваги застосування персоніфікованої програми ПК, яка розрахована на відновлення критичності до власного психічного стану у осіб з тривожно-фобічними та соматоформним розладами. На позитивні результати застосування нової програми ПК вказують значні зміни у рівні копінг-стратегій ( $p < 0,05$ ) при проведенні ПК, та збільшення представленості гармонійного типу ставлення до захворювання ( $p < 0,05$ ) в ГД1.1 та ГД2.1 при відсутності вище вказаних змін в підгрупах ГД1.2 та ГД2.2.

Основні результати, які викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [9, 14]



## РОЗДІЛ 7

### АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведене дослідження виявило значну поширеність феномену (ЗК) до власного психічного стану серед осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами, що підтверджує актуальність обраної теми дослідження. Важливо зазначити, що ЗК при цих розладах має принципово іншу природу, ніж при психотичних станах – ЗК не пов'язане з порушенням свідомості та глибокими змінами ядра особистості, а обумовлене складними психологічними механізмами, серед яких провідну роль відіграють алекситимія, уникаюча поведінка, витіснення та соматизація.

Феноменологічна структура ЗК виявилася складною та багатовимірною. Аналіз 50 виділених феноменів показав, що критичність знижена вибірково. Пацієнти можуть усвідомлювати одні аспекти свого стану, повністю заперечуючи інші. Показовою є практично повна збереженість критики до сенсорних та вегетативних феноменів (середній рівень ЗК 0-0,11 балів) при одночасному вираженому ЗК до психопатологічних та функціональних проявів. Така вибіркковість пояснюється тим, що соматичні симптоми є більш «прийнятними» для пацієнтів, краще піддаються вербалізації та не асоціюються зі стигматизованими психічними захворюваннями.

Порівняльний аналіз між групами дослідження виявив суттєві відмінності у структурі та механізмах ЗК. При тривожно-фобічних розладах (ГД1) ЗК носить більш «поведінковий» характер - пацієнти можуть інтелектуально усвідомлювати хибність своїх страхів, але не здатні змінити уникаючу поведінку. ЗК було виражене в більшій мірі, порівняно з ГД2, щодо постійної тривоги ( $p < 0,001$ ), ситуаційної тривоги ( $p < 0,05$ ) та дратівливості ( $p < 0,05$ ), що відображає специфіку захисних механізмів при цих розладах.



При соматоформних розладах (ГД2) картина принципово інша. Тут провідну роль відіграє алекситимія, що підтверджується значно вищими показниками за шкалою TAS-20 ( $60,69 \pm 5,20$  балів проти  $38,71 \pm 10,77$  балів в ГД1,  $p < 0,01$ ). ЗК має більш «емоційно-когнітивний» характер - пацієнти не здатні розпізнавати та диференціювати власні емоції, що призводить до їх соматизації. Особливо показовою є виражена ЗК щодо іпохондричної підозрілості ( $1,94 \pm 0,78$  балів).

Кореляційний аналіз виявив складну мережу взаємозв'язків між різними психологічними параметрами, що проливає світло на механізми формування ЗК. В ГД1 найбільш значущими виявилися зв'язки між тривогою та копінг-стратегіями «Позитивна переоцінка» ( $r = 0,321$ ,  $p < 0,01$ ), «Втеча-уникнення» ( $r = 0,315$ ,  $p < 0,01$ ) та «Дистанціювання» ( $r = 0,307$ ,  $p < 0,01$ ). Така констеляція кореляцій вказує на те, що ЗК при тривожно-фобічних розладах тісно пов'язане з дезадаптивними копінг-стратегіями - пацієнти використовують психологічне дистанціювання та уникнення як спосіб захисту від тривоги, що парадоксально посилює саму тривогу та знижує критичність до патологічних проявів.

В ГД2 ключову роль відіграє алекситимія. Виявлено сильні кореляції між більшістю субшкал TAS-20 ( $p < 0,01$ ), що свідчить про цілісність алекситимічного радикалу при соматоформних розладах. Особливо важливим є те, що в ГД2, на відміну від ГД1, спостерігається від'ємний зв'язок між депресією та «Позитивною переоцінкою» ( $r = -0,307$ ,  $p < 0,01$ ), що вказує на те, що депресивні прояви блокують здатність до когнітивного рефреймінгу. Також виявлено негативний зв'язок між віком та депресією ( $r = -0,301$ ,  $p < 0,01$ ), що може свідчити про вікову динаміку емоційних порушень при соматоформних розладах.

Принципово важливим є виявлення різної структури взаємозв'язків алекситимії в двох групах. В ГД1 всі компоненти алекситимії тісно корелюють між собою, тоді як в ГД2 статистично значущі кореляції між субшкалами відсутні. Це може вказувати на те, що при соматоформних розладах



алекситимія має більш дисоційований характер, з переважним порушенням окремих компонентів емоційної обробки.

Аналіз типів ставлення до хвороби виявив їх тісний зв'язок з ЗК. Статистично значуще переважання іпохондричного типу в ГД2 (18,52 % проти 4,17 %,  $p = 0,024$ ) підтверджує центральну роль соматичної фіксації у механізмах ЗК при соматоформних розладах. Пацієнти з іпохондричним ставленням «живуть» хворобою, що створює замкнене коло: фіксація на соматичних феноменах → знижена увага до емоційних проявів → посилення алекситимії → «соматизація» емоцій → посилення фіксації на соматичних феноменах.

Виявлено однакову поширеність анозогностичного типу ставлення до хвороби в обох групах (по 16,67 %), що вказує на те, що заперечення проблем з психічним здоров'ям є універсальним механізмом психологічного захисту при непсихотичних розладах, незалежно від нозологічної форми.

Розроблена семикомпонентна модель критичного самоусвідомлення дозволила вперше системно описати структуру ЗК при непсихотичних розладах. Кожен з виділених компонентів - когнітивний, мнестичний, прогностичний, аутоскопичний, інтроєктний, емотивний та емпіричний - відображає специфічний аспект усвідомлення хворобливих змін психіки.

Психометричний аналіз створеного опитувальника підтвердив його надійність. Найвищі показники  $\alpha$ -Кронбаха отримано для когнітивного (0,8939), інтроєктного (0,8444) та емотивного (0,8505) компонентів, що відповідає рівню «доброї» надійності. Дещо нижчі, але прийнятні показники мнестичного (0,7085), прогностичного (0,7332), аутоскопичного (0,7722) та емпіричного (0,7116) компонентів можуть відображати більшу варіабельність цих аспектів критичності у різних пацієнтів.

Важливо, що загальні показники критичності виявилися значно вищими в ГД1 порівняно з ГД2 ( $95,04 \pm 20,98$  проти  $83,37 \pm 9,29$  балів у підгрупах з модифікованою психокорекцією,  $p < 0,05$ ). Це підтверджує гіпотезу про більш



виражене ЗК при соматоформних розладах, де алекситимія блокує усвідомлення емоційних та психічних аспектів захворювання.

Порівняльний аналіз ефективності стандартної та ПК продемонстрував переконливі переваги персоніфікованого підходу, орієнтованого на відновлення критичності.

В ГД1.1 спостерігалися статистично значні зміни, які відображають покращення стану, за наступними параметрами: зниження тривоги (з  $12,00 \pm 3,56$  до  $5,88 \pm 1,30$  балів,  $p < 0,01$ ) та алекситимії (з  $38,83 \pm 11,10$  до  $29,96 \pm 3,83$  балів,  $p < 0,01$ ). Особливо показовими є значущі зміни рівнів копінг-стратегій, які вказують за значні зміни патернів відповіді на стресові ситуації. Так виявлено значне зниження рівня копінг-стратегій «Дистанціювання» (з 38,19 % до 23,15 %,  $p < 0,01$ ), «Втеча-уникнення» (з 36,63 % до 23,44 %,  $p < 0,01$ ) та зростання адаптивних «Прийняття відповідальності» (з 27,08 % до 42,36 %,  $p < 0,01$ ), «План вирішення проблеми» (з 38,89 % до 49,77 %,  $p < 0,01$ ). Це свідчить про формування більш зрілих механізмів подолання тривоги, замість патологічного уникнення.

Натомість в ГД1.2 спостерігалось лише зниження тривоги та депресії без значущих змін копінг-стратегій та критичності. Це підтверджує гіпотезу про те, що традиційна ПК, не орієнтована на роботу з ЗК, дає лише симптоматичне поліпшення без глибинних змін пато психологічних механізмів розладу.

В ГД2.1 відбулися значні зміни не тільки в клінічних показниках (зниження тривоги з  $6,56 \pm 2,26$  до  $4,96 \pm 1,19$  балів,  $p < 0,01$ ; депресії з  $7,52 \pm 1,95$  до  $5,41 \pm 1,91$  балів,  $p < 0,01$ ; алекситимії з  $60,41 \pm 4,71$  до  $43,48 \pm 5,99$  балів,  $p < 0,01$ ), але й у структурі копінг-поведінки. Особливо важливим є зростання «Самоконтролю» (з 31,04 % до 38,45 %,  $p < 0,01$ ), «Прийняття відповідальності» (з 25,00 % до 40,74 %,  $p < 0,01$ ) та «Плану вирішення проблеми» (з 38,48 % до 50,82 %,  $p < 0,01$ ) на тлі зниження «Дистанціювання» (з 63,58 % до 41,98 %,  $p < 0,01$ ). Така динаміка вказує на формування внутрішнього локусу контролю та переходу від пасивної позиції до активної участі у подоланні розладу.



В ГД2.2 значущих змін критичності та копінг-стратегій не відбулося, що особливо критично для пацієнтів з соматоформними розладами, де алекситимія є центральним патопсихологічним механізмом.

Одним з найбільш переконливих доказів ефективності модифікованої ПК є зміни у типах ставлення до хвороби. В ГД1.1 кількість пацієнтів з гармонійним типом зросла з 4,17 % до 37,5 % ( $p = 0,004$ ), що свідчить про формування зрілого, реалістичного ставлення до свого стану. Одночасно відбулося зниження «змішаних» типів з 25,00 % до 4,17 % ( $p = 0,04$ ), що вказує на інтеграцію внутрішньої картини хвороби, зменшення конфліктності та суперечливості ставлення до захворювання.

В ГД2.1 також спостерігалось значне зростання гармонійного типу (з 3,70 % до 25,9 %,  $p = 0,01$ ), що особливо важливо для пацієнтів з соматоформними розладами, які зазвичай мають іпохондричне або анозогностичне ставлення до хвороби. Формування гармонійного ставлення означає визнання психогенної природи симптомів без надмірної фіксації на них, що є ключем до стійкої ремісії.

В контрольних підгрупах (ГД1.2 та ГД2.2) таких змін не відбулося, що підтверджує специфічність впливу модифікованої ПК саме на внутрішню картину хвороби.

Аналіз змін за окремими компонентами критичності виявив диференційовану чутливість різних аспектів самоусвідомлення до психокорекційного впливу. В ГД1.1 найбільш виражені зміни спостерігалися за емпіричним (з  $12,46 \pm 3,72$  до  $17,42 \pm 2,34$  балів,  $p < 0,001$ ), прогностичним (з  $13,33 \pm 4,10$  до  $17,29 \pm 2,65$  балів,  $p < 0,001$ ) та мнестичним (з  $16,17 \pm 5,91$  до  $20,17 \pm 2,48$  балів,  $p < 0,01$ ) компонентами. Це відображає основні напрямки психокорекційної роботи при тривожно-фобічних розладах - усвідомлення впливу розладу на життя (емпіричний), розуміння динаміки та прогнозу (прогностичний), здатність порівнювати поточний стан з минулим (мнестичний).



В ГД2.1 найбільш чутливими виявилися когнітивний (з  $12,11 \pm 2,52$  до  $18,67 \pm 1,36$  балів,  $p < 0,001$ ), прогностичний (з  $11,81 \pm 2,43$  до  $16,22 \pm 1,93$  балів,  $p < 0,001$ ) та емпіричний (з  $12,56 \pm 1,76$  до  $15,89 \pm 2,22$  балів,  $p < 0,001$ ) компоненти. Це відображає специфіку роботи при соматоформних розладах, де необхідно насамперед формувати базове усвідомлення наявності психічного розладу (когнітивний компонент), що блокується алекситимією.

Важливо, що в обох групах з модифікованою ПК відбулося значне зростання загального показника критичності (до  $116,50 \pm 5,70$  балів в ГД1.1 та  $110,15 \pm 4,72$  балів в ГД2.1, обидва  $p < 0,001$ ), тоді як в контрольних групах ці зміни були незначущими. Це підтверджує, що саме цілеспрямована робота з відновлення критичності, а не просто зменшення симптомів, є ключем до стійких терапевтичних змін.

Отримані результати мають важливе значення для розуміння природи ЗК при неспсихотичних розладах. Вперше показано, що ЗК при тривожно-фобічних та соматоформних розладах є не простою відсутністю усвідомлення хворобливих змін, а складним багаторівневим феноменом, пов'язаним з патопсихологічними механізмами розладу - алекситимією, дезадаптивними копінг-стратегіями, соматизацією, іпохондричною фіксацією.

Створена семикомпонентна модель критичного самоусвідомлення та відповідний діагностичний інструментарій дозволяють вперше кількісно оцінити ЗК та відстежувати його динаміку в процесі лікування. Це відкриває нові можливості для персоніфікації психотерапевтичних втручань.

Розроблена 8-тижнева програма ПК демонструє високу ефективність у відновленні критичності та формуванні стійких адаптивних змін. Принципово важливим є те, що робота з критичністю призводить не тільки до зменшення симптомів, але й до глибинних змін особистісного функціонування - формування внутрішнього локусу контролю, адаптивних копінг-стратегій, гармонійного ставлення до хвороби.

При порівнянні цього дисертаційного дослідження з роботами інших авторів, важливо почати з робіт, в яких вказується на значення ЗК при



непсихотичних психічних розладах. Так Leutgeb зі співавторами дослідили 89 874 звернень за невідкладною медичною допомогою, виявивши, що пацієнти з соматоформними розладами зверталися на 40 % частіше, порівняно з пацієнтами без цих розладів. Але автори встановивши цей факт, не вивчали психологічні механізми, які обумовлюють цю особливість. Наше дослідження зосереджено на психологічних механізмах, так, в нашій роботі виявлено «вибірковість» ЗК іпохондричних явищ, що проявляється у вигляді іпохондричної поведінки, яка не усвідомлюється пацієнтами та відрізняється атиповими скаргами та проявами [116].

За виявленням коморбідної тривожної та депресивної симптоматики дослідження схоже з роботою Grover та співавторів. Вони виявили високий рівень коморбідності з депресією (68,7 %) та тривожними розладами (73,3 %). Також автори визначили, що пацієнти з соматоформними розладами мали в середньому  $8,3 \pm 3,2$  соматичних симптоми. Це схоже на вивчення феноменології проявів психічних розладів, проведене в нашому дослідженні, але в нашій роботі вивчалися не тільки соматичні феномени. Головна відмінність в тому, що дослідники не аналізували критичність як до розладів в цілому, так і до їх окремих проявів [91].

За використаними методиками (Шкала алекситимії TAS-20, Копінг-тест Лазаруса) наше дослідження схоже на роботу, в якій Tomioka та співавтори, дослідивши 30 пацієнтів з соматоформними розладами виявили середній показник алекситимії  $61,7 \pm 10,3$  бали (що близько до наших результатів -  $60,69 \pm 5,20$  балів в ГД2) та позитивну кореляцію між алекситимією та копінг-стратегією «дистанціювання» -  $r = +0,42$ ,  $p < 0,05$ ). Але Tomioka та співавтори не досліджували структуру ЗК та, не проводили порівняння з аналогічними показниками при тривожних розладах та не розробляли теорію, в якій би пояснювалась структура ЗК та вибірковість ЗК щодо окремих симптомів [173].

Rasmussen та співавтори у амбулаторних пацієнтів з соматизованою симптоматикою виявили, що вони частіше використовували дезадаптивні копінг-стратегії, зокрема «Втеча-уникнення». Однак цілі авторів не були



пов'язані зі ЗК, оскільки їх робота полягала у вивченні особливостей реакцій, націлених на подолання стресу. В нашому дослідженні на схожому контингенті (ГД2) переважали копінг-стратегії «Дистанціювання» ( $62,14 \pm 12,02$  %) та «Позитивна переоцінка» ( $53,17 \pm 10,82$  %) [149].

Більшість існуючих інструментів дослідження ЗК (SUMD, SAI, BCIS) розраховані на психотичний рівень розладів, що не дає змогу екстраполювати їх на тривожно-фобічні та соматоформні розлади. Спроби адаптувати ці методики показали суперечливі результати валідації, а в роботі Vigne кореляція SUMD з тяжкістю симптомів не буда статистично значущою ( $r = +0,18$ ,  $p > 0,05$ ) [181]. Halaj зі співавторами виявили нестабільну факторну структуру опитувальника BCIS. Щодо існуючих методик оцінки «інсайту», виділяється Insight Scale, розроблена Halaj-Huppert, але ця методика базується на більш простій, 3-компонентній моделі, які не відображають складність інсайту при невротичних розладах [95].

Виявлені особливості ЗК при тривожно-фобічних та соматоформних розладах вказують на необхідність враховувати клінічні відмінності при виборі ПК. При тривожно-фобічних розладах акцент робиться на роботі з унікаючою поведінкою, екстернальним локусом контролю, гіпогнозією хибності фобічних переживань. При соматоформних - на зменшенні алекситимії, формуванні здатності розпізнавати та вербалізувати емоції, усвідомленні психогенної природи соматичних симптомів. Таким чином, проведене дослідження суттєво розширює уявлення про природу ЗК при непсихотичних розладах та пропонує ефективні інструменти для його діагностики та корекції, що має важливе значення для підвищення ефективності лікування цієї численної групи пацієнтів.



## ВИСНОВКИ

1. Встановлено клініко-анамнестичні особливості проявів ЗК при тривожно-фобічних та соматоформних розладах. Складено глосарій психопатологічних та соматичних феноменів. При дослідженні ЗК за окремими феноменами, виявлено, що ЗК було вибіркоvim, а його ступінь щодо окремих феноменів був різний. Так у ГД1 найвищий рівень ЗК виявлено щодо фобії публічних місць ( $2,12 \pm 0,93$  бали). У ГД2 виявлено найбільші показники ЗК щодо іпохондричної симптоматики ( $1,94 \pm 0,78$  бали). Статистично значущі відмінності ( $p < 0,01$ ) у показниках тривожності та впливу на працездатність підтверджують специфічність клінічного профілю ЗК для кожної нозологічної групи.

2. Проведено аналіз медико-психологічних характеристик, який виявив, що у ГД1 рівень тривоги ( $11,79 \pm 3,07$ ) вищий, а депресії ( $5,48 \pm 1,76$ ) нижчий, ніж у ГД2 ( $p < 0,01$ ). Вираженість алекситимії в ГД2 ( $60,69 \pm 5,20$ ) в 1,57 рази перевищує показник за шкалою TAS-20 в ГД1 ( $38,71 \pm 10,77$ ;  $p < 0,01$ ). Виявлені відмінності у копінг-стратегіях, що відображає різницю у патернах поведінки при подоланні стресу. Для ГД1 було характерним переважання копінг-стратегій «Пошук соціальної підтримки» ( $75,00 \pm 10,38$  % проти  $34,88 \pm 7,43$  %;  $p < 0,01$ ) та «Самоконтроль» ( $60,71 \pm 11,09$  % проти  $30,86 \pm 8,62$  %;  $p < 0,01$ ), тоді як у ГД2 переважали копінг-стратегії «Дистанціювання» ( $62,14 \pm 12,02$  % проти  $36,57 \pm 10,49$  %;  $p < 0,01$ ) та «Позитивна переоцінка» ( $53,17 \pm 10,82$  % проти  $35,81 \pm 10,81$  %;  $p < 0,01$ ). У ГД2 виявлено переважання іпохондричного типу ставлення до хвороби ( $18,52$  %;  $p < 0,01$ ). Виявлені відмінності, разом з акцентуаціями характеру (тривожна у ГД1 та демонстративна у ГД2;  $p < 0,05$ ), відображають медико-психологічний базис формування ЗК.

3. Виявлено основні фактори ризику та прогностичні критерії розвитку ЗК, серед яких провідну роль відіграють алекситимія та дезадаптивні копінг-механізми. Труднощі у розпізнаванні емоцій, вербалізації емоційних станів та



екстернальне мислення, як складові алекситимії, є тими факторами, які знижують ефективність ПТ та ПК. Встановлено, що у ГД1 тривога позитивно корелює з екстернальним мисленням (0,307;  $p < 0,01$ ) та стратегією «Втеча-уникнення» (0,315;  $p < 0,01$ ). У ГД2 депресія негативно корелює з віком (-0,301;  $p < 0,01$ ) та стратегією «Позитивна переоцінка» (-0,307;  $p < 0,01$ ). Ці кореляції виступають прогностичними маркерами ЗК, де високий рівень алекситимії та схильність до дистанціювання є предикторами стійкого ЗК та відповідних змін у внутрішній картині хвороби.

4. Розроблено та апробовано діагностичну 7-компонентну модель ЗК, на основі якої розроблено діагностичний опитувальник «Шкала критичного самоусвідомлення» з 27 питань. Виділено 7 компонентів критичності – когнітивний, мнестичний, прогностичний, аутоскопичний, інтроєктний, емотивний, емпіричний. Статистична валідація підтвердила надійність за  $\alpha$ -Кронбаха (від 0,7085 до 0,8939). Апробація моделі показала, що загальний показник у ГД1 ( $95,04 \pm 20,98$ ) достовірно вищий, ніж у ГД2 ( $83,37 \pm 9,29$ ;  $p < 0,05$ ). Цей опитувальник вимірює рівень збереженості кожного компоненту окремо, а загальний показник є сумою балів за всіма компонентами. Це дозволяє кількісно оцінити рівень ЗК та побудувати індивідуальний якісний профіль ЗК, що важливо для вибору оптимальних методів ПК.

5. Розроблено персоніфіковану типоспецифічну систему ПК та проведено її апробацію, в результаті якої підтверджено перевагу модифікованого підходу. Так, у ГД1.1 в результаті застосування типоспецифічної ПК зафіксовано зниження тривоги (до  $5,88 \pm 1,30$ ) та підвищення критичності (до  $116,50 \pm 5,70$ ;  $p < 0,001$ ). У ГД2.1 суттєво зменшилися рівні алекситимії (з  $60,41 \pm 4,71$  до  $43,48 \pm 5,99$  балів;  $p < 0,01$ ) тривоги (з  $6,56 \pm 2,26$  до  $4,96 \pm 1,19$  балів;  $p < 0,01$ ) та депресії (з  $7,52 \pm 1,95$  до  $5,41 \pm 1,91$  балів;  $p < 0,01$ ). Достовірно зросла частка гармонійного типу ставлення до хвороби: до 37,5 % у ГД1.1 та до 25,9 % у ГД2.1 ( $p < 0,05$ ). Результати апробації доводять, що фокусований вплив на ЗК забезпечує більш стійке покращення стану пацієнтів.



## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. При зборі скарг та анамнезу у осіб як з тривожно-фобічними, так і з соматоформним розладами, важливо звертати увагу на прояви страху втрати свідомості та страху втрати розуму. Також, важливими є об'єктивні та анамнестичні ознаки зниження настрою, незалежно від відсутності скарг на гіпотимію. Звертати увагу на депресивний вираз обличчя та незвичні згадки про депресію у минулому. У осіб з соматоформними розладами, також важливо виявляти соматизовану тривожну та іпохондричну симптоматику. Всі вказані феномени асоційовані зі ЗК до власного психічного стану.

2. При лікуванні осіб з тривожно-фобічними розладами важливо виявляти соматизовані еквіваленти тривоги. При лікуванні осіб з соматоформними розладами важливо проводити скринінг на депресію та враховувати велику вірогідність маскованої депресивної симптоматики. Також поширеним та важливим феноменом при цих розладах є алекситимія. Для оцінки рівня та особливостей алекситимії доцільно використовувати один з опитувальників алекситимії, наприклад, шкалу TAS-20.

3. Важливо налаштовувати пацієнтів на довготривале системне лікування психічних розладів. Для чого слід встановлювати прийнятні терміни амбулаторного спостереження, враховувати занепокоєність пацієнтів щодо соматичних та соматоформних проявів та вплив змін у психічному стані на відмову від медикаментозного лікування.

4. Доцільно використовувати розроблений опитувальник для діагностики рівня критичного самоусвідомлення у всіх пацієнтів з тривожно-фобічними розладами, щодо яких є підозра на анозогностичні тенденції у внутрішній картині хвороби та низький комплаєнс. Новий психометричний діагностичний опитувальник для оцінки критичного самоусвідомлення рекомендовано використовувати у всіх пацієнтів з соматоформними розладами.



6064616954437162

5. При лікуванні у осіб з виявленим ЗК використовуйте відповідні варіанти розробленої програми ПК. Для вибору пріоритетних методик немедикаментозного лікування рекомендовано орієнтуватися на результати обстеження за новим опитувальником критичного самоусвідомлення, а саме, на показники окремих субшкал опитувальника та загальний рівень критичного самоусвідомлення.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аврамчук О. Розлад соціальної тривоги: актуальність та перспективи. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2018. Вип. 3, № 3. Р. e0303103. URL: <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v3i3.103>
2. Візнюк І. М. Детермінанти розвитку іпохондричних явищ у фахівців різних професій. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми*. 2016. № 46. С. 128–132. URL: <https://vspu.net/sit/index.php/sit/article/view/2373/4947>
3. Волошина В. О, Довгалюк Т. А. Соціальна та метакогнітивна природа психосоматики: рефлексія та метапізнавальна сфера особистості у контексті соціальної значимості хвороби. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2017. Вип. 5, № 6. С. 14–18. URL: <https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/issue/archive/2>
4. Денисенко М. Аналіз адиктивного стану хворих на невротичні розлади (частоти виразності адиктивних феноменів та адиктивні потенціали об'єктів вживання). *Український вісник психоневрології*. 2016. Вип. 24, № 3. С. 45–50. URL: [https://www.researchgate.net/publication/368960748\\_Analiz\\_addiktivnogo\\_sostoania\\_bolnyh\\_s\\_nevroticeskimi\\_rasstrojstvami](https://www.researchgate.net/publication/368960748_Analiz_addiktivnogo_sostoania_bolnyh_s_nevroticeskimi_rasstrojstvami)
5. Дрюченко М. О. Визначення рівня тривожності у хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію органів травлення. *Матеріали 74-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ*. Ужгород : ФОП «Сабов А.М.», 2020. С. 34-35. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/31363>
6. Дьома І. С., Підлубний В. Л., Клініко-анамнестичні особливості хворих на серцево-судинні захворювання з різними типами іпохондричної симптоматики. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2018. № 9. С. 78–81. URL: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-9-11>



7. Закладний М. В. Медико-психологічна корекція емоційних порушень обґрунтування необхідності диференційованих підходів. *Український вісник психоневрології*. 2016. Вип. 87, № 2. С. 47–52. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp\\_2016\\_24\\_2\\_14](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2016_24_2_14)
8. Заседа Ю. И. Медико-психологические характеристики пациентов с психосоматическими и соматоформными расстройствами в контексте клинко-психофеноменологического исследования. *Міжнародний медичний журнал*. 2015. Т. 21, № 3. С. 36–44. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mmzh\\_2015\\_21\\_3\\_10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mmzh_2015_21_3_10)
9. Кондратенко М. Ю. Актуальність психокорекції, модифікованої з урахуванням зниження критичності у осіб з тривожно-фобічними та соматоформним розладами. *Актуальні питання сучасної медицини та фармації* : тези доповідей 85 Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів з міжнар. участю (м. Запоріжжя, 15-16 травня 2025р.). Запоріжжя, ЗДМФУ, 2025. С. 60. URL: [https://mphu.edu.ua/upload/files/250521\\_zb\\_c.pdf](https://mphu.edu.ua/upload/files/250521_zb_c.pdf)
10. Кондратенко М. Ю. Клініко-анамнестична характеристика пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами в залежності від наявності анозогнозії та рівня алекситимії. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації* : тези доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю молодих вчених та студентів (м. Запоріжжя, 15-16 квіт. 2021 р.). Запоріжжя, ЗДМУ, 2021. С. 56-57. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/14508>
11. Кондратенко М. Ю. Клінічне наповнення поняття «анозогнозії» в медичній практиці мат. *XV Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю Актуальні питання клінічної медицини* : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю молодих вчених та студентів (м. Запоріжжя, 19 листопада 2021 р.). Запоріжжя, ЗМАПО, 2021. С. 116-118. URL: <https://www.researchgate.net/publication/356879531>.
12. Кондратенко М. Ю. Особливості копінг-стратегій у хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади з порушенням критики до свого стану. *Актуальні питання сучасної медицини та фармації* : тези доповідей 83 Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів з міжнар. участю (м.



Запоріжжя, 25-26 травня 2023р.) Запоріжжя, ЗДМФУ, 2023. С. 14-15. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/19116/1/%d1%8114-15.pdf>

13. Кондратенко М. Ю. Психопатологічна структура алекситимії при тривожно-фобічних та соматоформних розладах. *Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки* : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених (м. Запоріжжя, 4 лют. 2022 р.). Запоріжжя, ЗДМУ, 2022. С. 13-14. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/16350>

14. Кондратенко М. Ю., Хоміцький М. Є. Застосування психокорекційного втручання у пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами зі зниженням критичності. *Український вісник психоневрології*. 2025. Т. 33, вип. 4 (125). С. 82-91. URL: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is4-2025-11>

15. Кондратенко, М. Ю., Городокін, А. Д., Шевченко, Н. Ф., Столяренко, А. М., Дьома, І. С. Підходи до оцінювання структури та феноменології критичного усвідомлення у контексті непсихотичних психічних розладів. *Сучасні медичні технології*. 2024. Т. 16, № 2. С. 105–114. URL: <https://doi.org/10.14739/mmt.2024.2.301739>

16. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика. за ред. проф. Л. М. Юр'євої. Київ : «Галерея Принт», 2017. 174 с. URL: <https://repo.dma.dp.ua/id/eprint/4062>

17. Курило В. О. Клініко-психопатологічні, клініко-психофеноменологічні, клініко-сексологічні та медико-психологічні характеристики й система психотерапії та психопрофілактики сімейної дезадаптації в осіб із невротичними розладами. *Український вісник психоневрології*. 2012 Т. 20. Вип. 1. С. 64-68. URL: [http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/17372/1/Uvp\\_2012\\_20\\_1\\_18.pdf](http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/17372/1/Uvp_2012_20_1_18.pdf)

18. Курило В. О., До питання про архітектуру систем психотерапії. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2018. №10. С. 125-129. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-10-17>



19. Марута О. С. Структура смысложизненных ориентаций у больных с различными формами невротической патологии Личность больного в формировании резистентности невротических расстройств. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, № 2. С. 116 URL: [http://irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbu/ Uvp\\_2015\\_23\\_2\\_46.pdf](http://irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/ Uvp_2015_23_2_46.pdf)

20. Михайлов Б. В., Ашина Н. А., Седельникова Е. И. Клиника, диагностика, принципы терапии соматоформных расстройств. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2018. Т. 6, № 1. С. 12-19. URL: [https://ujmh.org/pdf/1\\_2018/4.pdf](https://ujmh.org/pdf/1_2018/4.pdf)

21. Михайлов Б. В., Табачников С. И., Марута Н. О., Кришталь В. В., Сердюк О. И. Стратегічні шляхи розвитку психотерапії та медичної психології в Україні. *Український медичний альманах*. 2004. Т. 7, № 4 (додаток). С. 99-102. URL: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper158.htm>

22. Мостова Т.Д. Феноменология «синдрому відчуження хвороби» при алкоголізмі та наркоманії: психологічні складові. *Вісник Національного університету оборони України*. 2014. Вип. 43, № 6. С. 341–344. URL: [http://irbis-nbu.gov.ua/Vnaou\\_2014\\_6\\_60.pdf](http://irbis-nbu.gov.ua/Vnaou_2014_6_60.pdf)

23. Огоренко В. В., Шорніков А. В. Інтегративний підхід в генезі психосоматичних розладів з позицій концепцій про особистість. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 2, № 4. С. 14-17. URL: <https://repo.dma.dp.ua/4829/>

24. Омелянович В. Ю. Гендерные особенности влияния алекситимии на структуру механизмов психологической защиты и копинг-поведение. *Український вісник психоневрології*. 2013. Вип. 1, № 74. С. 16–19. URL: <https://uvnnpn.com.ua/archive-of-numbers/2013/volume-21-issue-1-74>

25. Панченко М. С. Методика оцінки ризику соматизації вегетативних соматоформних розладів. *Український вісник психоневрології*. 2012. Вип. 1, № 70. С. 115–120. URL: <https://uvnnpn.com.ua/archive-of-numbers/2012/volume-20-issue-1-70>



26. Підлубний В. Л. Прогностичне та соціально-економічне значення використання системної моделі оцінювання психічного здоров'я. *Запорізький медичний журнал*. 2021. Т. 23, № 2 (125). С. 286-292. URL: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2021.2.205344>
27. Підлубний В. Л. Оцінка ступеня впливу біопсихосоціальних факторів на рівень психічного здоров'я працівників промислових популяцій. *ScienceRise*. 2016. Т. 2, № 3. С. 21-29. URL: [http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/4024/1/SR\\_2016\\_3\\_21-29.pdf](http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/4024/1/SR_2016_3_21-29.pdf)
28. Плехов В. А. Типоспецифічна система психокорекції афективних порушень у хворих на шизотиповий розлад. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, № 1. С. 88-91. URL: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-12>
29. Пономарёв В. И., Вовк В. И., Матвиенко Ж. И. Личностные особенности при соматоформной вегетативной дисфункции. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, Вип. 1. С. 146–147. URL: <https://uvnnpn.com.ua/archive-of-numbers/2017/volume-25-issue-1-90>
30. Сальнікова А. Алекситимія та лудоманія: посередницька роль стресу. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2021. Т. 6. №. 4. e0604316. DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v6i4.316>
31. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок : монографія. Полтава: АСМІ, 2016. 167 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/200102348.pdf>
32. Спіріна І. Д., Тимофєєв Р. М. Роль стресової реакції і «незрілих» психічних захисних механізмів у формуванні невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, Вип. 1 (94). С. 92–94. URL: <https://repo.dma.dp.ua/3724/1/>
33. Табачніков С. І., Михайлов Б. В., Марута Н. О. Актуальний стан та перспективи психотерапії та медичної психології в Україні. *Форум психіатрії та психотерапії*. 2004. Т. 5, спец. випуск. С. 34–40. URL: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper159.htm>



34. Федченко В. Ю. Специфіка факторів психічної травматизації у хворих на соматоформні розлади та їх вплив на клініко-психопатологічну структуру даної патології. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20, Вип. 3, № 72. С. 60–64. URL: <https://uvnnpn.com.ua/archive-of-numbers/2012/volume-20-issue-3-72>

35. Хоміцький М. Є., Кондратенко М. Ю. Відмінності в стратегіях подолання стресових ситуацій у хворих на соматоформний та тривожно-фобічний розлади з явищами зниження критичності. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2023. Т. 16, № 1. С. 58-68. DOI: <https://doi.org/10.37321/UJMH.2023.1-07>

36. Хоміцький М. Є., Кондратенко М. Ю. Особистісний профіль та особливості зниження критичності у хворих на соматоформний та тривожно-фобічний розлади. *XVI Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю Актуальні питання клінічної медицини : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конференції молодих вчених (м. Запоріжжя, 24-25 листопада 2022 р.)*. Запоріжжя, ЗМАПО, 2022. С. 204-205. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/18731>

37. Хоміцький М. Є., Кондратенко М. Ю. Структурні відмінності внутрішньої картини хвороби та їх зв'язок з дискритичністю при тривожно-фобічному та соматоформному розладах. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, № 3. С. 117-123. URL: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is3-2023-20>.

38. Хоміцький М. Є., Кондратенко М. Ю. Характеристики особистісного профілю хворих на соматоформний і тривожно-фобічний розлади з явищами зниження критичності. *Запорізький медичний журнал*. 2023. Т. 25, № 3 (138). С. 215–219. DOI: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2023.3.265368>

39. Чередниченко Т. Теоретичний аспект систематизації тривожно-фобічних розладів. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022.



606461695443718Z

Вип. 6, № 64. С. 154–163. URL:  
<http://visnyk.nuou.org.ua/article/view/251267/249338>

40. Чернишов О. В., Багрій В. І. Актуальні питання діагностики соматоформних розладів у практиці сімейного лікаря. *The role of medical science in implementing innovative medical technologies in the EU countries and Ukraine: pros. of intern. sci. and pract. conf.* (Riga, jan. 21–22, 2022). Riga: Baltija Publishing, 2022. С. 307–315. URL: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-199-2-16>

41. Чугунов В. В., Хоміцький М. Є. Сучасні наукові погляди на проблему патопластики психічних захворювань. *Запорізький медичний журнал*. 2022. Т. 24, №4 (133). С. 470-473. DOI: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2022.4.255714>.

42. Чугунов В.В. Психопатологічна синдромологія: психотерапевтичні підходи : навчальний посібник. 6-е вид., доповн. і розшир. Львів : Видавець Марченко Т. В., 2020. 360 с. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/15070>

43. Шевченко Н. Ф., Дьома І. С., Чугунов В. В., Столяренко А. М., Городокін А. Д. До проблеми систематизації механізмів викривлення самоідентифікації на тлі соціальної ізоляції в Україні. *Журнал сучасної психології*. 2023. № 3 (30). С. 55-63. URL: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2023-3-7>

44. Явдак І. О. Клініко-психопатологічні фактори формування резистентності при тривожно-фобічних розладах. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22, Вип. 4 (81). С. 122–125. URL: <https://uvnnpn.com.ua/archive-of-numbers/2014/volume-22-issue-4-81>

45. Явдак І. О. Современные подходы к терапии соматизированных депрессивных расстройств. *Український вісник психоневрології*. 2011. Т. 19, Вип. 1 (66). С. 87–91. URL: <https://uvnnpn.com.ua/archive-of-numbers/2011/volume-19-issue-1-66>



46. Aaron, R. V., Fisher, E. A., Palermo, T. M. Alexithymia in adolescents with and without chronic pain. *Rehabilitation Psychology*. 2019. Vol. 64, Is. 4. P. 469–474. URL: <https://doi.org/10.1037/rep0000287>
47. Aghakishiyeva T., Özdel K. Theory of Mind in Social Anxiety Disorder and Avoidant Personality Disorder Comorbidity. *Noro psikiyatri arsivi*. 2023. Vol. 60, Is. 4. P. 316–321. URL: <https://doi.org/10.29399%2Fnpa.28368>
48. Albantakis L., Brandi M. L. et al. Alexithymic and autistic traits: Relevance for comorbid depression and social phobia in adults with and without autism spectrum disorder. *Autism : the international journal of research and practice*. 2020. Vol. 24, Is. 8. P. 2046–2056. URL: <https://doi.org/10.1177/1362361320936024>
49. Almeida P. A., Silva P. M. et al. [Challenging fears: reports of users coping with phobic-anxious disorders]. *Revista brasileira de enfermagem*. 2013. Vol. 66, Is. 4. P. 528–534. URL: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000400010>
50. Anton G. Über die Selbstwahrnehmung der Herderkrankungen des Gehirns durch den Kranken bei Rindenblindheit und Rindentaubheit. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. 1899. Vol. 32. P. 86–127. URL: <https://doi.org/10.1007/BF02126945>
51. Ausín B., Muñoz M. et al. Prevalence and Characterization of Specific Phobia Disorder in People over 65 Years Old in a Madrid Community Sample (Spain) and its Relationship to Quality of Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. Vol. 17, Is. 6. P. 1915. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph17061915>
52. Babinski F. Contribution a l'etude des troubles mentaux dans l'hémiplegie organique (anosognosie). *Revue Neurologique*. 1914. Vol. 27. P. 845–848. URL: [10.1016/j.cortex.2014.04.019](https://doi.org/10.1016/j.cortex.2014.04.019)
53. Bagby R. M., Taylor G. J., Parker J. D. A. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J. Psychosom. Res.* 1994. Vol. 38. P. 33–40. URL: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-X](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X)
54. Bailey R., Wells A. Metacognitive beliefs moderate the relationship between catastrophic misinterpretation and health anxiety. *Journal of Anxiety*



*Disorders*. 2015. Vol. 34. P. 8–14. URL: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.005>

55. Bastin C., Giacomelli F. et al. Anosognosia in Mild Cognitive Impairment: Lack of Awareness of Memory Difficulties Characterizes Prodromal Alzheimer's Disease. *Front. Psychiatry*. 2021. Vol. 12. e631518 URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.631518>

56. Batmaz S., Altınöz A. E. Thought Content and Thinking Processes in Psychotherapy: Cognitive Versus Metacognitive Approaches. In: Rezaei N. (eds) Brain, Decision Making and Mental Health. *Integrated Science*. Vol 12. Springer, Cham. 2023. P. 18. URL: [https://doi.org/10.1007/978-3-031-15959-6\\_18](https://doi.org/10.1007/978-3-031-15959-6_18)

57. Beck A. T., Baruch E. et al. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*. 2004. Vol. 68, Is. 2–3. P. 319–329. URL: [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(03\)00189-0](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(03)00189-0)

58. Benau E. M., Wiatrowski R., Timko C. A. Difficulties in Emotion Regulation, Alexithymia, and Social Phobia Are Associated With Disordered Eating in Male and Female Undergraduate Athletes. *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. 11. P. 1–14. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01646>

59. Berre A.-P. Le, Sullivan E. V. Anosognosia for Memory Impairment in Addiction: Insights from Neuroimaging and Neuropsychological Assessment of Metamemory. *Neuropsychology review*. 2016. Vol. 26, Is. 4. P. 420–431. URL: <https://doi.org/10.1007/s11065-016-9323-3>

60. Brenner C.A., Sporns O. et al. EEG synchronization to modulated auditory tones in schizophrenia, schizoaffective disorder and schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2003. Vol. 160, Is. 12. P. 2238-2240. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.12.2238>

61. Camp L. S. C. Van, Sabbe B. G. C., Oldenburg J. F. E. Cognitive insight: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2017. Vol. 55. P. 12–24. URL: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.011>

62. Castrillo Sanz A., Andrés Calvo M. et al. Anosognosia in Alzheimer disease: Prevalence, associated factors, and influence on disease progression.



*Neurologia (English Edition)*. 2016. I. 31, Is. 5. P. 296–304. URL: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.03.006>

63. Catrone C. An Integrated Treatment of Psychosomatic Symptoms and Disorders of the Self: The Role of Alexithymia. *Psychoanalytic Social Work*. 2021. Vol. 28, Is. 1. P. 25-42. URL: <https://doi.org/10.1080/15228878.2020.1809475>

64. Celikel F. C., Saatcioglu O. Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients. *Annals of general psychiatry*. 2006. Vol. 13. Is. 5. P. e1-5. URL: <https://doi.org/10.1186/1744-859X-5-13>

65. Chinneimawi E., Nagarajan P., Menon V. Caregiver Burden and Disability in Somatoform Disorder: An Exploratory Study. *Indian journal of psychological medicine*. 2020. Vol. 43, Is. 6. P. 500–507. URL: <https://doi.org/10.1177/0253717620957563>

66. Clarke D. M., Piterman L. et al. Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatisation in Australian general practice. *The Medical journal of Australia*. 2008. Vol. 189, Is. 10. P. 560-564. URL: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb02180.x>

67. Clément C., Lin J., Stangier U. Efficacy of Behavioral Experiments in Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2019. Vol. 20, Is. 1. P. 1–11. URL: <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3905-3>

68. Cocchini, G., Beschin, N., Della Sala, S. Assessing anosognosia: a critical review. *Acta Neuropsychologica*. 2012. Vol. 10. Is. 3. P. 419-443. URL: <http://dx.doi.org/10.5604/17307503.1023693>

69. Coelho C. M., Pisitsungkagarn K. et al. Insight in specific phobias: a forgotten bias. *Acta Neuropsychologica*. 2017. Vol. 15, Is. 4. P. 467–476. URL: <http://dx.doi.org/10.5604/01.3001.0010.7774>

70. Cronbach, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951. Vol. 16. Is. 3. P. 297-334. URL: <https://doi.org/10.1007/BF02310555>



71. Davidhizar R. E. Beliefs, feelings and insight of patients with schizophrenia about taking medication. *Journal of advanced nursing*. 1987. Vol. 12, Is. 2. P. 177–182. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1987.tb01318.x>
72. Davies M. R., Buckman J. E. J. et al. Comparison of symptom-based versus self-reported diagnostic measures of anxiety and depression disorders in the GLAD and COPING cohorts. *J Anxiety Disord*. 2022 Jan; Is. 85. e102491. URL: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102491>
73. Doering S., Blüml V. et al. Personality functioning in anxiety disorders. *BMC Psychiatry*. 2018. Vol. 18, Is. 1. P. 294. URL: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1870-0>
74. Donker T., Esveld S. et al. OPhobia – towards a virtual cure for acrophobia: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2018. Vol. 19, Is. 1. P. 433. URL: <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2704-6>
75. Dorner T. E., Alexanderson K. et al. Synergistic effect between back pain and common mental disorders and the risk of future disability pension: a nationwide study from Sweden. *Psychological medicine*. 2016. Vol. 46, Is. 2. P. 425–436. URL: <https://doi.org/10.1017/s003329171500197x>
76. Duquette P. More Than Words Can Say: A Multi-Disciplinary Consideration of the Psychotherapeutic Evaluation and Treatment of Alexithymia. *Front. Psychiatry*. 2020. Vol. 11. P. 433. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00433>
77. Eaton W. W., Bienvenu J. O., Miloyan B. Specific phobias. *The Lancet Psychiatry*. 2018. Vol. 5, Is. 8. P. 678–686 URL: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30169-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30169-X)
78. Engelhardt C. L., Meier M. et al. Positive psychotherapy and cognitive behavioral therapy in anxiety patients - A study protocol for a randomized control trial in an online group setting. *PloS one*. 2024. Vol. 19, Is. 4. P. e0299803. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299803>
79. Fares K., Haddad C. et al. Social Anxiety and Its Correlates Among Lebanese Adults: Role of Self-Esteem, Depression, Alcohol Use Disorder,



Alexithymia, and Work Fatigue. *The primary care companion for CNS disorders*. 2022. Vol. 24, Is. 1. 20m02902 URL: <https://doi.org/10.4088/PCC.20m02902>

80. Fernandez E., Salem D. et al. Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015. Vol. 83, Is. 6. P. 1108–1122. URL: <https://doi.org/10.1037/ccp0000044>

81. Fisekovic S., Licanin I., Cesir A. Prevalence of neurotic, somatoform and stress induced disorders in relation to the seasons and climatic factors during the 2010/2011. *Materia socio-medica*. 2012. Vol. 24, Is. 3. P. 190. URL: <https://doi.org/10.5455/msm.2012.24.190-193>

82. Flavell, J. H. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*. 1979. Vol 34, Is. 10. P. 906–911. URL: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.34.10.906>

83. Folkman S., Lazarus R. S. The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science & Medicine*. 1988. Vol. 26, Is. 3. P. 309-317. URL: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90395-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90395-4)

84. Freiherr S. D., Boecking B, Mazurek B. Alexithymia in Patients with Somatization Difficulties and Tinnitus-Related Distress: A Systematic Review. *J. Clin. Med*. 2023. Vol. 21, Is. 12. P. 6828. URL: <https://doi.org/10.3390/jcm12216828>

85. Gatta M., Canetta E. et al. Antonio Battistella P. Alexithymia in juvenile primary headache sufferers: a pilot study. *The Journal of Headache and Pain*. 2011. Vol. 12, Is. 1. P. 71–80. URL: <https://doi.org/10.1007/s10194-010-0248-6>

86. Gatta M., Spitaleri C. et al. Alexithymic characteristics in pediatric patients with primary headache: a comparison between migraine and tension-type headache. *The Journal of Headache and Pain*. 2015. Vol. 16, P. 98. URL: <https://doi.org/10.1186/s10194-015-0572-y>

87. Geng W., Cao J. et al. Case report: specific phobia of vaginal penetration in a pregnant patient. *Frontiers in psychiatry*. 2023. Vol. 14. P. 1218900. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1218900>



88. Goldberg E., Yonnan S. et al. Sex differences, gamma activity and schizophrenia. *International Journal of Neuroscience*. 2001. Vol. 107, Is. 1-2. P. 131-144. URL: <https://doi.org/10.3109/00207450109149762>
89. Gonzalez-Ibarra F, Cruz-Ruiz M. et al. The role of psychological factors in noncardiac chest pain of esophageal origin. *J Neurogastroenterol Motil*. 2024. Vol. 30, Is. 3, P. 272-280. DOI: <https://doi.org/10.5056/jnm23166>
90. Grabe H. J., Frommer J. et al. Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2008. Vol. 77, Is. 3. P. 189–194. URL: <https://doi.org/10.1159/000119739>
91. Grover S., Aneja J. et al. Do the various categories of somatoform disorders differ from each other in symptom profile and psychological correlates. *International Journal of Social Psychiatry*. 2015. Vol. 61, Is. 2. P. 148–156. URL: <https://doi.org/10.1177/0020764014537238>
92. Guo X., Lin F. et al. Gut microbiome characteristics of comorbid generalized anxiety disorder and functional gastrointestinal disease: Correlation with alexithymia and personality traits. *Frontiers in psychiatry*. 2022. Vol. 13. e946808. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.946808>
93. Halaj A., Konstantakopoulos G. et al. Anxiety disorders: the relationship between insight and metacognition. *Psychopathology*. 2024. Vol. 57, Is. 5. P. 434-443. DOI: <https://doi.org/10.1159/000538096>
94. Halaj A., Huppert J. D. Clinical and Cognitive Insight in Pathological Anxiety: Relationship to Symptoms and Cognitive Factors. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021. Vol. 14, Is. 4. P. 671–686. URL: <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00116-8>
95. Halaj A., Huppert J. D. Insight in nonpsychotic disorders: A new model of insight and a systematic review of measures. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2022. Vol. 56. Is. 1. P. 28–38. URL: <https://doi.org/10.1177/00048674211025722>
96. He H., Chang Q., Ma Y. The Association of Insight and Change in Insight with Clinical Symptoms in Depressed Inpatients. *Shanghai Archives of*



*Psychiatry*. 2018. Vol. 30, № 2. P. 110–118. URL: <https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.217149>

97. Herdi O., Berksun O. E. Insight and psychotic experiences in patients with non-psychotic depression. *Turkish J Clinical Psychiatry*. 2021. Vol. 24. P. 307–314. URL: <https://dx.doi.org/10.5505/kpd.2021.67625>

98. Hildebrand A. S., Breuer F. et al. Inhibitory control and its modification in spider phobia - Study protocol for an antisaccade training trial. *PloS one*. 2023. Vol. 18, Is. 12. P. e0292471. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292471>

99. Iannattone S., Miscioscia M. et al. The Role of Alexithymia in Social Withdrawal during Adolescence: A Case-Control Study. *Children (Basel, Switzerland)*. 2021. Vol. 8, Is. 2. URL: <https://doi.org/10.3390/children8020165>

100. Jaafari N., Marková I. Le concept de l'insight en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2011. Vol. 169, Is. 7. P. 409–415. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2011.06.018>

101. Jablonská M., Francová A. et al. Virtual City for Exposure Therapy in Phobias: Case Studies of Agoraphobia. *Eur Psychiatry*. 2023. Vol. 66, Is. 1. P. 194–195. URL: <https://doi.org/10.1192%2Fj.eurpsy.2023.460>

102. Jongsma K., Darboh B. S. et al. A cognitive behavioural group treatment for somatic symptom disorder: a pilot study. *BMC psychiatry*. 2023. Vol. 23, Is. 1. P. 896. URL: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05141-9>

103. Kano M., Endo Y., Fukudo S. Association Between Alexithymia and Functional Gastrointestinal Disorders. *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9, P. 599. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00599>

104. Kendler K. S., Aggen S. H. et al. A topography of 21 phobic fears: network analysis in an epidemiological sample of adult twins. *Psychological Medicine*. 2020. P. 1–8. URL: <https://doi.org/10.1017/s003329172000449>

105. Kirmayer L. J., Robbins J. M. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *The Journal of nervous and mental disease*. 1991. Vol. 179, Is. 11. P. 647–655. URL: <https://doi.org/10.1097/00005053-199111000-00001>



106. Kodzaga I., Dere E., Zlomuzica A. Generalization of beneficial exposure effects to untreated stimuli from another fear category. *Translational psychiatry*. 2023. Vol. 13, Is. 1. P. 401. URL: <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02698-7>
107. Koelen, J. A. et al. Insecure attachment strategies are associated with cognitive alexithymia in patients with severe somatoform disorder. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2015. Vol. 49. Is. 4. P. 264-278. URL: <https://doi.org/10.1177/0091217415589303>
108. Konstantakopoulos G. Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon. *Psychiatriki*. 2019. Vol. 30, Is. 1. P. 13–16. URL: <https://doi.org/10.22365/jpsych.2019.301.13>
109. Konstantakopoulos G., Tchanturia K. et al. Insight in eating disorders: clinical and cognitive correlates. *Psychological Medicine*. 2011. Vol. 41, Is. 9. P. 1951–1961. URL: <https://doi.org/10.1017/s0033291710002539>
110. Kovalchuk Y., Stewart R. et al. Analysis of diagnoses extracted from electronic health records in a large mental health case register. *PLOS ONE*. 2017. Vol. 12, Is. 2. P. e0171526. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171526>
111. Łakuta P. Personality Trait Interactions in Risk for and Protection against Social Anxiety Symptoms. *The Journal of Psychology*. 2019. Vol. 153, Is. 6. P. 599-614. URL: <https://doi.org/10.1080/00223980.2019.1581723>
112. Lee D. Y., Andreescu C. et al. Impact of symptomatic menopausal transition on the occurrence of depression, anxiety, and sleep disorders: A real-world multi-site study. *European Psychiatry*. 2023. Vol. 66, Is. 1. P. e80. URL: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2439>
113. Lee D., Kim S. J. et al. Changes in interoceptive accuracy related to emotional interference in somatic symptom disorder. *BMC Psychol*. 2024. Vol. 12, Is. 1. P. 279. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01778-7>
114. Leeuw G., Gerrits M. J. et al. The association between somatization and disability in primary care patients. *Journal of psychosomatic research*. 2015. Vol. 79, Is. 2. P. 117–122. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.001>



115. Leigh E., Nicol-Harper R. et al. Adolescents' experience of receiving internet-delivered cognitive therapy for social anxiety disorder. *Internet interventions*. 2023. Vol. 34. P. 100664. URL: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100664>

116. Leutgeb R., Berger S. et al. Patients with somatoform disorders: More frequent attendance and higher utilization in primary Out-of-Hours care? *PLOS ONE*. 2018. Vol. 13, Is. 8. P. e0202546. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202546>

117. Levallius J., Collin C., Birgegård A. Now you see it, Now you don't: compulsive exercise in adolescents with an eating disorder. *Journal of eating disorders*. 2017. Vol. 5, Is. 1. P. 1-9. URL: <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0129-8>

118. Li X., Zhou Q. et al. Anesthesia management of a patient with claustrophobia undergoing surgery for rhegmatogenous retinal detachment: A case report. *Medicine*. 2023. Vol. 102, Is. 42. P. e35624. URL: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000035624>

119. Likert R. A. Technique for the measurements of attitudes. *Archives of psychology*. 1932. Vol. 140. Is. 22. P. 5-55. URL: [https://legacy.voteview.com/pdf/Likert\\_1932.pdf](https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf)

120. Linden S. C., Jones E. German battle casualties: the treatment of functional somatic disorders during World War I. *Journal of the history of medicine and allied sciences*. 2013. Vol. 68, Is. 4. P. 627–658. URL: <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrs024>

121. Loerinc A. G., Meuret A. E. et al. Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical psychology review*. 2015. P. 72–82. URL: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.004>

122. Longarzo M., D'Olimpio F. et al. The relationships between interoception and alexithymic trait. The Self-Awareness Questionnaire in healthy subjects. *Frontiers in psychology*. 2015. Vol. 6. P. 1149. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01149>



123. Lysaker P. H., Pattison M. L. et al. Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry*. 2018. Vol. 17, Is. 1. P. 12–23. URL: <https://doi.org/10.1002/wps.20508>
124. Macovei C. M., Bumbuc Ș., Martinescu-Bădălan F. The role of personality traits in mediating the relation between fear of negative evaluation and social interaction anxiety. *Frontiers in psychology*. 2023. Vol. 14. P. 1268052. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1268052>
125. Maples-Keller J. L., Yasinski C. et al. Virtual Reality-Enhanced Extinction of Phobias and Post-Traumatic Stress. *Neurotherapeutics*. 2017. Vol. 14, Is. 3. P. 554–563. URL: <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0534-y>
126. Martínez-Sánchez F., Ato-García M., Ortiz-Soria B. Alexithymia-state or trait? *The Spanish journal of psychology*. 2003. Vol. 6, Is. 1. P. 51–59. URL: <https://doi.org/10.1017/s1138741600005205>
127. Martínez-Velázquez E. S., Honoré J. et al. Autonomic Reactivity to Arousing Stimuli with Social and Non-social Relevance in Alexithymia. *Frontiers in psychology*. 2017. Vol. 8, P. 361. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00361>
128. Menzies R. G., Harris L. M., Jones M. K. Evidence from three fearful samples for a poor insight type in specific phobia. *Depression and Anxiety*. 1998. Vol. 8, Is. 1. P. 29–32. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9750977/>
129. Migliorelli R., Tesón, A. et al. Anosognosia in Alzheimer's disease: a study of associated factors. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 1995. Vol. 7, Is. 3. P. 338-344. URL: <https://doi.org/10.1037/t27722-000>
130. Miguel C., Karyotaki E. et al. Psychotherapy for comorbid depression and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2023. Vol. 53, Is. 6. P. 2503-2513. URL: <https://doi.org/10.1017/S0033291721004414>



131. Moneta M. E., Kaechele H. A. theoretical and clinical perspective of an embodied view in psychotherapy of somatic symptoms disorders. *Res Psychother.* 2023. Vol. 26, Is. 2. P. 605. URL: <https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.605>
132. Muneer A. Aripiprazole in the Treatment of Refractory Mood Disorders: A Case Series. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience.* 2014. Vol. 12, Is. 2. P. 157–159. URL: <https://doi.org/10.9758/cpn.2014.12.2.157>
133. Nair A., Palmer E. C. et al. Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: A review and meta-analysis. *Schizophrenia Research.* 2014. Vol. 152, Is. 1. P. 191–200. URL: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.11.033>
134. Ni C., Ma L. et al. Neurotic disorders of general medical outpatients in Xi'an, China: knowledge, attitudes, and help-seeking preferences. *Psychiatric services (Washington, D.C.).* 2014. Vol. 65, Is. 8. P. 1047–1053. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300071>
135. Nordahl H., Anyan F. et al. Metacognition, cognition and social anxiety: A test of temporal and reciprocal relationships. *Journal of Anxiety Disorders.* 2022. Vol. 86. P. 102516. URL: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102516>
136. Nowak J., Nikendei C. et al. Characterization of different types of anxiety disorders in relation to structural integration of personality and adverse and protective childhood experiences in psychotherapy outpatients – a cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2023. Vol. 23, Is. 1. P. 1-13. URL: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04988-2>
137. Obeid S., Akel M. et al. Factors associated with alcohol use disorder: the role of depression, anxiety, stress, alexithymia and work fatigue- a population study in Lebanon. *BMC Public Health.* 2020. Vol. 20, Is. 1. P. 245. URL: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8345-1>
138. Obeid S., Haddad C. et al. Correlates of emotional intelligence among Lebanese adults: the role of depression, anxiety, suicidal ideation, alcohol use disorder, alexithymia and work fatigue. *BMC psychology.* 2021. Vol. 9, Is. 1. P. 18. URL: <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00525-6>



139. Ogłodek E. A., Szota A. M. et al. Sense of alexithymia in patients with anxiety disorders comorbid with recurrent urticaria. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016. Vol. 12. P. 995–1004. URL: <https://doi.org/10.2147/ndt.s94600>
140. Öztürk A., Kiliç A. et al. Investigation of facial emotion recognition, alexithymia, and levels of anxiety and depression in patients with somatic symptoms and related disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016. Vol. 12. P. 1047–1053. URL: <https://doi.org/10.2147/ndt.s106989>
141. Passie T., Schneider U. et al. Impaired perceptual processing and conceptual cognition in patients with anxiety disorders: a pilot study with the binocular depth inversion paradigm. *Psychology, health & medicine*. 2013. Vol. 18, Is. 3. P. 363–374. URL: <https://doi.org/10.1080/13548506.2012.722649>
142. Peevey N., Flores E., Seguin M. Common mental disorders and coping strategies amongst internally displaced Colombians: a systematic review. *Glob Public Health*. 2022. Vol. 17, Is. 12. P. 3440-3454. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2022.2049343>
143. Petzke T. M., Witthöft M. The association of emotion regulation and somatic symptoms. *Psychosom Med*. 2024. Vol. 86, Is. 6. P. 561-568. DOI: <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001310>
144. Piontek K., Shedden-Mora M. C. et al. Diagnosis of somatoform disorders in primary care: diagnostic agreement, predictors, and comparisons with depression and anxiety. *BMC Psychiatry*. 2018. Vol. 18, Is. 1. P. 361. URL: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1940-3>
145. Plana-Ripoll O., Musliner K. L. et al. Nature and prevalence of combinations of mental disorders and their association with excess mortality in a population-based cohort study. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2017. Vol. 19, Is. 3. P. 339–349. URL: <https://doi.org/10.1002/wps.20802>
146. Platona R. I., Căiță G. A. et al. The impact of psychiatric comorbidities associated with depression: a literature review. *Medicine and pharmacy reports*. 2024. Vol. 97, Is. 2. P. 143–148. URL: <https://doi.org/10.15386%2Fmpr-2700>



147. Prigatano G. P. Anosognosia and patterns of impaired self-awareness observed in clinical practice. *Cortex*. 2014. Vol. 61. P. 81-92. URL: <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2014.07.014>
148. Rappaport L. M., Hunter M. D. et al. Emotional and interpersonal mechanisms in community SSRI treatment of social anxiety disorder. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*. 2021. Vol. 46, Is. 1. P. e56–e64. URL: <https://doi.org/10.1503/jpn.190164>
149. Rasmussen N. H., Agerter D. C. et al. Coping style in primary care adult patients with abridged somatoform disorders. *Mental health in family medicine*. 2010. Vol. 7, Is. 4. P. 197–207. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3083257/>
150. Rodziński P., Rutkowski K. et al. Changes in intensity of neurotic symptoms that are associated with reduction of suicidal ideation in patients who underwent psychotherapy in the day-hospital for the treatment of neurotic and behavioral disorders. *Psychiatria Polska*. 2017. Vol. 51, Is. 3. P. 531–548. URL: <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/36294>
151. Ruijter, N. S., Schoonbrood, A. M. et al. Anosognosia in dementia: A review of current assessment instruments. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*. 2020. Vol. 12. Is. 1, e12079. URL: <https://doi.org/10.1002/dad2.12079>
152. Safa H., Hamid A., Athanasios H. The Efficacy and Therapeutic Alliance of Augmented Reality Exposure Therapy in Treating Adults With Phobic Disorders: Systematic Review. 2023. *JMIR Ment Health*. Vol. 10. e51318.. URL: <https://doi.org/10.2196/51318>
153. Sancassiani F., Romano F. et al. The Prevalence of Specific Phobia by Age in an Italian Nationwide Survey: How Much Does it Affect the Quality of Life? *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2019. Vol. 15, Is. 1. P. 30–37. URL: <https://doi.org/10.2174/1745017901915010030>
154. Sauer K.S., Bailer J. et al. Inhibitory Learning-Based Exposure Therapy for Patients With Pathological Health Anxiety: Results From a Single Case Series



Study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2023. Vol. 30, Is. 4. P. 610-634. URL: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.08.001>

155. Schall U., Catts S. V. et al. The effect of clozapine therapy on psychometric and event-related potential (ERP) measures on cognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 1995. Vol. 15, Is. 1–2. P. 164. URL: [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(95\)95509-8](https://doi.org/10.1016/0920-9964(95)95509-8)

156. Schneider G., Grebe A. et al. Criteria Suggestive of Psychological Components of Itch and Soma-toform Itch: Study of a Large Sample of Patients with Chronic Pruritus. *Acta dermato-venereologica*. 2020. Vol. 100, Is. 6. P. 1–7. URL: <https://doi.org/10.2340/00015555-3424>

157. Schulte J., Dietel F. A., Buhlmann U. Störungseinsicht bei körperdysmorpher Störung, Zwangsstörung und sozialer Angststörung. *Psychotherapeut*. 2020. Vol. 65, Is. 2. P. 101–108. URL: <http://dx.doi.org/10.1007/s00278-020-00404-2>

158. Ścisło P., Badura-Brzoza K. et al. Analysis of psychiatric consultations in a multidisciplinary hospital patients. *Psychiatria polska*. 2015. Vol. 49, Is. 5. P. 1101–1112. URL: <https://doi.org/10.12740/pp/36826>

159. Shahid S., Kelson J., Saliba A. Effectiveness and User Experience of Virtual Reality for Social Anxiety Disorder: Systematic Review. *JMIR mental health*. 2024. Vol. 11. P. e48916. URL: <https://doi.org/10.2196/48916>

160. Shedler J., Mayman M., Manis M. The Illusion of mental health. *American Psychologist*. 1993. Vol. 48, Is. 11. P. 1117–1131. URL: <https://doi.org/10.1037//0003-066x.48.11.1117>

161. Sifneos P. E. The Prevalence of «Alexithymic» Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychother. Psychosom*. 1973. Vol. 22, Is. 2. P. 255–262. URL: <https://doi.org/10.1159/000286529>

162. Singh R., Singh B. et al. Social support, emotion regulation and mindfulness: A linkage towards social anxiety among adolescents attending secondary schools in Birgunj, Nepal. *PLOS ONE*. 2020. Vol. 15, Is. 4. P. e0230991. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230991>



163. Smakowski A., Hüsing P. et al. Psychological risk factors of somatic symptom disorder: a systematic review and meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *J Psychosom Res.* 2024. Vol. 181. P. 111608. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111608>
164. Sobański, J. A. et al. Effectiveness of intensive group psychotherapy in treatment of neurotic and personality disorders. *Psychiatr. Pol.* 2015. Vol. 49. Is. 1. P. 29-48. URL: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/26093>
165. Son S. H., Jo H. et al. Comparative Study on Alexithymia in Depressive, Somatoform, Anxiety, and Psychotic Disorders among Koreans. *Psychiatry investigation.* 2012. Vol. 9, Is. 4. P. 325–31. URL: <https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.4.325>
166. Sowińska A., Czachowski S. Patients' experiences of living with medically unexplained symptoms (MUS): a qualitative study. *BMC Family Practice.* 2018. Vol. 19, Is. 1. P. 23. URL: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0709-6>
167. Sugai K., Shikuma J. et al. Successful introduction of sensor-augmented pump therapy in a patient with diabetes and needle phobia: A case report. *Journal of diabetes investigation.* 2023. Vol. 14, Is. 11. P. 1318–1320. URL: <https://doi.org/10.1111/jdi.14061>
168. Sun X., Zhu C., So S. H. W. Dysfunctional metacognition across psychopathologies: A meta-analytic review. *European Psychiatry.* 2017. Vol. 45. P. 139–153. URL: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.05.029>
169. Suslow T., Kersting A. et al. A critique of the construct «alexithymia» and its measurement - The weakness of self-report and the opportunities of an objective assessment approach. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.* 2001. Vol. 47, Is. 2. P. 153–166. URL: <https://doi.org/10.13109/zptm.2001.47.2.153>
170. Tabachnikov S. I., Bilobryvka R. I. et al. Features of coping strategies in the population during quarantine in conditions of epidemic danger. *Wiadomości Lekarskie.* 2022. Vol. 75, Is. 1, P. 2. P. 281-288. URL: <https://doi.org/10.36740/WLek202201223>



171. Taylor G. J., Porcelli P., Bagby R. M. Alexithymia: a defense of the original conceptualization of the construct and a critique of the attention-appraisal model. *Clinical Neuropsychiatry*. 2024. T. 21. Is. 5. P. 329. URL: <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20240501>

172. Therriault J., Pascoal T. A. et al. Anosognosia predicts default mode network hypometabolism and clinical progression to dementia. *Neurology*. 2018. Vol. 90, Is. 11. P. e932–e939. URL: <https://doi.org/10.1212/wnl.00000000000005120>

173. Tominaga T., Choi H. et al. Relationship between alexithymia and coping strategies in patients with somatoform disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2013. Vol. 10. P. 55. URL: <https://doi.org/10.2147/ndt.s55956>

174. Torrubia-Pérez E., Martorell-Poveda M. A. et al. Gender differential morbidity in quality of life and coping among people diagnosed with depression and anxiety disorders. *Healthcare (Basel)*. 2025. Vol. 13, Is. 7. P. 706. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare13070706>

175. Tsubaki, K., Shimizu, E. Psychological Treatments for Alexithymia: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*. 2024. Vol. 14, Is. 12. P. 1173. URL: <https://doi.org/10.3390/bs14121173>

176. Turer O. U., Ozcan M. et al. The effect of mindfulness meditation on dental anxiety during implant surgery: a randomized controlled clinical trial. *Scientific Reports*. 2023. Vol. 13, Is. 1. P. 21686. URL: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-49092-3>

177. Turró-Garriga O., Garre-Olmo J. et al. Consequences of Anosognosia on the Cost of Caregivers' Care in Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2016. Vol. 54, Is. 4. P. 1551–1560. URL: <https://doi.org/10.3233/jad-160419>

178. Tyrer P., Babidge N., et al. Instrumental psychosis: the Good Soldier Svejik syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2001. Vol. 94, Is. 1. P. 22–25. URL: <https://doi.org/10.1177/014107680109400106>

179. Ugbe Maurice-J. U., Esu E. B. et al. Correlates of somatic symptom disorder among internally displaced persons in Ogoja displacement settlements,



Nigeria: a cross-sectional study. *African Health Sciences*. 2023. Vol. 23, Is. 3. P. 705-713. URL: <https://doi.org/10.4314/ahs.v23i3.81>

180. Vannini P., Hanseeuw B. et al. Anosognosia for memory deficits in mild cognitive impairment: Insight into the neural mechanism using functional and molecular imaging. *NeuroImage: Clinical*. 2017. Vol. 15, Is. 5. P. 408–414. URL: <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.05.020>

181. Vigne P., Menezes G. B. et al. A study of poor insight in social anxiety disorder. *Psychiatry Research*. 2014. Vol. 219, Is. 3. P. 556-561. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.033>

182. Vilaplana M., Richard-Devantoy S. et al. Insight into mental disorders and suicidal behavior: a qualitative and quantitative multimodal investigation. *The Journal of clinical psychiatry*. 2015. Vol. 76, Is. 3. P. 303-318. URL: <https://doi.org/10.4088/jcp.14r09329>

183. Vries Y. A. De, Harris M. G. et al. Perceived helpfulness of treatment for specific phobia: findings from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*. 2021. Is. 288. P. 199–209. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.001>

184. Wang Y., Cao J., Wei J. Case report: Short-term psychotherapy for alexithymia in a patient with generalized anxiety disorder. *Front. Psychiatry*. 2024. Vol. 15. P. 1342398. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1342398>

185. Wardenaar K. J., Lim C. C. W. et al. The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*. 2017. Vol. 47, Is. 10. P. 1744-1760. URL: <https://doi.org/10.1017/s0033291717000174>

186. Wells, A. Metacognition and emotional disorders: A comprehensive guide to theory and treatment. Chichester : John Wiley & Sons. 1995. 252p. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9780470713662>

187. Wineke J., Eurelings-Bontekoe E. et al. Do Patients with Somatoform Disorders Present with Illusory Mental Health? *Journal of Psychology & Psychotherapy*. 2015. Vol. 5, Is. 5. P. 1000213. URL: <http://dx.doi.org/10.4172/2161-0487.1000213>



188. Wittchen H. U., Jacobi F. et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology: The journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2011. Vol. 21, Is. 9. P. 655–679. URL: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

189. Yamamori Y., Robinson O. J., Roiser J. P. Approach-avoidance reinforcement learning as a translational and computational model of anxiety-related avoidance. *eLife*. 2023. Vol. 12. URL: <https://doi.org/10.7554/eLife.87720.4>

190. Yapici-Eser H., Yalcinay-Inan M. et. al. Subjective cognitive assessments and N-back are not correlated, and they are differentially affected by anxiety and depression. *Applied neuropsychology. Adult*. 2021. URL: <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1969400>

191. Yavuz M., Altan B. et al. The relationships between nomophobia, alexithymia and metacognitive problems in an adolescent population. *The Turkish Journal of Pediatrics*. 2019. Vol. 61, Is. 3. P. 345. URL: <https://doi.org/10.24953/turkjped.2019.03.005>

192. Yen C. F., Chen C. C. et al. Insight and correlates among outpatients with depressive disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2005. Vol. 46, Is. 5. P. 384–389. URL: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.11.004>

193. Zhang Y., Jiang X. The effect of Baduanjin exercise on the physical and mental health of college students: A randomized controlled trial. *Medicine*. 2023. Vol. 102, Is. 34. P. e34897. URL: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000034897>

194. Zigmond, A. S., Snaith, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983. Vol. 67, Is. 6. P. 361-370. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

195. Zimmerman M., Dalrymple K. et al. Recognition of irrationality of fear and the diagnosis of social anxiety disorder and specific phobia in adults: Implications for criteria revision in DSM-5. *Depression and Anxiety*. 2010. Vol. 27, Is. 11. P. 1044–1049. URL: <https://doi.org/10.1002/da.20716>



6064616954437191

196. Zsido, A. N., Kiss, B. L. et al. Key factors behind various specific phobia subtypes. 2023. *Scientific Reports*. Vol. 13. 22281 URL: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-49691-0>

197. Zunhammer M., Eberle H. et al. Somatic symptoms evoked by exam stress in university students: the role of alexithymia, neuroticism, anxiety and depression. *PloS one*. 2013. Vol. 8, Is. 12. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084911>



6064616954432192

## ДОДАТОК А1

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
Директор КНП «Обласний клінічний  
заклад психоневрологічної допомоги  
та соціально значущих хвороб» ЗОР  
Федір ПАТАЛАХ  
08 грудня 2025 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ № 3

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Рекомендації для підвищення точності прогнозу ефективності лікування у хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади
2. **Ким запропоновано:** Кондратенко Максим Юрійович, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Кондратенко М. Ю., Хоміцький М. Є. Відмінності в стратегіях подолання стресових ситуацій у хворих на соматоформний та тривожно-фобічний розлади з явищами зниження критичності. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2023. № 1. С. 58-69. - <https://doi.org/10.37321/UJMN.2023.1-07>.
4. **Де та коли впроваджено.** В лікувально-профілактичну роботу КНП «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб» Запорізької Обласної Ради.
5. **Термін впровадження:** квітень 2025 року.
6. **Ефективність впровадження.** Підвищено точність прогнозу ефективності лікування у осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**

Медичний директор КНП «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб» ЗОР

Тетяна СУДОВСЬКА



6064616954432133

## ДОДАТОК А2



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор КНП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги м. Берегова» Закарпатської обласної ради  
Василь КРУЧАНИЦЯ

« 21 » 11 2025 року

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ № 5

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Спосіб психодіагностики та оцінки індивідуальних особливостей анозогнозії у осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами.
2. **Ким запропоновано:** Кондратенко Максим Юрійович, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Кондратенко М. Ю., Городокін А. Д., Шевченко Н. Ф., Столяренко А. М., Дьома І. С. Підходи до оцінювання структури та феноменології критичного усвідомлення у контексті депсихотичних психічних розладів. Сучасні медичні технології. 2024. Т. 16, №2(61). С. 105-114. URL:<https://doi.org/10.14739/mmt.2024.2.301739>
4. **Де та коли впроваджено.** В лікувально-профілактичну роботу КНП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги м. Берегова» Закарпатської обласної ради.
5. **Термін впровадження:** з 2024 року по теперішній час.
6. **Ефективність впровадження.** Використання запропонованої інформації дозволило підвищити рівень знань лікарів щодо сучасних методів оцінки психічного стану пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор

Владислав ПЛІХОВ



6064616954432134

## ДОДАТОК АЗ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор КНП  
«Дніпропетровська багатoproфільна  
клінічна лікарня з надання  
психіатричної допомоги» ДОР  
Світлана МОРОЗ  
20 26р.



### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ № 1

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Дослідження поведінкових патернів подолання стресових ситуацій у хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади.
2. **Ким запропоновано:** Кондратенко Максим Юрійович, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Кондратенко М.Ю., Хоміцький М. Є. Відмінності в стратегіях подолання стресових ситуацій у хворих на соматоформний та тривожно-фобічний розлади з явищами зниження критичності. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2023. № 1. С. 58-69. - <https://doi.org/10.37321/UJMH.2023.1-07>.
4. **Де та коли впроваджено.** В лікувально-профілактичну роботу КНП КНП «Міська лікарня №7» Запорізької Міської Ради.
5. **Термін впровадження:** з лютого 2024 року по теперішній час.
6. **Ефективність впровадження.** Використання запропонованої інформації дозволило підвищити рівень навичок лікарів щодо виявлення зниження критичності у осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

#### Відповідальний за впровадження:

Медичний директор КНП «Дніпропетровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР.

Юрій ЗАВАЛКО



6064616954432132

## ДОДАТОК А4

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Проректор з науково-педагогічної  
роботи Запорізького державного  
медико-фармацевтичного  
університету  
доктор медичних наук, професор

Вадим ВІЗІР  
« 27 » 2025 року

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ № \_\_\_\_

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Результати дослідження поведінкових патернів подолання стресових ситуацій та їх зв'язок зі зниженням критичності у хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади.
2. **Ким запропоновано:** Кондратенко Максим Юрійович, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їзрів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Кондратенко М.Ю., Хоміцький М. Є. Відмінності в стратегіях подолання стресових ситуацій у хворих на соматоформний та тривожно-фобічний розлади з явищами зниження критичності. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2023. № 1. С. 58-69. - <https://doi.org/10.37321/UJMN.2023.1-07>.
4. **Де та коли впроваджено.** В педагогічний процес кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології ЗДМФУ.
5. **Термін впровадження:** з 2024-2025 навчального року по теперішній час.
6. **Ефективність впровадження.** Підвищено рівень знань студентів та інтернів щодо зв'язку між особливостями реакції на стрес та зниженням критики до власного психічного стану у осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**

Доцент кафедри психіатрії, психотерапії  
та медичної психології ЗДМФУ,  
кандидат медичних наук

Андрій СТОЛЯРЕНКО



6064616954432136

## ДОДАТОК А5

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Ректор Луганського державного  
медичного університету  
доктор медичних наук, професор  
Сергій СМІРНОВ

« 19 » 07 2026 року

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ №

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Результати дослідження поведінкових патернів подолання стресових ситуацій та їх зв'язок зі зниженням критичності у хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади.
2. **Ким запропоновано:** Кондратенко Максим Юрійович, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Кондратенко М.Ю., Хоміцький М. Є. Відмінності в стратегіях подолання стресових ситуацій у хворих на соматоформний та тривожно-фобічний розлади з явищами зниження критичності. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2023. № 1. С. 58-69. - <https://doi.org/10.37321/UJMN.2023.1-07>.
4. **Де та коли впроваджено.** В педагогічний процес кафедри психіатрії та військової медицини ЛДМУ.
5. **Термін впровадження:** з 2025 року.
6. **Ефективність впровадження.** Підвищено рівень знань студентів та інтернів щодо зв'язку між особливостями реакції на стрес та зниженням критики до власного психічного стану у осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**В.о. завідувача кафедри психіатрії  
та військової медицини ЛДМУ,  
доктор медичних наук, доцент

Віталій КАЗАКОВ



6064616954432137

## ДОДАТОК А6

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор  
Полтавського державного  
медичного університету  
професор В. Дворник



2026 року

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ\*

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Теорія щодо зниження критичності до власного психічного стану у осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами та психодіагностична методика на її основі.

2. Ким запропоновано: Кондратенко Максим Юрійович, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.

3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Кондратенко М. Ю., Городокін А. Д., Шевченко Н. Ф., Столяренко А. М., Дьома І. С. Підходи до оцінювання структури та феноменології критичного усвідомлення у контексті непсихотичних психічних розладів. Сучасні медичні технології. 2024. Т. 16. №2(61). С. 105-114. URL: <https://doi.org/10.14739/mmt.2024.2.301739>

4. Де та коли впроваджено. В педагогічний процес кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету МОЗ України.

5. Термін впровадження: з 2025 року по теперішній час.

6. Ефективність впровадження: впровадження у навчальний процес запропонованої інформації дозволило підвищити рівень теоретичних знань студентів щодо зниження критичності до власного психічного стану у осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами.

7. Зауваження, пропозиції: немає

Завідувач кафедри психіатрії,  
наркології та медичної психології  
ПДМУ України  
д. мед. н., професор

Андрій СКРИПНІКОВ



6064616954432198

## ДОДАТОК А7

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково-педагогічної  
роботи Дніпровського  
державного медичного  
університету кандидат медичних  
наук, доцент



Сергій ЗАХАРОВ

« 12 » / 2026 року

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ № 14

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Результати дослідження поведінкових патернів подолання стресових ситуацій та їх зв'язок зі зниженням критичності у хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади.
  2. **Ким запропоновано:** Кондратенко Максим Юрійович, аспірант кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.
  3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Кондратенко М.Ю., Хоміцький М. Є. Відмінності в стратегіях подолання стресових ситуацій у хворих на соматоформний та тривожно-фобічний розлади з явищами зниження критичності. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2023. № 1. С. 58-69. - <https://doi.org/10.37321/UJMN.2023.1-07>.
- Де та коли впроваджено. В педагогічний процес кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ДДМУ.
4. **Термін впровадження:** з квітня 2025 року по теперішній час.
  6. **Ефективність впровадження.** Підвищено рівень знань студентів та інтернів щодо зв'язку між особливостями реакції на стрес та зниженням критики до власного психічного стану у осіб з тривожно-фобічними та соматоформними розладами.
  7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

**Відповідальний за впровадження:**

Професор кафедри психіатрії, наркології  
та медичної психології ДДМУ,  
доктор медичних наук, професор

Вікторія ОГОРЕНКО



**ДОДАТОК Б**  
**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ АВТОРОМ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ**  
**ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Хоміцький М. Є., Кондратенко М. Ю. Характеристики особистісного профілю хворих на соматоформний і тривожно-фобічний розлади з явищами зниження критичності. *Запорізький медичний журнал*. 2023. Т. 25, №3(138). С. 215-219. URL: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2023.3.265368>. (Хоміцький М.Є. – редагування та фінальне затвердження рукопису. Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

2. Хоміцький М. Є., Кондратенко М. Ю. Відмінності в стратегіях подолання стресових ситуацій у хворих на соматоформний та тривожно-фобічний розлади з явищами зниження критичності. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2023. № 1. С. 58-69. URL: <https://doi.org/10.37321/UJMH.2023.1-07>. (Хоміцький М.Є. – редагування та фінальне затвердження рукопису. Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

3. Хоміцький М. Є., Кондратенко М. Ю. Структурні відмінності внутрішньої картини хвороби та їх зв'язок з дискритичністю при тривожно-фобічному та соматоформному розладах. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, № 3. С. 117-123. URL: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is3-2023-20>. (Хоміцький М.Є. – редагування та фінальне затвердження рукопису. Кондратенко М.Ю. – збір матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

4. Кондратенко М. Ю., Городокін А. Д., Шевченко Н. Ф., Столяренко А. М., Дьома І. С. Підходи до оцінювання структури та феноменології критичного усвідомлення у контексті непсихотичних психічних розладів. *Сучасні медичні технології*. 2024. Т. 16, №2 (61). С. 105-114. URL: <https://doi.org/10.14739/mmt.2024.2.301739>. (Кондратенко М.Ю. – концепція роботи, збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка,



*інтерпретація даних, написання рукопису. Городокін А.Д. – статистична обробка та інтерпретація даних. Шевченко Н.Ф. – редагування та фінальне затвердження рукопису. Столяренко А.М. – остаточне редагування та фінальне затвердження рукопису. Дьома І.С. – редагування рукопису)*

5. Кондратенко М. Ю., Хоміцький М. Є. Застосування психокорекційного втручання у пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами зі зниженням критичності. *Український вісник психоневрології*. 2025. Т. 33, вип. 4 (125). С. 82-91. URL: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is4-2025-11> (Хоміцький М.Є. – редагування та фінальне затвердження рукопису. Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

6. Кондратенко М. Ю. Клініко-анамнестична характеристика пацієнтів з тривожно-фобічними та соматоформними розладами в залежності від наявності анозогнозії та рівня алекситимії. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації* : тези доп. наук.-практ. конф. з міжнар. участю молодих вчених та студентів (м. Запоріжжя, 15-16 квіт. 2021 р.). Запоріжжя, ЗДМУ, 2021. С. 56-57. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/14508> (Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка, фінальне завершення рукопису)

7. Кондратенко М. Ю. Клінічне наповнення поняття «анозогнозії» в медичній практиці мат. *XV Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю Актуальні питання клінічної медицини* : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю молодих вчених та студентів (м. Запоріжжя, 19 листопада 2021 р.). Запоріжжя, ЗМАПО, 2021. С. 116-118. URL: <https://www.researchgate.net/publication/356879531>. (Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка, фінальне завершення рукопису)

8. Кондратенко М. Ю. Психопатологічна структура алекситимії при тривожно-фобічних та соматоформних розладах. *Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки* : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. студентів та



молодих вчених (м. Запоріжжя, 4 лют. 2022 р.). Запоріжжя, ЗДМУ, 2022. С. 13-14. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/16350> (Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка, фінальне завершення рукопису)

9. Хоміцький М. Є., Кондратенко М. Ю. Особистісний профіль та особливості зниження критичності у хворих на соматоформний та тривожно-фобічний розлади. *XVI Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю Актуальні питання клінічної медицини* : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конференції молодих вчених (м. Запоріжжя, 24-25 листопада 2022 р.). Запоріжжя, ЗМАПО, 2022. С. 204-205. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/18731> (Хоміцький М.Є. – редагування та фінальне затвердження рукопису. Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

10. Кондратенко М. Ю. Особливості копінг-стратегій у хворих на тривожно-фобічні та соматоформні розлади з порушенням критики до свого стану. *Актуальні питання сучасної медицини та фармації* : тези доповідей 83 Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів з міжнар. участю (м. Запоріжжя, 25-26 травня 2023р.) Запоріжжя, ЗДМФУ, 2023. С. 14-15. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/19116/1/%d1%8114-15.pdf> (Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка, фінальне завершення рукопису)

11. Кондратенко М. Ю. Актуальність психокорекції, модифікованої з урахуванням зниження критичності у осіб з тривожно-фобічними та соматоформним розладами. *Актуальні питання сучасної медицини та фармації* : тези доповідей 85 Всеукр. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів з міжнар. участю (м. Запоріжжя, 15-16 травня 2025р.). Запоріжжя, ЗДМФУ, 2025. С. 60. URL: [https://mphu.edu.ua/upload/files/250521\\_zb\\_c.pdf](https://mphu.edu.ua/upload/files/250521_zb_c.pdf) (Кондратенко М.Ю. – збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка, фінальне завершення рукопису)



606461695443715Z

## ДОДАТОК В

### ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Науково-практична конференція з міжнародною участю молодих вчених та студентів «Актуальні питання сучасної медицини і фармації», м. Запоріжжя, 15-16 квітня 2021 р. (публікація тез).

2. *XV Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини»*, м. Запоріжжя, 19 листопада 2021 р. (усна доповідь та публікація тез).

3. Всеукраїнська науково-практична конференція студентів та молодих вчених «Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки», м. Запоріжжя, 4 лютого 2022 р. (усна доповідь та публікація тез).

4. XVI Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини», м. Запоріжжя, 24-25 листопада 2022 р. (усна доповідь та публікація тез).

5. 83 Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної медицини та фармації», м. Запоріжжя, 25-26 травня 2023р. (публікація тез).

6. 85 Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної медицини та фармації», м. Запоріжжя, 15-16 травня 2025р. (усна доповідь та публікація тез).



6064616954437157

## ДОДАТОК Г

## ТАБЛИЦІ ПОКАЗНИКІВ КОРЕЛЯЦІЙ ДОСЛІДЖЕНИХ ПАРАМЕТРІВ У ГРУПАХ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗА КРИТЕРІЄМ СПІРМЕНА

Таблиця 4.3 – Показники кореляцій за критерієм Спірмена у осіб з тривожно-фобічними розладами (ГД1)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
1. Вік	1,00																
2. Тривалість захворювання	<b>0,39</b>	1,00															
3. Кількість госпіталізацій	<b>0,33</b>	<b>0,39</b>	1,00														
4. Конфронтаційний копінг	-0,05	<b>-0,30</b>	-0,09	1,00													
5. Дистанціювання	-0,06	-0,02	0,02	<b>0,46</b>	1,00												
6. Самоконтроль	-0,09	-0,18	0,07	0,24	<b>0,30</b>	1,00											
7. Пошук соціальної підтримки	0,19	0,00	0,22	-0,12	-0,07	-0,17	1,00										
8. Прийняття відповідальності	-0,03	-0,06	-0,10	<b>0,49</b>	<b>0,39</b>	<b>0,36</b>	-0,18	1,00									
9. Втеча-уникнення	0,05	-0,16	0,02	<b>0,46</b>	<b>0,39</b>	<b>0,44</b>	-0,08	<b>0,42</b>	1,00								
10. План вирішення проблеми	0,03	-0,27	-0,11	<b>0,45</b>	<b>0,41</b>	<b>0,35</b>	0,17	<b>0,33</b>	<b>0,35</b>	1,00							
11. Позитивна переоцінка	0,14	-0,11	-0,04	<b>0,48</b>	<b>0,67</b>	<b>0,41</b>	-0,02	<b>0,40</b>	<b>0,51</b>	<b>0,50</b>	1,00						
12. HADS-A	-0,02	-0,16	-0,12	0,24	<b>0,31</b>	0,23	-0,09	0,16	<b>0,32</b>	0,12	<b>0,32</b>	1,00					
13. HADS-D	-0,13	0,11	0,17	-0,04	0,10	-0,19	0,03	0,16	0,19	0,14	0,05	-0,09	1,00				
14. TAS-20	0,12	-0,08	0,05	<b>0,36</b>	<b>0,33</b>	0,02	0,04	0,16	0,20	0,24	<b>0,29</b>	0,09	0,12	1,00			
15. TAS-DIF	0,21	0,09	0,10	0,22	0,23	0,00	0,04	0,16	0,11	0,22	0,23	-0,12	0,03	<b>0,83</b>	1,00		
16. TAS-DDF	0,12	-0,11	0,10	<b>0,35</b>	0,23	0,08	-0,23	0,24	0,25	0,11	0,19	-0,05	0,08	<b>0,78</b>	<b>0,74</b>	1,00	
17. TAS-EOT	0,04	-0,21	-0,08	<b>0,35</b>	<b>0,30</b>	0,02	0,10	0,12	0,19	0,24	0,28	<b>0,31</b>	0,05	<b>0,83</b>	<b>0,47</b>	<b>0,42</b>	1,00

Примітка 1. Жирним шрифтом виділено значущі кореляції за критерієм Спірмена для незалежних виборок ( $p < 0,05$ );

Примітка 2. Значення сили кореляційного зв'язку було оцінено за шкалою Чеддока: «0-0,29» – вкрай слабка (не виділено кольором); «0,30-0,49» – слабка (не виділено кольором); «0,50-0,69» – середня (виділено світло-сірим кольором); «0,70-0,89» – висока (виділено сірим кольором); 0,90-1,0 – вкрай висока (виділено темно-сірим кольором).

Примітка 3. Значення нумерації строк відповідає нумерації стовбців.



Таблиця 4.4 – Показники кореляцій за критерієм Спірмена у осіб з соматоформними розладами (ГД2)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
1. Вік	1,00																
2. Тривалість захворювання	0,24	1,00															
3. Кількість госпіталізацій	0,23	<b>0,62</b>	1,00														
4. Конфронтаційний копінг	0,12	-0,03	-0,12	1,00													
5. Дистанціювання	0,04	0,08	<b>0,43</b>	-0,10	1,00												
6. Самоконтроль	-0,20	0,08	0,07	-0,03	-0,07	1,00											
7. Пошук соціальної підтримки	0,08	-0,11	-0,10	0,20	0,07	0,08	1,00										
8. Прийняття відповідальності	-0,05	-0,20	-0,23	0,15	-0,10	0,18	<b>0,31</b>	1,00									
9. Втеча-уникнення	-0,18	-0,17	-0,16	0,17	-0,13	<b>0,34</b>	0,17	-0,02	1,00								
10. План вирішення проблеми	0,10	0,01	0,11	<b>0,37</b>	-0,14	0,13	0,19	0,01	<b>0,36</b>	1,00							
11. Позитивна переоцінка	-0,09	0,14	0,08	0,14	-0,03	<b>0,34</b>	-0,01	0,09	0,19	0,16	1,00						
12. HADS-A	0,05	0,14	0,17	-0,22	0,22	-0,07	-0,25	0,00	-0,13	-0,11	-0,11	1,00					
13. HADS-D	<b>-0,30</b>	-0,09	-0,02	-0,14	0,05	-0,11	-0,11	0,21	-0,13	-0,13	<b>-0,31</b>	0,24	1,00				
14. TAS-20	0,09	-0,10	-0,20	-0,04	0,04	-0,17	0,02	-0,06	0,08	-0,13	0,01	-0,08	0,25	1,00			
15. TAS-DIF	-0,08	-0,01	-0,09	-0,09	0,10	0,24	0,15	0,16	<b>0,39</b>	0,02	0,26	-0,22	0,16	<b>0,46</b>	1,00		
16. TAS-DDF	0,08	-0,18	-0,13	0,09	-0,15	<b>-0,28</b>	0,00	<b>-0,29</b>	0,15	0,13	-0,11	-0,17	0,03	<b>0,47</b>	-0,20	1,00	
17. TAS-EOT	0,17	0,00	-0,15	-0,06	0,01	<b>-0,27</b>	-0,08	0,06	<b>-0,43</b>	<b>-0,37</b>	-0,14	0,24	0,21	<b>0,50</b>	-0,24	0,06	1,00

Примітка 1. Жирним шрифтом виділено значущі кореляції за критерієм Спірмена для незалежних виборок ( $p < 0,05$ );

Примітка 2. Значення сили кореляційного зв'язку було оцінено за шкалою Чеддока: «0-0,29» – вкрай слабка (не виділено кольором); «0,30-0,49» – слабка (не виділено кольором); «0,50-0,69» – середня (виділено світло-сірим кольором); «0,70-0,89» – висока (виділено сірим кольором); 0,90-1,0 – вкрай висока (виділено темно-сірим кольором).

Примітка 3. Значення нумерації строк відповідає нумерації стовбців.

На електронний документ накладено: 1 (Один) підписи чи печатки:  
На момент друку копії, підписи чи печатки перевірено:  
Програмний комплекс: eSign v. 2.3.0;  
Засіб кваліфікованого електронного підпису чи печатки: ПТ Користувач ЦСК-1  
Експертний висновок: №04/05/02-1277 від 09.04.2021;  
Цілісність даних: не порушена;



6064616954437157



Підпис № 1 (реквізити підписувача та дані сертифіката)  
Підписувач: КОНДРАТЕНКО МАКСИМ ЮРІЙОВИЧ 3291208756;  
Належність до Юридічної особи: ФІЗИЧНА ОСОБА;  
Код юридичної особи в ЄДР: 3291208756;  
Серійний номер кваліфікованого сертифіката: 5E984D526F82F38F0400000D57B1302D6145507;  
Видавець кваліфікованого сертифіката: КНЕДП АЦСК АТ КБ "ПРИВАТБАНК";  
Тип носія особистого ключа: Незахищений;  
Тип підпису: Удосконалений;  
Сертифікат: Кваліфікований;  
Час та дата підпису (позначка часу для підпису): 13:47 14.03.2026;  
Чинний на момент підпису. Підтверджено позначкою часу для підпису від АЦСК (кваліфікованого надавача електронних довірчих послуг)  
Час та дата підпису (позначка часу для даних): 13:47 14.03.2026;  
Чинний на момент підпису. Підтверджено позначкою часу для даних від АЦСК (кваліфікованого надавача електронних довірчих послуг)